

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação

Priscilla Antunes da Silva Moura Mendes

O CUIDADOR IDOSO NÃO REMUNERADO E SEU ENVOLVIMENTO EM
ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVD):
EVIDÊNCIAS DO ESTUDO ELSI -BRASIL

Belo Horizonte

2025

Priscilla Antunes da Silva Moura Mendes

**O CUIDADOR IDOSO NÃO REMUNERADO E SEU ENVOLVIMENTO EM
ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVD):
EVIDÊNCIAS DO ESTUDO ELSI -BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Linha de pesquisa: Ocupação, Cuidado e Funcionalidade

Orientadora: Profa Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira

Coorientadora: Profa Dra. Luciana de Souza Braga

Belo Horizonte

2025

M538c Mendes, Priscilla Antunes da Silva Moura
2025 O cuidador idoso não remunerado e seu envolvimento em atividades avançadas da vida diária (AAVD) [recurso eletrônico] : evidências do estudo ELSI –BRASIL / Priscilla Antunes da Silva Moura Mendes. – 2025.
1 recurso online (88 f. : il.) : pdf.

Orientadora: Fabiane Ribeiro Ferreira
Coorientadora: Luciana de Souza Braga

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inclui bibliografia.

1. Idosos – Cuidado e higiene – Teses. 2. Cuidadores – Teses. 3. Envelhecimento – Teses. I. Ferreira, Fabiane Ribeiro. II. Braga, Luciana de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: nº 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**O CUIDADOR IDOSO NÃO REMUNERADO E SEU ENVOLVIMENTO
EM ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA (AAVD):
EVIDÊNCIAS DO ESTUDO ELSI -BRASIL**

PRISCILLA ANTUNES DA SILVA MOURA MENDES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.

Aprovada em 11 de novembro de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira – Orientadora
UFMG

Prof(a). Luciana de Souza Braga
UFMG

Prof(a). Adriana de Franca Drummond
UFMG

Prof(a). Karla Cristina Giacomini
Prefeitura de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 11 de novembro de 2025.

Para Alê, meu amado companheiro da vida.

Para Nêna e Têvo, minha força diária.

Para Vicente e Conceição que sempre são minha iluminação.

Para Lê e Gabi que estão sempre em mim.

Vocês me ajudam a transformar meus medos em coragem e dedicação, me sustentando na caminhada da vida! Amores meus!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Cuidado de Deus em minha vida,
aquele que me sustenta nos caminhos visíveis e invisíveis,
que se faz presença em mim e naqueles que me rodeiam.

Sou grata pelas oportunidades de Cuidar e ser Cuidada!

Reconheço que meu percurso é entrelaçado por mãos, gestos e presenças
que me acolheram com amor e generosidade.

Recebi Cuidado dos meus:

da minha mãe, do meu pai, das minhas irmãs,
do marido com quem partilho a vida,
dos meus filhos, que me revelam diariamente o amor em sua forma mais pura,
de tios, tias, avôs, avós, sogra, cunhada e cunhados,
de amigos e amigas que caminham ao meu lado,
de clientes que confiam em meu trabalho

Recebi Cuidado também na jornada do saber:

de professores e professoras, orientadoras (Fabiane, Luciana, Larissa) e colegas.
Àqueles que com escuta e partilha, ajudaram a construir este trajeto.

O Cuidado sobre o qual escrevo nesta dissertação só me traz sentido pelo que de muitos
sempre recebi. É nesse tecido de relações que encontro sentido, força e aconchego para
permanecer. E, por isso, sou grata!

Por receber tanto, valorizo este momento com gratidão. Cuido para que não seja um momento
de formação acadêmica que se esvaia, mas que de algum modo, deixe um testemunho da
minha trajetória repleta de esforço, esperança e gratidão.

Para uns, a conclusão de um mestrado pode ser uma ocasião comum, para outros utópico e,
para mim, honra e privilégio.

Sou a primeira em minha família a alcançar este espaço,
e por isso, faço deste momento um marco de dignidade e significado.

Gratidão à orientadora Fabiane por aceitar me receber, incentivar, guiar, iluminar e cuidar.

Agradeço à coorientadora Luciana Braga, a confiança, a receptividade e os ensinamentos. À professora Larissa Fortunado, a disponibilidade, a dedicação e o incentivo. Às três sou grata pela afetividade construída. Deus as abençoe!

À todos os professores do PPGEO com os quais aprendi e compartilhei vários momentos: Adriana Drumond, Alessandra Cavalcanti, Ana Amélia, Fabiana Caetano, Fabiane Ferreira, Iza, Lívia, Luciana Assis, Rafael, Rosângela. Agradeço à professora Juliana Mambrini a disponibilidade.

Gratidão aos clientes e seus familiares por toda torcida e confiança. Agradeço minhas amigas e amigos a presença e a torcida.

Agradeço minha sogra Édina pela confiança, carinho e apoio nos cuidados com Helena e Estevão.

Agradeço à minha mãe,
que, mesmo sem o acesso à formação acadêmica,
me ensina diariamente com sua alegria, generosidade e amor.

Ao meu pai,
que, por razões da vida, não pôde concluir seus estudos,
mas me presenteou com exemplos de coragem, dedicação, resiliência e amor.

À minha pequena Helena e ao meu pequeno Estevão, sempre atentos e amorosos, fazendo-me experimentar um pedaço do amor de Deus em mim.

Ao meu Alê, companheiro de vida,
com quem compartilho sonhos antigos e conquistas presentes,
Agradeço-lhe a confiança, o apoio e a dedicação para comigo iluminar os sonhos e empenhar na realidade possível.

À minhas irmãs, companheiras amorosas desde nossa infância.

Gratidão à força feminina que se mantém como esteio forte na minha estrada: às muitas mulheres presentes e ausentes, as quais me nutrem com amor e esperança!

Por fim, agradeço às pessoas que acreditam e se dedicam
à continuidade e ao fortalecimento do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação

da EEFFTO-UFMG.

Que este espaço siga sendo fértil em conhecimento, compromisso ético e cuidado com a vida.

O amor

Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como o sino que ressoa ou como o prato que retine.

Ainda que eu tenha o dom de profecia, saiba todos os mistérios e todo o conhecimento e tenha uma fé capaz de mover montanhas, se não tiver amor, nada serei (...)

Assim, permanecem agora estes três: a fé, a esperança e o amor. O maior deles, porém, é o amor.

Versículos de 1 Coríntios 13 do livro de 1 Coríntios da Bíblia

Sagrada.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por mudanças importantes na dinâmica familiar e nos arranjos de cuidado. O aumento do percentual de pessoas idosas que residem em domicílios com pessoas que necessitam de cuidados, inclusive de mesma idade ou mais velhas, reforça a necessidade de conhecer esses indivíduos cuidadores no que se refere à sua saúde e envolvimento nas atividades avançadas da vida diária (AAVD). **OBJETIVO:** analisar a relação entre a frequência de cuidado não remunerado prestado por pessoas idosas e o envolvimento em atividades avançadas da vida diária (AAVD), avaliando dimensões sociais, de lazer e produtivas, bem como identificar fatores associados a esse envolvimento. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado a partir dos dados da segunda onda do ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros). A amostra foi composta por 4.566 participantes com 60 anos ou mais. Foram definidos como “pessoas idosas cuidadoras não remuneradas” aquelas que responderam positivamente à pergunta: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) cuidou de alguém, SEM REMUNERAÇÃO, incluindo seu cônjuge ou outra pessoa?”. A variável resposta deste estudo foi o escore global de AAVD, construído a partir de 12 atividades obtidas no questionário individual do ELSI-Brasil, fundamentadas na Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD), proposta por Dias *et al.* (2019). As atividades foram organizadas em três domínios analíticos: sociais, de lazer e produtivas. Variáveis sociodemográficas e de saúde geral foram utilizadas para descrição da amostra e como variáveis de ajuste. A análise descritiva foi apresentada por frequências relativas com IC95% para variáveis categóricas e por média e DP para variáveis numéricas. As associações bivariadas foram examinadas por testes Qui-quadrado de Fisher e ANOVA. A correlação entre os itens do escore global de AAVD foi estimada por correlação tetracórica. As razões de prevalência e IC95% entre frequência de cuidado e escore global de AAVD foram obtidas por regressão de Poisson com variância robusta e ajuste sequencial. Todas as análises consideraram o desenho amostral complexo (módulo *survey*), utilizando-se Stata 17.0, e adotou-se um nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Do total de participantes deste estudo, 11% exerciam o trabalho de cuidador não remunerado sendo que 8,7% de seis a sete vezes por semana. Tinham entre 60 e 69 anos (59,6%), mulheres (50,4%) e se autodeclararam branca (48,4%). Os cuidadores frequentes (3 a 5 vezes por semana) ou diários (6 a 7 vezes por semana) eram, em média, mais jovens do que os não cuidadores ($p < 0,05$). Entre os cuidadores diários, era maior a proporção de indivíduos com 70 anos ou mais (33%). No escore global das AAVD, cuidadores (frequentes e diários) e não cuidadores frequentes apresentaram médias semelhantes de envolvimento nas atividades de AAVD e os cuidadores frequentes tiveram maiores médias (p -valor $< 0,05$). Para cuidadores diários houve redução de cerca de 6 % na participação nas AAVD. **CONCLUSÃO:** De modo geral, observou-se que o envolvimento em AAVD foi semelhante entre os diferentes níveis de frequência de cuidado, sugerindo que a prática do cuidado não está necessariamente associada à redução das atividades significativas da vida cotidiana. Contudo, entre cuidadores diários, identificaram-se padrões de menor envolvimento em AAVD, sugerindo que a dedicação intensiva ao cuidado pode restringir algumas formas de atuação social e produtiva. Reforça-se a importância de políticas públicas e programas de apoio que reconheçam e valorizem o cuidado prestado por idosos, assegurando condições que favoreçam tanto o bem-estar de quem é cuidado quanto a saúde e a qualidade de vida de quem cuida.

Palavras-Chave: Elsi-Brasil; Envelhecimento; Cuidado; Cuidador não remunerado; AAVD.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The aging population has been accompanied by significant changes in family dynamics and care arrangements. The increasing percentage of elderly individuals living in households with others who require care, including those of the same age or older, highlights the need to understand these caregivers concerning their health and involvement in advanced activities of daily living (AADLs). **OBJECTIVE:** To analyze the relationship between the frequency of unpaid care provided by elderly individuals and their engagement in advanced activities of daily living (AADLs), evaluating social, leisure, and productive dimensions, as well as identifying factors associated with this involvement. **MATERIAL AND METHODS:** This cross-sectional study utilized data from the second wave of the ELSI-Brasil (Longitudinal Study of Aging in Brazil). The sample consisted of 4,566 participants aged 60 years or older. “Unpaid elderly caregivers” were defined as those who answered positively to the question: “In the last 12 months, have you cared for someone without payment, including your spouse or another person?” The response variable was the global ADL score, constructed from 12 activities obtained from the ELSI-Brasil individual questionnaire, based on the Advanced Activities of Daily Living Scale (AADLS) proposed by Dias *et al.* (2019). Activities were organized into three analytical domains: social, leisure, and productive. Sociodemographic and general health variables were used for sample description and as adjustment variables. Descriptive analysis was presented through relative frequencies with 95% CI for categorical variables and mean and SD for numerical variables. Bivariate associations were examined using Fisher's Chi-square and ANOVA tests. The correlation between items of the global AADL score was estimated using tetrachoric correlation. Prevalence ratios and 95% CI between care frequency and global AADL score were obtained using Poisson regression with robust variance and sequential adjustment. All analyses considered the complex sample design (survey module), utilizing Stata 17.0, and a significance level of 5% was adopted. **RESULTS:** Among the total participants in this study, 11% were engaged in unpaid caregiving, with 8.7% doing so six to seven times a week. Most caregivers were aged between 60 and 69 years (59.6%), female (50.4%), and self-identified as white (48.4%). Frequent caregivers (3 to 5 times per week) or daily caregivers (6 to 7 times per week) were generally younger than non-caregivers ($p < 0.05$). Among daily caregivers, a higher proportion (33%) were aged 70 years or older. In the global AADL score, caregivers (both frequent and daily) and non-frequent caregivers showed similar levels of engagement in AADLs, while frequent caregivers had higher means (p -value < 0.05). Daily caregivers experienced approximately a 6% reduction in participation in ADLs. **CONCLUSION:** Overall, engagement in AADLs was similar across different caregiving frequency levels, suggesting that caregiving practice is not necessarily associated with a reduction in meaningful daily life activities. However, daily caregivers exhibited patterns of lower involvement in AADLs, indicating that intensive caregiving may restrict certain forms of social and productive engagement. This underscores the importance of public policies and support programs that recognize and value caregiving by the elderly, ensuring conditions that promote both the well-being of those receiving care and the health and quality of life of caregivers.

Keywords: ELSI-Brasil; Aging; Care; Unpaid caregiver; AADLs.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Tempo semanal de cuidado não remunerado de acordo com a frequência de cuidado	49
------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Correspondência entre a Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD) e o questionário individual da segunda onda do ELSI-Brasil (2019).	45
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características da população de estudo, total e segundo frequência em atividades como cuidador não remunerado (ELSI-Brasil, 2019).	80
TABELA 2 – Prevalência do envolvimento em AAVD e frequência dos escores global e dos domínios social, lazer e produtivo das AAVD, total e segundo a frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado (ELSI-Brasil, 2019).	83
TABELA 3 – Associação entre frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado e envolvimento em AAVD (Escore 0-12) (ELSI-Brasil, 2019).	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a-ADL - Advanced Activities of Daily Living
AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
AEVD - Atividades Expansivas da Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
AOTA - American Occupational Therapy Association
AVD - Atividades da Vida Diária
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
COPID - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária
DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia
DECIV - Departamento dos Ciclos da Vida
DCL - Déficit Cognitivo Leve
DNA - Deoxyribonucleic Acid
DP - Desvio Padrão
EEFFTO - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ELSI-BRASIL - Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
FIBRA - Estudo de base populacional Fragilidade em Idosos Brasileiros
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GTI - Grupo de Trabalho Interministerial
HRS - Health and Retirement Studies
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
ILO - International Labour Organization
MS - Ministério da Saúde
MSHA - Mexican Study of Health and Aging
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Associação Pan Americana de Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGEO - Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação
SABE - Estudo Longitudinal Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SENAEC/MMulheres - Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Políticas de Cuidados do Ministério das Mulheres

SNCF/MDS - Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

STATA - Stata Corporation, College Station, Estados Unidos

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UN DESA - United Nations Department Of Economic And Social Affairs - Population Division

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 PREFÁCIO	16
2 APRESENTAÇÃO	18
3 INTRODUÇÃO	19
3.1 Revisão de Literatura	21
3.1.1 <i>O que é Cuidado</i>	21
3.1.2 <i>A pessoa que cuida: o cuidador</i>	24
3.1.3 <i>Definição de Atividades Avançadas da Vida Diária</i>	26
3.1.4 <i>Atividades Avançadas de Vida Diária e envelhecimento</i>	28
3.1.5 <i>Operacionalização das Atividades Avançadas da Vida Diária - no mundo e no Brasil</i>	300
3.1.6 <i>Idoso cuidador e envolvimento em AAVD</i>	34
3.2 Justificativa	387
4 OBJETIVOS	410
4.1 Objetivo geral	410
4.2 Objetivos específicos	410
5 MATERIAIS E MÉTODOS	421
5.1 Desenho e população de estudo	421
5.2 Variáveis de estudo	432
5.3 Análise estatística	476
5.4 Aprovação ética e financiamento	487
6 RESULTADOS	498
7 DISCUSSÃO	521
8 CONCLUSÃO	664
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	675
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE	808

1 PREFÁCIO

“Cuidado é aquela energia que continuamente faz surgir o ser humano” (Boff, 2005).

“...é preciso construir solidariedade para reduzir iniquidades” (Giacomin, 2023).

Sou Terapeuta Ocupacional graduada em 2005 pela Universidade Federal de Minas Gerais. Em meu caminho sempre busquei construir sentidos e significados com o que me ocupo e qual meu projeto de vida dentro do meu propósito de vida sendo Terapeuta Ocupacional. Neste sentido, meus estudos e trabalhos me colocaram diante do desejo de construir e aprofundar habilidades e conhecimentos a partir deste Programa de mestrado. Hoje percebo que “Ocupação, Participação e Inclusão” são conceitos que me instigaram na escolha de minha profissão. O interesse de “o quê, como e porquê” as pessoas fazem o que fazem ou não fazem o que poderiam ou gostariam de desenvolver em suas vidas. Com o engajamento no campo da Terapia Ocupacional e da Saúde Pública eu me direcionei para o estudo da velhice, envelhecimento, longevidade, bem como para minha prática clínica com indivíduos, grupos e comunidades neste sentido. Desenvolvi projetos e intervenções em serviços de saúde, de ação social e de educação direcionados para o processo de vida, desenvolvimento de capacidades, promoção, prevenção, participação e inclusão, desde crianças a idosos. Despertando meu interesse para a intersectorialidade, a intergeracionalidade, a interseccionalidade e para a construção social da saúde. Minha graduação foi na Universidade Pública (UFMG), desvelando um mundo de percepções sobre a diversidade de pessoas e conhecimentos. Em seguida cursei especialização em Terapia Ocupacional aplicada à gerontologia (EEFFTO-UFMG); ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital das Clínicas-UFMG; cursei especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (Instituto Sírio-Libanês). Trabalhei predominantemente no Sistema Único de Saúde (SUS) e em todos os níveis de atenção (centros de saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento, hospitais clínico, psiquiátrico e de reabilitação) e com equipamentos intersectoriais (saúde, educação, Organizações Não Governamentais, associações comunitárias). Outros aspectos que me direccionaram à pós-graduação em Estudos da Ocupação são processos na minha vivência pessoal que me provocam empatia em meus projetos de trabalho e potencializam meu desejo pela formação e aprimoramento. É limitada a relação das pessoas com o tempo, o que fazem durante o tempo de vida e como vivem neste tempo, mas percebo que a participação dos sujeitos pode assegurar-lhes alguns direitos e promover saúde, considerando os níveis possíveis de participação.

Nesse sentido, este estudo insere-se no que propõe a Linha de Pesquisa 1 do Programa de Mestrado em Estudos da Ocupação: “Ocupação, Cuidado e Funcionalidade” e tem como objetivo analisar a relação entre a realização do cuidado não remunerado e o envolvimento em Atividades Avançadas da Vida Diária em pessoas idosas brasileiras.

Por fim, incluo esta fábula como uma referência ao Cuidado, fundamental para condição de sermos humanos.

A Fábula do Mito do Cuidado

(Fábula do sábio egípcio Higinio - I a.c.)

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado, ao chegar na outra margem, começou a manipular um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse um espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse colocado o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se ali uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Saturno então tomou a seguinte decisão que pareceu justa. Disse Saturno: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como foi você, Cuidado, quem, por primeiro, moldou a criatura, esta ficará sob seus cuidados enquanto viver. Quanto ao nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil"

(Leonardo Boff - Livro Saber Cuidar, 20ª edição, 2014)

2 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está organizada nas seguintes seções: 1) Introdução, quando são apresentados o referencial teórico, revisão bibliográfica e justificativa; 2) Objetivos geral e específicos; 3) Materiais e Métodos; 4) Apresentação dos resultados; 5) Discussão; 6) Conclusão; 7) Considerações finais; 8) Referências Bibliográficas completas listadas, em ordem alfabética, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A seção seguinte corresponde ao apêndice onde são apresentadas as tabelas. O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz - Minas Gerais e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 34649814.3.0000.5091).

Este volume de dissertação foi elaborado em conformidade com as normas do Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo como referência a Resolução No. 02/2021 disponível no site do programa.

3 INTRODUÇÃO

O cenário do envelhecimento populacional que orienta a reflexão sobre o cuidado como quarto pilar da seguridade social

Neste momento, a transformação demográfica mais importante que acontece no mundo é o aumento expressivo da longevidade humana (Minayo, 2021), denominada por muitos especialistas como “Revolução da Longevidade” (Butler, 2008; Kalache, 2014). A Organização Pan Americana de Saúde - OPAS (2024), estima que em 2030, no cenário mundial, 1 em cada 6 pessoas terá 60 anos ou mais e o crescimento anual desta população será de 3% ao ano (ONU, 2024). No ritmo atual de crescimento, a população idosa — composta por pessoas com 60 anos ou mais — deverá superar a população de crianças (pessoas de 0 a 14 anos) por volta do ano de 2031 (Mrejen *et al.*, 2023; OPAS, 2024). Os avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças típicas da vida adulta estão prolongando a vida das pessoas já idosas, levando ao que é conhecido como "envelhecimento do envelhecimento" (Peroni *et al.*, 2023). Deste modo, enquanto em 1990, 13% da população mundial tinha 65 anos ou mais, em 2021 o número era de 17%, esperando-se que atinja 26% em 2050 (UN DESA, 2022).

No Brasil, a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, impulsionados pelas melhorias nos cuidados de saúde e nas condições socioeconômicas, levaram a um envelhecimento acelerado da população (Mrejen *et al.*, 2023). Segundo a OPAS (2024), um dos mais rápidos envelhecimentos populacionais das Américas, com cerca de 14% de pessoas com 60 anos e mais em sua população total. Segundo o IBGE (2022) a última contagem da população mostrou que 32,11 milhões de pessoas têm 60 anos e mais. A transição demográfica no país apresenta características peculiares e revela desigualdades sociais, econômicas, de saúde, instrucionais, étnico-raciais, de gênero, e de acesso a bens e serviços de qualidade, com impacto significativo na geração de demandas relativas às políticas públicas. Dentre elas, evidenciam-se as demandas por formas alternativas de cuidado, em especial, os cuidados prolongados e a atenção domiciliar (Brasil, 2009).

De acordo com Mrejen *et al.* (2023), o processo de envelhecimento da população brasileira está associado ao aumento da prevalência de limitações funcionais. Os autores apontam que a intensidade dessas limitações tende a se acentuar a partir dos 70 anos de idade. Até os 69 anos, aproximadamente um quarto dos que declaram ter algum grau de dificuldade

para realizar Atividades da Vida Diária (AVD) precisam de ajuda, sendo que esse número sobe para 41,4% na faixa de 75 a 79 anos e 57,5% para as pessoas idosas com 80 anos e mais de idade (Mrejen *et al.*, 2023).

Na velhice, os processos de senescência — caracterizados pela redução progressiva da reserva funcional em decorrência do avanço da idade — e de senilidade — definidos pela presença de condições patológicas desencadeadas por estresse emocional, acidentes ou doenças — geram demandas por cuidados de diferentes naturezas. Quando o processo da velhice é marcado por adoecimentos e/ou incapacidades, com dificuldades temporárias ou permanentes para as atividades diárias, tem-se demanda aumentada por cuidados, que podem ser intermitentes ou permanentes, pontuais ou intensos. Tal demanda assume grande importância em função do envelhecimento da própria população idosa, ou seja, do crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade e mais, de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, tradicional cuidadora dos membros dependentes da família (Camarano; Fernandes, 2023; Camarano; Mello, 2010; Durán, 2018; Lima-Costa *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é importante destacar as mudanças que ocorreram nos arranjos familiares brasileiros e no papel da mulher. A queda na taxa de fecundidade e as alterações na nupcialidade - conjunto de características e eventos relacionados ao casamento e à formação de famílias - diminuíram os núcleos familiares, acarretando modificações nas relações de cuidado e novos desafios para o cuidado da população idosa. Camarano & Fernandes (2023) mostraram que a proporção de domicílios compostos por mulheres sozinhas e por mães com filhos, sem cônjuges, passou de 14,0% para 23,7% entre 1980 e 2010, como consequência de mudanças no seu papel social, reforçado pelo envelhecimento da população e pelo aumento dos divórcios/separações. Outra mudança em curso no período foi o crescimento de famílias de mais de duas gerações. Essas famílias são compostas, principalmente, por chefe idoso, filhos e netos (Camarano & Fernandes, 2023).

Por tais mudanças, evidenciou-se a necessidade de equipamentos legais de proteção social com foco nos três pilares da seguridade social brasileira: políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (Camarano & Fernandes, 2023; MS. Saúde de A a Z. Saúde da Pessoa Idosa, 2009). Alcântara e seus colaboradores (2016), propõem o reconhecimento do cuidado como o quarto pilar da seguridade social no país.

3.1 Revisão de Literatura

3.1.1 O que é Cuidado

A palavra “Cuidado” pode ter diferentes significados dependendo do contexto no qual é empregada. O conceito etimológico original vem da palavra latina “cogitatus”, que significa meditado, pensado e refletido, e também da palavra “cura”. Na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial; inquietação; preocupação; zelo; desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa desse desvelo; encargo; incumbência; responsabilidade; lida; trabalho; e ocupação (Houaiss, 2009). Os significados atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda, sendo um dos atributos necessários à sobrevivência humana.

Para Miotto & Dal Prá (2015) não há definição consolidada de Cuidado. É um conceito polissêmico que tem sentido universalista por englobar pessoas, comunidades, sistemas, ambientes, relacionando-se a aspectos históricos, sociais, econômicos, culturais e de organizações familiares. Atravessa vários campos das ciências: saúde, psicologia, antropologia, filosofia, gerontologia, direito, ciências sociais e economia (Goes, *et al.*, 2023), tornando-se importante delinear qual o ponto de análise a ser considerado sobre o conceito de Cuidado.

Neste sentido, Karina Batthyány (2020), indica quatro campos teóricos de análise do Cuidado na América Latina, com base nas literaturas anglo-saxônica e francesa (Goes, *et al.*, 2023). Essas perspectivas se complementam e apresentam um panorama multifacetado sobre o tema, sendo elas: o da economia feminista, centrada na economia do Cuidado; o da ênfase na concepção do Cuidado como direito humano; na perspectiva da ética do Cuidado, que articula os campos da antropologia e da psicologia social (Goes, *et al.*, 2023), e o da sociologia, que inclui o Cuidado como um pilar do bem-estar social, inserido nos estudos do Cuidado como trabalho; este último de interesse no presente estudo.

A perspectiva da Economia do Cuidado se dedica a tornar visível e mensurável o valor econômico do trabalho de cuidado, tanto remunerado quanto não remunerado. A economia feminista questiona os modelos econômicos tradicionais que historicamente ignoraram ou subvalorizaram o trabalho de reprodução social, majoritariamente realizado por mulheres. Ela analisa como o cuidado impacta o mercado de trabalho, a desigualdade de gênero e a

sustentabilidade dos sistemas sociais (Karina Batthyány, 2020).

A perspectiva do Cuidado como direito humano foca na legitimidade do Cuidado como um direito fundamental, tanto para quem o recebe quanto para quem o presta. Argumenta-se que o acesso a cuidados de qualidade é essencial para a dignidade humana e que o direito de cuidar, em condições justas e equitativas, também deve ser garantido. Essa abordagem impulsiona a defesa de políticas públicas que universalizem o acesso a serviços de cuidado e reconheçam o valor social do trabalho de cuidado (Karina Batthyány, 2020).

A perspectiva da ética do Cuidado analisa as dimensões morais, relacionais e subjetivas do ato de cuidar, valorizando a interdependência, a empatia e a responsabilidade nas relações humanas. Ao articular-se com a antropologia, investiga as variações culturais das práticas de cuidado, e com a psicologia social, explora os impactos psicológicos e sociais do Cuidado nas interações humanas e no desenvolvimento individual (Karina Batthyány, 2020).

Na perspectiva do Cuidado como bem-estar social, a sociologia investiga o Cuidado como uma forma de trabalho e como um componente fundamental do bem-estar social. Aborda as dinâmicas sociais da provisão de cuidado, as desigualdades de gênero, classe e raça que o atravessam, e as interações entre o cuidado formal e informal. Este campo analisa as condições de trabalho das cuidadoras, a organização familiar do cuidado e as políticas públicas que buscam socializar as responsabilidades do cuidado (Karina Batthyány, 2020).

A questão do Cuidado como uma temática pública e política ganhou destaque devido ao envelhecimento da população. Recentemente o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Cuidados, por meio da Lei 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Para sua formulação foi produzido um marco conceitual, a partir das discussões realizadas pelo Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados), coordenado pela Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (SNCF/MDS) e pela Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Políticas de Cuidados do Ministério das Mulheres (SENAEC/MMulheres). A construção de uma política integral e integrada de cuidados passou a ser, pela primeira vez no Brasil, um objetivo explicitamente público a partir de 2023, quando foram criadas, na estrutura do governo federal, a SNCF/MDS e a SENAEC/MMulheres. A Política Nacional de Cuidados define Cuidado como um trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e reprodução da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e da economia e à garantia do bem-estar de todas as pessoas. Este cuidado pode ser exercido de maneira não remunerada, no âmbito familiar ou comunitário, incluindo tarefas como produção de

alimentos, manutenção dos domicílios e cuidado das pessoas do próprio núcleo doméstico e/ou familiar, sem contrapartida financeira (Brasil, 2023). Quando o cuidado ofertado envolve a realização de atividades cotidianas para a sustentação da vida, apoio e auxílio à vida diária é considerado “Trabalho de cuidado” (Brasil, 2023; Guimarães *et al.*, 2011). Logo, o Cuidado é vital para a sustentabilidade da vida humana e também fundamental para o funcionamento da economia e das sociedades (Guimarães *et al.*, 2011).

Em seu artigo sobre “Cuidado essencial”, Boff (2005) indica que “nós não temos apenas cuidado; nós somos ‘cuidado’”. Isso significa que o cuidado entra na constituição do ser humano, na definição essencial do ser humano e determina a estrutura de sua prática. “É um modo-de-ser singular do homem e da mulher, ou seja, a forma como o homem se estrutura e se realiza no mundo junto com os outros e demais coisas” (Boff, 2005). Boff acentua que há dois modos básicos de ser no mundo: o trabalho e o cuidado e, ao caracterizar o cuidado como “solo em que toda a interpretação do ser humano se move”, estabelece o cuidado como fundamento para entendimentos sobre o ser humano (Boff, 2005). É, para Boff, nas mútuas implicações entre cuidado e trabalho, que emerge o processo de construção da realidade humana. Logo, o Cuidado está constantemente presente na existência humana (Boff, 2005).

O Cuidado é um dos atributos necessários à sobrevivência da espécie humana, visto que todas as pessoas precisam de cuidados, em diferentes intensidades e em momentos diferentes ao longo da vida (Camarano, 2023; Contatore *et al.*, 2019). No entanto, não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados (Camarano, 2023; Contatore *et al.*, 2019). Isto ocorreu por ter sido concebido como uma responsabilidade familiar, interpretado como certo que as tarefas de rotina pertenciam às mulheres, num comportamento singular implicitamente atribuído ao gênero. Como resultado, os cuidados e a sua importância para a vida social foram subvalorizados pelas ciências humanas e reduzidos pelas ciências naturais (Rummery; Fine, 2012 apud Malfitano & Sakellariou, 2019). Ao longo do tempo, contudo, a noção de cuidado passou a ser mais associada às ações profissionais de atenção à saúde, embora seus elementos constituintes não sejam exclusivos desse campo.

O Cuidado, portanto, ao ser visto como parte integrante das relações sociais, quer sejam íntimas, familiares e/ ou profissionais (Rummery; Fine, 2012 apud Malfitano & Sakellariou, 2019), compreende uma rede complexa de sustentação da vida, envolvendo: o cuidar de si mesmo (autocuidado), o cuidar dos outros, a pessoa que cuida (cuidador) e a pessoa que é cuidada (Duarte *et al.*, 2016).

3.1.2 A pessoa que cuida: o cuidador

A forma como o cuidado é ofertado nas sociedades é bastante variável. Cada sociedade, em diferentes períodos históricos, estabelece uma organização social específica para o Cuidado, que produz, organiza e distribui os cuidados, e que tem componentes sociais, econômicos, culturais e políticos (Brasil, 2023). A conformação dessa organização social dos cuidados reúne e responsabiliza um conjunto de quatro atores principais por sua provisão: as famílias, comunidades, Estado, mercado/empresas. Este modelo é reconhecido como "diamante dos cuidados" (Brasil, 2023).

Na literatura sobre o tema, o termo cuidador refere-se à pessoa que atua como o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos por outro indivíduo. É também aquele que oferece assistência e ajuda prática a outra(s) pessoa(s), facilitando sua rotina em atividades que garantem a vida, como alimentação, higiene, uso de medicação, entre outras demandas (Camarano e Mello, 2010; Cordero-Cabrera *et al.*, 2019; Cruz & Hamdman, 2008; Novelli *et al.*, 2010). Podem ser classificados em: formal (cuidador profissional contratado pelo Estado ou mercado privado) e informal (sem vínculo empregatício); familiar e não familiar; esporádico, frequente ou em tempo integral (em geral reside com a pessoa cuidada) (Cordero-Cabrera *et al.*, 2019; Lima-Costa, 2017).

Na América latina, o trabalho de cuidado, como uma ocupação, constitui fonte importante de renda para as mulheres, sendo que dentre as 47 milhões de pessoas que desempenhavam essa atividade em 2018, cerca de 75% eram mulheres, incluindo pessoas que trabalham em instituições públicas ou privadas de cuidados e domicílios (ILO, 2018). No Brasil, o trabalho de cuidados realizado no ambiente doméstico, é majoritariamente um trabalho feminizado e racializado, ou seja, em massiva maioria é desempenhado por mulheres pretas e pardas, tanto no trabalho remunerado, quanto no não remunerado (Goes *et al.*, 2023). A organização social dos cuidados no país é historicamente desigual, injusta e insustentável, considerando-se aspectos éticos, econômicos ou sociais (Goes *et al.*, 2023).

É desigual e injusta porque, apesar de todas as pessoas necessitarem de cuidados ao longo do seu ciclo de vida, nem todas recebem os cuidados de acordo com suas necessidades e nem todas cuidam; principalmente, nem todas cuidam na mesma intensidade e na mesma proporção. No Brasil, são as famílias e especialmente as mulheres que se responsabilizam

desproporcionalmente pela provisão de cuidados. Elas continuam sendo as principais - quando não exclusivas - responsáveis pelo trabalho de cuidados, principalmente as mais pobres (que não têm renda suficiente para adquirir serviços de cuidado no mercado privado), as mulheres negras e as que vivem em territórios com menor acesso a políticas e serviços públicos de cuidado, como as zonas rurais e as periferias urbanas (Camarano, 2023; Goes *et al.*, 2023).

Deste modo, nas questões referentes à temática do “Cuidado”, os apontamentos da interseccionalidade são imbricados. O cuidador tem identidade bem definidos: possui sexo, raça e classe social (Camarano, 2023; Camarano *et al.*, 2023; Goes *et al.*, 2023; Moreno & Flores, 2023). Hirata (2014) aponta que a maioria dos profissionais nessa área são mulheres, especialmente de minorias étnicas e raciais. E, no contexto para o estudo com idosos, têm-se que a idade acima de 60 anos constitui-se como o quarto pilar da interseccionalidade. Conforme é indicado por Hirata (2014), além de interações entre gênero, classe social e "raça"/etnia, outras dimensões sociais, como a idade, podem ser incorporadas à análise interseccional, dependendo do contexto e da questão investigada, permitindo uma análise mais abrangente. Moreno & Flores (2023) incluem e discutem a questão da velhice e cuidados na perspectiva da abordagem da gerontologia crítica e feminista, incluindo, assim, análises interseccionais. Indicam que Cuidado envolve uma questão central para política e não um problema individual e privado (Moreno & Flores, 2023). Corroborando, Hirata (2014) destaca que a vulnerabilidade e a falta de cidadania dos idosos dependentes e das pessoas com deficiências repercutem sobre o “status” dos cuidadores, que pertencem a uma população considerada de “segunda categoria”, num processo de desvalorização tanto do trabalho de Cuidado quanto dos seus destinatários: as pessoas e os grupos ditos “vulneráveis”.

Em relação aos cuidados para a população idosa com limitações funcionais, a literatura indica que, nas famílias de menor renda per capita, são as mulheres com 50 anos ou mais, membros da família (cônjuges ou filhas), com proximidade física e afetiva com a pessoa idosa, as principais responsáveis pela provisão do cuidado (Ceccon, 2021; Lima-Costa *et al.*, 2017; Mrejen *et al.*, 2023). Em geral, o trabalho é ininterrupto e solitário, sem o apoio de serviços e políticas públicas de proteção social para o desenvolvimento desta função (Ceccon, 2021). O perfil de quem demanda cuidados na velhice é estabelecido na literatura sobre o tema: são, em sua maioria, mulheres a partir dos 70 anos, com maior demanda a partir dos 80 anos (Ceccon, 2021; Giacomini *et al.*, 2018; Minayo, 2021; Mrejen *et al.*, 2023) e as pessoas menos escolarizadas (Giacomini *et al.*, 2018).

A presença de uma pessoa dependente em uma família (recém-nascido, pessoa doente ou senil) implica, com frequência, em mudanças na dinâmica das relações intrafamiliares. Neste cenário, surge a figura do cuidador informal (Garcia *et al.*, 2023). Em várias circunstâncias familiares a pessoa cuidadora é idosa e tem a responsabilidade de cuidar de outras pessoas, inclusive de outros idosos. Neste sentido, a pessoa idosa que é cuidadora pode apresentar desafios específicos diante das demandas dos papéis de ser cuidador (Camarano & Fernandes, 2023; Flesch *et al.*, 2020). Um dos desafios para estas pessoas pode ser conseguir se manter envolvidas e atuantes em tarefas relativas às Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD).

3.1.3 Definição de Atividades Avançadas da Vida Diária

Rubenstein *et al.* (1988), começaram a discutir a inclusão de atividades mais complexas na avaliação funcional de idosos, além das atividades básicas e instrumentais já estabelecidas. Atividades da vida diária são um conjunto de tarefas e ações das pessoas em seu cotidiano que lhe permitem viver de modo autônomo e integrado em seu ambiente, cumprindo um papel social determinado (Devi, 2018).

Em 1989, Reuben & Solomon propuseram o uso de três níveis funcionais de atividades, estratificados de acordo com a dificuldade e complexidade para execução das tarefas: básicas (ABVD), intermediárias (AIVD) e avançadas (AAVD). As atividades básicas da vida diária foram descritas por Katz *et al.* (Katz, 1963) e incluem funções primárias de uma pessoa com o objetivo de seu autocuidado e mobilidade, determinando sua autonomia e independência elementares, pois se referem às funções de comer, controlar o próprio esfíncter, ir ao banheiro, usar a higiene pessoal, vestir-se, tomar banho e a capacidade de movimento (transferência, caminhar, subir e descer escadas e a capacidade de usar uma cadeira de rodas, etc) (Devi, 2018). As atividades instrumentais da vida diária foram descritas por Lawton e Brody. São aquelas que permitem que uma pessoa se adapte ao seu ambiente e mantenha a independência na comunidade, e, assim, envolvem níveis mais complexos de capacidade humana. Como exemplo tem-se o uso do telefone, fazer compras, preparar alimentos, cuidar da casa, lavar roupa, usar meios de transporte, controlar a medicação e administrar o dinheiro (Lawton & Brody, 1969).

As atividades avançadas da vida diária envolvem tarefas que vão além do que é necessário para manter uma vida independente e têm maior complexidade em relação às

atividades instrumentais (Devi, 2018). Relacionam-se às tarefas de controle sobre o ambiente físico e social, envolvendo subjetividade, volição, motivação e influências culturais. Em geral incluem atividades recreativas, ocupacionais, altruístas ou de serviços comunitários (Reuben e Solomon, 1989). Na ocasião, Reuben & Solomon (1989) indicaram que as AAVD poderiam ser preditores sensíveis para a identificação precoce de declínio funcional. Indicaram que futuros estudos seriam importantes, visto que a manutenção do desempenho nas AAVD favorece uma boa saúde mental e boa qualidade de vida para as pessoas, porém, à época, as investigações não se aprofundaram (Reuben e Solomon, 1989).

Em princípio as AAVD foram definidas como atividades voluntárias, específicas para cada indivíduo e influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais (Reuben e Solomon, 1989). Podem ter especificidades individuais ao se considerar as atividades cotidianas das pessoas (Schell and Gillen, 2019). Ao longo do tempo, na definição de AAVD foram incorporadas atividades mais complexas que envolvem funcionamento físico, mental e social, desempenhadas em domicílio e na vida comunitária (Dias *et al.*, 2011; Dias *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2019).

Em um estudo de revisão realizado em 2011, Dias *et al.* (2011) identificaram algumas características na concepção das AAVD: são relacionadas aos mais altos níveis de funcionalidade, sendo que requerem os mais altos níveis de aprendizagem e são influenciadas por habilidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais mais complexas; estão relacionadas à execução de papéis sociais, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, integração e habilidades sociais; são fator de independência no controle do ambiente físico e social e cumprimento dos papéis sociais em diferentes contextos (lazer, trabalho e engajamento social), favorecendo o desenvolvimento das habilidades pessoais e a inclusão social; relacionam-se positivamente à altos níveis de capacidade funcional, qualidade de vida e saúde mental no envelhecimento com melhor funcionamento físico e cognitivo. Nos estudos de Dias *et al.* (2011; 2014; 2019), além destes aspectos descritos, as AAVD foram referidas como preditoras de perdas funcionais futuras, de forma que o declínio nestas atividades representaria um indicador precoce de redução da capacidade funcional e seu monitoramento poderia detectar mudanças na capacidade funcional ao longo do tempo.

Na literatura sobre o tema, verifica-se que há hierarquia entre estas atividades da vida diária, com evolução nas aquisições e perdas funcionais também hierárquicas em caso de doenças neurodegenerativas (Devi, 2018; Dias *et al.*, 2011; Dias *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2019). As primeiras perdas observadas na pessoa com doença de Alzheimer são nas

atividades avançadas, seguidas das instrumentais e, finalmente, nas atividades básicas (Devi, 2018). Portanto, dificuldades nas AAVD podem ser preditoras de declínio funcional progressivo em fase inicial, em casos de pessoas com provável perda cognitiva e prováveis demências (Dias *et al.*, 2011; Dias *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2019).

Na determinação dos campos que caracterizam as AAVD, Dias *et al.* (2011; 2014) incluíram os seguintes conjuntos de atividades: sociais, produtivas, físicas e de lazer. Destacam que, nestes domínios, há inter-relação entre atividades, visto que uma mesma AAVD pode pertencer a mais de um domínio de atividades por envolver múltiplos papéis e habilidades (Dias *et al.*, 2011, Dias *et al.*, 2014).

3.1.4 Atividades Avançadas de Vida Diária e envelhecimento

Na abordagem específica sobre envelhecimento, Dias e colaboradores (2011; 2014) destacaram a importância da subjetividade, de influências culturais e da motivação para a escolha e o envolvimento nas AAVD pela pessoa idosa. Oliveira e colaboradores (2020) reforçam que o termo Atividade Avançada de Vida Diária (AAVD) se refere a uma categoria de atividades relacionadas com participação e envolvimento social, que vai além daquelas relacionadas a problemas práticos e básicos no ambiente onde o idoso vive. As pessoas idosas que desempenham AAVD são aquelas atuantes em ações e papéis sociais no trabalho, na família e em outras instituições sociais (Oliveira *et al.*, 2020; Sposito *et al.*, 2016).

Há associação entre a participação da pessoa idosa em atividades sociais, produtivas e de lazer e a melhoria de suas condições de saúde e de qualidade de vida (Dias *et al.*, 2011, Dias *et al.*, 2014; Martino *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2020; Sposito *et al.*, 2016). Neste sentido, Dias *et al.* (2011) destacam a importância do desempenho de AAVD no envelhecimento, visto que podem ser estratégias para estímulo e preservação de múltiplas habilidades intelectuais, físicas e psicossociais, além de contribuir para a manutenção e o fortalecimento da rede de apoio, da participação social, da autopercepção positiva de saúde e da qualidade de vida. De outro modo, a privação destas atividades pode constituir-se como preditor de doenças e isolamento social (Dias *et al.*, 2011, Dias *et al.*, 2014).

Também no campo da Política pública, as atividades sociais, produtivas e de lazer destacaram-se nos últimos anos, de modo a serem incluídas nas políticas públicas como estratégias de programas de promoção à saúde, especialmente as atividades sociais e de lazer. Há indicativos da promoção destas atividades nas políticas, como a Política Nacional de

Saúde do Idoso (BRASIL, 2003), Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006) e no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) (Dias *et al.*, 2011). Recentemente, a inclusão e valorização das atividades produtivas, sociais e de lazer foram consideradas na construção da Política Nacional de Cuidados que foi sancionada pelo presidente do Brasil em dezembro de 2024 (Brasil, 2024).

Dessa forma, as AAVD constituem-se como importante estratégia para a promoção da saúde no envelhecimento e devem ser contempladas nas políticas públicas direcionadas à população idosa (Martino *et al.* 2025; Mazer *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2020; Sposito *et al.*, 2016).

Dias *et al.* (2015), a partir dos dados dos idosos participantes do estudo longitudinal Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), concluíram que as atividades sociais, produtivas e de lazer (AAVD) favorecem o pleno desenvolvimento das potencialidades do idoso, com trocas de experiências, de apoio e de afeto entre os membros da rede social. No mesmo sentido, Sposito *et al.* (2016) em trabalho a partir dos dados do estudo de base populacional Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA-UNICAMP) indicam que a exposição à escolaridade e o engajamento em atividades complexas ao longo da vida favorece a conservação da capacidade cognitiva e a resistência a danos neurais, podendo ainda contribuir para compensar os danos cerebrais decorrentes do envelhecimento, por meio da potencialização de redes cerebrais existentes e do recrutamento de redes alternativas.

Oliveira e colaboradores (2020) realizaram estudo qualitativo com idosos centenários que vivem ativos e produtivos em termos social, físico, de lazer, intelectual, organizacional e/ou político. Indicaram que as AAVD podem constituir hábitos de vida que ampliem o processo de individuação, ou seja, o sujeito explicita, por meio das atividades avançadas, sua capacidade e potência, mantendo-se como ser desejante, com opinião e vontade de escolher as ações cotidianas, a despeito da diversidade da velhice. Os pesquisadores concluem que é relevante investir e restabelecer o quanto antes as atividades sociais, de cultura e de lazer para o público idoso, uma vez que investir nas AAVD é preservar o afeto, o vínculo, a aprendizagem, a cognição e, conseqüentemente, a autonomia, o bem-estar e a satisfação com a vida, independentemente do momento cronológico que o indivíduo esteja vivendo (Oliveira *et al.*, 2020).

Quando na velhice a saúde e a funcionalidade estão preservadas, bem como a atividade e o envolvimento social, observa-se, por um lado, a correlação positiva da conservação de AAVD, especialmente quando os idosos relatam a presença de envolvimento

social e suporte social cotidiano (Martino *et al.*, 2025; Neri, & Vieira, 2013). Mas, por outro lado, constata-se a percepção de correlações negativas, quando são analisados os achados relacionados ao envolvimento social e à idade. Estes resultados mostram que, quanto mais alta a participação em atividades avançadas, menor a idade dos entrevistados, concluindo-se que, para manter as AAVD na velhice, faz-se necessário estimular e promover as relações sociais, a integração social e a produtividade (Martino *et al.*, 2025; Mazer *et al.*, 2024; Neri, & Vieira, 2013).

Internacionalmente, verifica-se grande interesse por compreender as AAVD e neste sentido pesquisas têm sido mais frequentes, especialmente relacionando AAVD e envelhecimento. Em pesquisa de 2023, publicada em 2025, Martino e colaboradores (2025) investigaram a influência dos atributos da personalidade (abertura a novas experiências e resiliência) sobre as AAVD. Foi um estudo transversal observacional com 151 idosos argentinos com 66 anos ou mais sem doenças psicopatológicas prévias. Os resultados indicaram correlação significativa entre as variáveis de interesse em que melhor conservação do envolvimento das pessoas idosas em AAVD esteve associada a personalidades resilientes e de maior abertura à novas experiências (Martino *et al.*, 2025). Uma maior abertura às experiências poderiam predispor os adultos idosos a iniciar e sustentar atividades sociais, físicas, recreativas e intelectuais, enquanto a resiliência promoveria os recursos motivacionais necessários para manter as AAVD, apesar das situações difíceis da vida (Martino *et al.*, 2025). Deste modo, os autores da pesquisa afirmam que AAVD são importante indicador do estado funcional e do envelhecimento ativo durante a velhice, refletindo o nível de integração das pessoas idosas em seu meio e os seus interesses e motivações pessoais (Martino *et al.*, 2025).

O documento “Decade of healthy ageing: baseline report” publicado em 2020 pela World Health Organization (WHO) que trata das diretrizes e recomendações para se alcançar o envelhecimento saudável das populações, enfatiza que a saúde da pessoa idosa depende de suas habilidades funcionais e suas interações com os ambientes e contextos, indicando o envolvimento em atividades de lazer e participação comunitária como aspectos relevantes para os atributos de vida saudável na velhice (WHO, 2020).

3.1.5 Operacionalização das Atividades Avançadas da Vida Diária - no mundo e no Brasil

Na literatura internacional, têm-se publicações a respeito de desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliação das AAVD em pessoas idosas, de uso em situações clínicas, afim de identificar possíveis déficits funcionais específicos nas atividades diárias mais complexas e como apoio ao diagnóstico diferencial em pessoas com provável déficit cognitivo leve (DCL) e doença de Alzheimer (Bressan *et al.*, 2019; De Vriendt *et al.*, 2013; P. De Vriendt *et al.*, 2015; Ghahremani *et al.*, 2024; Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2023).

Na Bélgica, De Vriendt e colaboradores (2015) desenvolveram a ferramenta “Advanced Activities of Daily Living” (a-ADL) que avalia as AAVD em casos de déficit cognitivo de idosos. Esta ferramenta abrange 49 atividades, divididas em 15 grupos de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que foram identificados em um estudo qualitativo anterior de declínio funcional em uma população com DCL (De Vriendt *et al.*, 2013). Os autores consideraram que as AAVD são altamente individuais, sendo possível avaliar outras AAVD, além das 49 principais, que os sujeitos podem relatar (De Vriendt *et al.*, 2013). Cada um dos 49 itens é classificado quanto à relevância para o indivíduo avaliado. A atividade é considerada relevante se for realizada atualmente ou se foi previamente. Em seguida, o sujeito é questionado sobre como as atividades são realizadas e o observador atribui uma pontuação em uma escala de cinco pontos, variando de 0 (nenhuma dificuldade para executar) a 4 (dificuldade completa) (De Vriendt *et al.*, 2013).

Os pesquisadores responsáveis pela ferramenta a-ADL argumentam que esta foi a primeira a avaliar somente atividades avançadas e não incluiu domínios neuropsicológicos, preenchendo a lacuna que existia na tríade de “AVD básica, instrumental e avançada”, categoriza por Reuben na década de 1980 (Reuben e Solomon, 1989) (De Vriendt *et al.*, 2015). Em estudo anterior, estes pesquisadores corroboram que a tríade das AVD (ABVD, AIVD, AAVD) é o modelo mais adequado para avaliar a funcionalidade de uma pessoa, visto que fornece distinção objetiva entre os três níveis de AVD, estratificados de acordo com a dificuldade e a organização cognitiva necessária (De Vriendt *et al.*, 2013; De Vriendt *et al.*, 2015).

Na Argentina (cidade de Córdoba) Bressan & colaboradores (2019) desenvolveram e avaliaram as propriedades psicométricas preliminares da ‘Escala de Atividades Expansivas da Vida Diária (Escala AEVD)’. O termo Atividades Expansivas da Vida Diária é utilizado para descrever práticas relacionadas à autonomia e participação social, apresentando proximidade conceitual com as AAVD. Dada essa aproximação será considerada como um exemplo de medida de AAVD no contexto sul-americano.

A “Escala AEVD” foi desenvolvida a partir do modelo de valorização funcional das Atividades da Vida Diária indicadas por Lawton & Brody (1969) e por teorias relacionadas ao estilo de vida e fatores de risco para deterioração cognitiva. Esta escala avalia as AEVD sendo composta por questionário de sete (7) itens a seguir: capacidade de expressar desejos e necessidades, capacidade de autocontrole, manter-se informado, contatos socioafetivos, atividades recreativas, atividades físicas e aprendizagem de novas coisas. Em cada item são quatro (4) opções de respostas de zero (0) a três (3), em que zero (0) indica atividades preservadas e três (3) atividades afetadas, com valores intermediários e o valor final é a soma da pontuação dos itens. Menor valor na pontuação global indica atividade preservada e maior valor indica dificuldades para o desempenho de AAVD (Bressan *et al.*, 2019).

Os autores argumentam que é importante valorizar as AEVD para se conhecer hábitos e comportamentos associados ao estado de competência que impactam na qualidade de vida das pessoas (Bressan *et al.*, 2019).

Esta escala foi utilizada recentemente por Martino & colaboradores (2025) para avaliar a adultos maiores de 50 anos na cidade de Rosario na Argentina. Os autores indicaram que o índice global da “Escala AEVD” correlacionou com a “abertura para novas experiências” e com a “resiliência” após controlar os efeitos da idade e da educação dos participantes.

No estudo de Ghahremani e colaboradores, desenvolvido no Irã em 2020/2021 e publicado em 2024, os pesquisadores avaliaram as propriedades psicométricas da versão Persa da escala AAVD de Dias *et al.* (2019) - apresentada anteriormente - na população idosa iraniana. Optaram por esta escala por ser mais breve e fácil de ser utilizada quando comparada a outros instrumentos de avaliação das AAVD, como a de P. Vriendt *et al.* (2013) (Ghahremani *et al.*, 2024). Concluíram que as propriedades psicométricas da escala foram aceitáveis, sendo, portanto, adequadas para avaliar as AAVD na população iraniana. Também apontaram que a aplicação desta escala na prática clínica e nos serviços de saúde poderia contribuir para monitorar a capacidade funcional em idosos, propor estratégias de intervenção e planejar cuidados (Ghahremani *et al.*, 2024).

Sánchez-Rodríguez *et al.* (2023) desenvolveram pesquisa transversal secundária a partir dos dados do Mexican Study of Health and Aging (MSHA 2018), incluindo 6.474 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos e sem déficits cognitivos. Nesta pesquisa o objetivo foi determinar a prevalência e os fatores associados à capacidade de realizar AAVD em idosos mexicanos. Para tanto, selecionaram nove questões do banco de

dados relacionadas às AAVD e representativas dos domínios físico/lazer, social e produtivo, correspondendo a três questões cada. Cada resposta recebeu pontuação zero (0) (não realiza) ou um (1) (sim, realiza), portanto, com escore variando entre zero (0) e nove (9) (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2023). Os itens avaliados foram: domínio físico/lazer - participar em algum clube esportivo ou social; participar de palestra, seminário ou aula; costurar, bordar, tricotar ou realizar outros trabalhos manuais - domínio social - frequentar cultos religiosos; conversar com parentes ou amigos ao telefone, usar computador para enviar emails ou usar a internet; cuidar de um familiar doente entre 2015 e 2018 - domínio produtivo - nos últimos 2 anos, participar de qualquer trabalho voluntário para uma organização religiosa, educacional, de caridade ou para a comunidade; trabalhar em organização sem fins lucrativos sem remuneração ou compensação; no último ano, trabalhar em um trabalho remunerado.

Os resultados indicaram baixa prevalência de pessoas idosas capazes de realizar três ou mais AAVD. Os fatores associados à não realização de mais de três atividades foram idade, gênero, nível de escolaridade, residência urbana, sedentarismo e ter duas ou mais doenças crônicas. Os pesquisadores defenderam que a mensuração das AAVD são um bom indicador de saúde na velhice em estudos de coorte comunitários, uma vez que a participação nas AAVD indica capacidade funcional física e cognitiva, ambiente favorável e está ligada ao bem-estar psicológico (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2025). Assim, concluíram ser necessário incentivar a participação ativa dos idosos, de suas famílias e da comunidade para manter e promover as AAVD com consequências favoráveis ao envelhecimento saudável (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2023). Além disso, em pesquisa longitudinal mais recente, Sánchez-Rodríguez e colaboradores (2025) avaliaram o desempenho nas AAVD de adultos mexicanos idosos participantes do MHAS de 2012 a 2018, a fim de confirmar as descobertas anteriores e determinar os fatores de risco para o não desempenho de três ou mais AAVD (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2025).

No contexto nacional brasileiro encontram-se pesquisas sobre AAVD e população idosa, em especial relacionadas às situações de comprometimento cognitivo e psicoemocional. No Brasil o estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) e o estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) desenvolveram pesquisas relacionadas à AAVD em idosos. (Dias *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.*, 2022; Sposito *et al.*, 2016;). O estudo FIBRA, a respeito das AAVD, mostrou que os idosos com maior envolvimento, principalmente com atividades sociais, físicas e intelectuais, apresentavam tendência significativa em reduzir o risco do declínio cognitivo e o desenvolvimento de demência (Sposito, 2015).

Ribeiro e colaboradores (2022) verificaram a associação entre propósito de vida e a realização de AAVD e AIVD em idosos a partir do estudo FIBRA nas cidades de Campinas e Ermelino Matarazzo (SP), Brasil, nos anos de 2016 e 2017. Foram 187 idosos participantes com 80 anos e mais recrutados em domicílio. Para avaliar as AAVD utilizaram um questionário com 17 itens de autorrelato e com três alternativas de respostas (“nunca fiz”, “parei de fazer” e “ainda faço”) para cada um dos itens. Os resultados indicaram que o número de AAVD realizadas apresentou associação significativa positiva com propósito de vida e negativa com sintomas depressivos, sugerindo significativa relação entre propósito de vida e manutenção de AAVD entre idosos com 80 anos ou mais (Ribeiro *et al.*, 2022).

Mazer e colaboradores (2024), em pesquisa a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, identificaram a prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em atividades avançadas. A seleção das variáveis relacionadas às AAVD baseou-se nos itens da lista de AAVD do protocolo FIBRA (banco de dados da PNS), sendo que seis variáveis se adequaram às AAVD: participação em atividades coletivas de religião; participação em reuniões sociais para atividades físicas, recreativas ou artísticas; condução de automóvel; trabalho voluntário; trabalho remunerado e participação de associações ou movimentos sociais da vida diária. Estes pesquisadores identificaram baixa participação das pessoas idosas brasileiras em AAVD. A análise revelou que pessoas idosas do sexo masculino, com idade entre 60 e 69 anos, de autodeclaração branca, residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com maior escolaridade, autoavaliação de saúde positiva, sem histórico recente de quedas, sem doenças circulatórias ou endócrinas, com hábitos de consumo saudáveis e autonomia no deslocamento foram as mais propensas a participar das AAVD (Mazer *et al.*, 2024).

Nas pesquisas publicadas, foi frequente a referência à escala desenvolvida e validada por Dias, E. N. e colaboradores (2019) para avaliar as AAVD. Tal ferramenta é uma escala de 13 itens relacionada à capacidade de praticar atividades de lazer (4 itens), sociais (4 itens) e produtivas (5 itens) com pontuações de 1 a 3 (nunca fez = 1; parou de fazer = 2 e ainda faz = 3) (Dias *et al.*, 2019). Eles avaliaram e confirmaram a validade de uma das poucas ferramentas para avaliação de AAVD no Brasil (Ghahremani *et al.*, 2024).

Conforme apresentado, tais pesquisas corroboram que se manter ativo e participativo, incluindo envolvimento em AAVD, pode favorecer a proteção das funções cognitivas, diminuir o risco para a evolução da demência, contribuir para a resiliência psicológica e para

a continuidade do propósito de vida entre idosos (Costenoble *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2022; Sposito *et al.*, 2016).

3.1.6 Idoso cuidador e envolvimento em AAVD

Na literatura, encontram-se estudos internacionais que indicam que o número global de cuidadores cresce, mas o número de cuidadores idosos aumenta de forma particularmente rápida à medida que as populações envelhecem em todo o mundo (Carmichael & Ercolani, 2014; Flesch *et al.*, 2020; Garcia *et al.*, 2023; Greenwood, 2019). No entanto, os estudos demonstram que pouca investigação se concentrou neste grupo de pessoas cuidadoras (Flesch *et al.*, 2020; Greenwood, 2019).

Ser cuidador pode envolver desafios. Para os cuidadores idosos, a necessidade de apoio pode ser maior, pois, em geral cuidam durante mais horas, são frequentemente co-residentes e prestam cuidados mais intensivos e íntimos (Carmichael & Ercolani, 2014; Flesch *et al.*, 2020; Greenwood, 2019). Muitas pessoas idosas cuidadoras assistem cônjuges ou parceiros, frequentemente da mesma idade, porém, o número de pais idosos que prestam cuidados de longo prazo a filhos adultos com deficiências físicas e/ou intelectuais também é crescente (Flesch *et al.*, 2020; Greenwood, 2019).

Indivíduos idosos, hígidos ou frágeis, podem ter diminuído o desempenho de atividades rotineiras, em vários graus e aspectos, seja na senilidade ou na senescência. Seria esperado, portanto, a diminuição da amplitude, da frequência e/ou da intensidade de envolvimento em atividades de lazer, socialização e produtividade, ou seja, impacto negativo nas AAVD (Li *et al.*, 2023; Mazer *et al.*, 2024). Em um estudo longitudinal canadense sobre envelhecimento foram examinadas três categorias de cuidadores idosos (idade ≥ 65) em relação à participação social e apoio social ao longo do tempo: cuidadores cônjuges; cuidadores familiares não cônjuges e cuidadores não familiares (Li *et al.*, 2023). Verificaram que, ao se tornarem cuidadores, os cônjuges relataram um declínio maior na participação social e no apoio social do que os cuidadores familiares não-cônjuges e os cuidadores não parentes. Segundo os autores, os cuidadores idosos, com melhor capacidade funcional nas ABVD e AIVD, e com menos doenças crônicas, indicaram níveis mais elevados de participação social e apoio social. (Li *et al.*, 2023).

As consequências do cuidado nos domínios sociais podem ser tão críticas quanto nos domínios da saúde física ou mental quando se consideram as funções protetoras da interação

social ativa e rede de relacionamentos para o envelhecimento bem-sucedido (Li *et al.*, 2023; OPAS 2024; WHO, 2020). Estes pesquisadores destacam que o conhecimento científico sobre bem-estar social das pessoas cuidadoras idosas é relativamente limitado em comparação com a carga do cuidador e o bem-estar psicológico e que, portanto, participação social e apoio social não estão bem documentados para cuidadores idosos, considerando que o cuidado está negativamente relacionado com estes domínios (Li *et al.*, 2023). Por último, apontam a necessidade de dados longitudinais para mapear as trajetórias e o padrão de cuidados ao longo do tempo entre cuidadores idosos, incluindo as horas despendidas no cuidado e os tipos de atividades desempenhadas, destacando a participação social e o processo de envelhecimento destas pessoas cuidadoras idosas (Li *et al.*, 2023).

Garcia *et al.* (2023) realizou revisão sistemática da literatura sobre qualidade de vida de pessoa idosa cuidadora de outro idoso na família com artigos entre os anos de 1988 e 2021 e inclusão final de 10 estudos. Para a maioria dos autores destes estudos “qualidade de vida” é conceito multidimensional que considera aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e financeiros. Nestes estudos utilizaram-se variados instrumentos e medidas de qualidade de vida sendo incluídos dimensões da vida social, relacionamento com o ambiente em que vivem e rede de apoio social dos cuidadores idosos. Os autores da revisão indicaram escassez de publicações primárias sobre qualidade de vida do cuidador familiar idoso diante do cuidado a outra pessoa idosa (Garcia *et al.*, 2023). Os resultados desta revisão sistemática se relacionam às AAVD, visto que a capacidade para manter o desempenho das AAVD durante o envelhecimento está relacionada, de modo geral, à satisfação pessoal, ao bem-estar emocional, à abertura à novas experiências, à resiliência, à percepção de mudanças na saúde, à percepção de qualidade de vida, além níveis de escolaridade mais elevados, idade até 70 anos, prática de atividade física regular, ter cor da pele branca, ausência de doenças crônicas, consumo mensal de álcool, ingestão frequente de verduras e legumes, uso de óculos e independência no deslocamento, conforme apresentado nos estudos de Costenoble *et al.* (2023), Dias *et al.* (2011), Flesch *et al.*, (2020), Martino *et al.* (2025), Mazer *et al.* (2024), Oliveira *et al.* (2020), Sánchez-Rodríguez *et al.* (2025) e WHO (2020).

Greenwood *et al.* (2019), em um estudo qualitativo na região metropolitana de Londres, investigou as experiências de cuidadores idosos e suas percepções sobre esta função. Entre os cuidadores idosos mais velhos (acima de 70 anos) o declínio da saúde física e emocional próprios associou-se à dificuldade em obter apoio e à maiores chances de ficar confinado em casa e estar socialmente isolado. A dedicação ao cuidado pode levar ao

isolamento social do cuidador, com redução do tempo para atividades sociais e de lazer (Greenwood *et al.*, 2019).

Em alguns estudos verificaram-se que as atividades relacionadas à socialização foram indicadas por pessoas idosas cuidadoras como bastante prejudicadas em seu cotidiano à medida que o trabalho de cuidado era exercido por tempo prolongado e sem rede de apoio suficiente (Greenwood *et al.*, 2019; Meneses & Aguiar, 2017; Tomomitso *et al.*, 2014). Além de prejuízos em atividades de lazer, perdas financeiras e de liberdade, sobrecarga e redução das possibilidades de escolhas (Greenwood *et al.*, 2019; Meneses & Aguiar, 2017).

Tomomitso *et al.* (2014) em estudo com idosos cuidadores e não cuidadores investigaram fatores associados à satisfação com a vida, dentre eles o envolvimento em AAVD. Os dados compunham o banco eletrônico do Estudo FIBRA polo Unicamp. As AAVD foram avaliadas mediante um questionário com 13 itens de autorrelato. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre a frequência de idosos de nenhum dos grupos, quanto ao nível de estresse ou com a satisfação com a vida, ao se considerar o número de AAVD descontinuadas. Indicaram que tais dados eram resultantes da influência da idade e não da privação de contatos sociais por causa do prestar cuidados. Argumentaram que o envolvimento social sofre influência da idade, visto que, em geral, os indivíduos mais velhos participam menos de eventos sociais do que os mais jovens por encontrarem mais barreiras ambientais e por se sentirem menos ativos para a participação em atividades sociais (Tomomitso *et al.*, 2014). Tais conclusões estão em consonância com estudos de Pinto & Neri (2013), os quais reforçam que as pessoas idosas tendem a afastar-se de atividades menos significativas, a favor de outras que lhes tragam conforto emocional (Pinto & Neri, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) do (Ministério da Saúde, 2006) afirma que é direito do idoso ter atenção integral e integrada à saúde. Para aqueles que exercem a função de ser cuidador, dimensionar as consequências dessas atividades de cuidado na sua própria vida é alinhar-se ao direito à integralidade do cuidado (Groinsman, 2015; Ministério da Saúde, 2006). Para o entendimento sobre as relações entre cuidadores e AAVD buscaram-se estudos internacionais e nacionais com informações relevantes ao se considerar alguma das dimensões das AAVD (física/lazer, sociais e produtivas).

Admitindo-se que cuidado é uma necessidade humana e que, portanto, todos necessitamos de cuidado, questiona-se: ser cuidador não remunerado é uma realidade da população idosa brasileira? Existem diferenças no envolvimento em AAVD entre pessoas idosas brasileiras que são cuidadoras não remuneradas e as que não são cuidadoras? A

ocupação de cuidador não remunerado impacta na AAVD destas pessoas? Como é a realidade destes indivíduos cuidadores não remunerados em relação ao envolvimento em atividades de lazer, sociais e produtivas.

3.2 Justificativa

Durante o ciclo da vida os indivíduos, geralmente, passam da dependência total ao nascimento às situações de autonomia potencial, quando se responsabilizam pelo próprio cuidado ou de outras pessoas, até o retorno ou perda gradativa dessa capacidade de cuidar, quando podem se tornar dependentes do cuidado de outros, em especial de membros familiares (Camarano & Fernandes, 2023; Flesch et.al, 2020).

O tamanho da família é um determinante importante e, a partir dele e da estrutura etária, pode-se inferir o nível de apoio social dos indivíduos (Camarano & Fernandes 2023; Mrejen e colaboradores, 2023). Camarano & Fernandes (2023), em estudo sobre mudanças nos arranjos familiares brasileiros, apresenta que a configuração das famílias é resultado de fatores demográficos (nupcialidade, fecundidade e mortalidade) e socioeconômicos, e que, compreender quem mora junto e os determinantes desse padrão ajuda a prever as necessidades de Cuidados ao longo da vida. Entre 1998 e 2019, a porcentagem de domicílios no Brasil com pelo menos um idoso residente aumentou de 20% para 23%. Os domicílios com apenas idosos subiram de 2,7% em 1998 para 7,5% em 2019 (Mrejen e colaboradores, 2023).

É realidade no cenário brasileiro: um aumento significativo de pessoas idosas, crescente demanda por cuidados e, conseqüentemente, por cuidadores (Groinsman, 2015). Ao mesmo tempo, o aumento na demanda por cuidados coincide com a diminuição da oferta de cuidadores familiares devido aos novos arranjos, o que está ocorrendo em quase todos os países e representa um grande desafio, inclusive para os países de alta renda (Bento et.al, 2021; Camarano & Fernandes, 2023). Nesse sentido há um aumento de idosos que exercem o papel de cuidador (Flesch *et al.*, 2020). Segundo Flesch *et al.* (2020), esses indivíduos estão submetidos a riscos decorrentes do próprio envelhecimento acrescidos daqueles que a tarefa de cuidar traz consigo, o que representa uma dupla vulnerabilidade. Esse Cuidado é, geralmente, um trabalho não remunerado, permanecendo em uma zona de penumbra (Camarano & Fernandes, 2023; Duarte et.al., 2016; Groinsman, 2015).

As implicações que norteiam as atividades de cuidado realizadas por esses sujeitos podem ser de várias ordens: sobrecarga percebida, riscos à saúde física (fragilidade, número

de doenças crônicas, fadiga, sono ruim e outros sinais e sintomas), sintomas psicológicos e emocionais (sentimentos de culpa, medo do futuro, solidão, depressão, ansiedade, desesperança, estresse), relações sociais e familiares prejudicadas, isolamento social, dificuldade em pedir apoio, pior autoavaliação da saúde ao longo do tempo, pior percepção da qualidade de vida, desafios para manter a espiritualidade, pior gerenciamento do tempo e das atividades de cuidados de si, maior necessidade de assistência que cuidadores mais novos, sensação de perdas (liberdade, financeira), podendo apresentar, inclusive, possíveis prejuízos no envolvimento em atividades de lazer, sociais e produtivas (Carmichael & Ercolani, 2014; Flesch et.al, 2020; Greenwood et.al., 2019). Em relação à pessoa cuidada, as demandas objetivas de cuidado nos domínios físico e cognitivo (dependência para AVD e nível de comprometimento cognitivo) também influenciam a qualidade de vida do idoso cuidador familiar (Flesch et.al, 2020; Greenwood et.al., 2019).

Na relação da AAVD e velhice, tem-se que a prática de um maior número de AAVD pode ser um fator de proteção para a incidência de declínio cognitivo em idosos não institucionalizados (Dias et.al, 2011; Dias et.al, 2014; Dias et.al, 2015; Mazer et.al, 2024). Assim, é relevante avaliar a frequência, a intensidade e a duração da realização de AAVD, pois a magnitude da interferência das AAVD pode ser influenciada pelo tipo de atividade realizada e pelo tempo de exposição ao longo da vida (Sposito et.al., 2016). Além disso, as AAVD constituem-se como importante estratégia para a promoção da saúde no envelhecimento e devem ser contempladas nas políticas públicas direcionadas à população idosa (Dias et.al, 2015; Ferreira et.al., 2018; Mazer et.al., 2024; Martino et.al., 2025; Sposito et.al., 2016).

Na presente pesquisa, a perspectiva predominante é a de Cuidado como “trabalho de cuidado”, relacionada, portanto, à visão de Cuidado como bem-estar social estudada pela sociologia, conforme descrito por Karina Batthyány (2020). Nesse sentido, é importante reconhecer e valorizar o trabalho da família cuidadora, recompensá-la, capacitá-la, apoiá-la e inseri-la no sistema de seguridade social (Camarano & Fernandes, 2023). Portanto, uma política de Cuidado pode vir a ser, também, uma política de redução da pobreza e promoção da saúde (Camarano & Fernandes, 2023; Groisman, 2015).

Pesquisas brasileiras de base populacional sobre relações entre atividade de cuidado, pessoa idosa cuidadora e as AAVD são incipientes e raras. Tais constatações reforçam a importância de investigações que possam elucidar quem são os indivíduos que são idosos e cuidam de outras pessoas (Flesh et.al, 2020; Mrejen *et al.*, 2023) e a implicação desse papel

em suas vidas, o que inclui o envolvimento em atividades de lazer, socialização e produtivas.

Diante do exposto, este trabalho pretende, por meio de seus resultados, contribuir para uma melhor compreensão do processo de cuidar diante da longevidade que se apresenta. A hipótese deste estudo é que a pessoa idosa que cuida de outra pessoa de forma não remunerada tem prejuízo em seu envolvimento em AAVD.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre a realização do cuidado não remunerado e o envolvimento em Atividades Avançadas da Vida Diária em pessoas idosas brasileiras.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de estudo de acordo com a frequência semanal como cuidador não remunerado.

- Descrever como as diferentes atividades avançadas de vida diária (AAVD), analisadas separadamente, se distribuem conforme a frequência semanal de cuidado não remunerado.

- Descrever o escore de envolvimento em atividades avançadas de vida diária (AAVD), abrangendo os domínios social, de lazer, produtivo e global, de acordo com a frequência semanal de cuidado não remunerado.

- Avaliar a associação independente entre a frequência semanal de cuidado não remunerado e o envolvimento em atividades avançadas de vida diária (AAVD).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir dos dados da segunda onda do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), conduzida entre 2019-2021.

O ELSI-Brasil é um estudo de coorte nacionalmente representativo da população com idade ≥ 50 anos residente na comunidade, que tem como objetivo analisar o processo de envelhecimento da população brasileira, identificando seus fatores determinantes e avaliando as necessidades e demandas que esse grupo apresenta em relação aos sistemas de saúde e de assistência social.

Para garantir que a amostra represente as áreas urbanas e rurais dos municípios de pequeno, médio e grande porte, a amostragem do ELSI-Brasil adota um desenho com estágios de seleção. Nos municípios com até 750.000 habitantes, a amostra foi selecionada em 3 estágios (municípios, setor censitário e domicílios). No primeiro estágio, foram selecionados 18 municípios no primeiro estrato (até 26.700 habitantes), 15 no segundo (26.701 até 135.000 habitantes) e 14 no terceiro (135.001 até 750.000 habitantes). No segundo estágio, foram selecionados oito setores censitários em cada município e, por fim, foram selecionados os domicílios em cada setor censitário. Nos municípios com população acima de 750.000 habitantes, a seleção da amostra foi feita em dois estágios. No primeiro estágio foram selecionados 176 setores censitários e no segundo estágio foram selecionados os domicílios. Ao todo, as entrevistas são conduzidas em 70 municípios pertencentes às cinco macrorregiões brasileiras e todos os residentes nos domicílios selecionados, com idade ≥ 50 anos, são elegíveis para participar do estudo. Em função da complexidade da amostra, os pesos amostrais foram determinados (Lima-Costa et.al, 2018; Lima-Costa, et.al, 2023).

Em cada onda são realizadas entrevistas domiciliares e individuais juntamente com medições físicas. A entrevista domiciliar inclui medidas das características sociodemográficas de todos os residentes. As entrevistas individuais incluem uma série de medidas de saúde física e mental, uso de serviços de saúde e medicamentos, entre outros aspectos. As medidas físicas incluem pressão arterial, antropometria, força de preensão, velocidade da marcha e equilíbrio. Exames de sangue e armazenamento de amostras foram realizados em uma subamostra de 2.500 participantes na primeira onda. Extrações de DNA de amostras de saliva

foram realizadas em 7.900 participantes na segunda onda . Maiores informações podem ser consultadas em outras publicações (Lima-Costa et.al, 2018; Lima-Costa, et.al, 2023) e no site da pesquisa (<https://elsi.cpqrr.fiocruz.br>).

Entre os 9.412 participantes da primeira onda (2015-2016), 6.172 foram entrevistados na segunda onda, sendo que 2.270 perderam o acompanhamento e 970 morreram. Como previsto, procedeu-se à substituição da amostra para manter a representatividade nacional do estudo. A reposição da amostra consistiu no recrutamento de moradores nos domicílios previamente selecionados, que tivessem completado 50 anos de idade entre as ondas, bem como na seleção de novos participantes no setor censitário correspondente (Lima-Costa et.al, 2018; Lima-Costa, et.al, 2023). Assim, a amostra da segunda onda é composta por 9.949 participantes.

Neste estudo consideraram-se pessoas idosas aquelas com idade igual ou superior a 60 anos, que é o critério legal para ser considerada pessoa idosa no Brasil (Lei nº 14.423 - Estatuto da Pessoa Idosa, 2022). Portanto, do total de participantes que possuíam informações disponíveis para a segunda onda (n = 9.949), foram excluídos aqueles com menos de 60 anos (n = 5.383), amarelos e descendentes asiáticos pelo pequeno tamanho amostral e por isso, inviabilizando a análise, e os que apresentavam ausência de dados nas variáveis explicativas e/ou nas respostas de interesse. Assim, a amostra final foi composta por 4.566 participantes que, portanto, são os indivíduos com 60 anos e mais, participantes da segunda onda do ELSI-Brasil e com informações completas para as variáveis que foram analisadas.

5.2 Variáveis de estudo

5.2.1 Variável resposta

A variável resposta deste estudo foi o escore global das AAVD, composto por 12 atividades sociais, de lazer e produtivas. A seleção das variáveis baseou-se na Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD), proposta por Dias *et al.* (2019). A EAAVD é uma escala de 13 itens relacionados à capacidade de praticar atividades de lazer (quatro itens), sociais (quatro itens) e produtivas (cinco itens) com pontuações de um a três (nunca fez = um; parou de fazer = dois e ainda faz = três). O estudo para a validação do uso desta ferramenta na população brasileira demonstrou que a escala possui propriedades psicométricas aceitáveis, sendo, portanto, um instrumento confiável e válido para avaliar o

envolvimento de pessoas idosas em AAVD.

O Quadro 1 apresenta a correspondência entre os itens da EAAVD e as perguntas disponíveis no questionário individual da segunda onda do ELSI-Brasil. Essa correspondência foi realizada com o objetivo de compor um escore de AAVD adequado às informações coletadas no ELSI-Brasil. A seleção das variáveis relacionadas às AAVD foi realizada a partir da análise de blocos específicos do questionário individual da segunda onda do ELSI-Brasil, a saber: Bloco P – Funcionalidade (atividades avançadas da vida diária), Bloco E – Características sociodemográficas, Bloco I – Trabalho e aposentadoria, e Bloco S – Psicossocial. Inicialmente, foram exploradas todas as variáveis com potencial de representar aspectos das AAVD, considerando os domínios: atividades de lazer, sociais e produtivas. Quatro pesquisadores participaram do processo de seleção das variáveis. Cada um realizou, de forma independente, o levantamento das variáveis mais adequadas para cada um dos três domínios descritos, com base na correspondência teórica com a escala original, por meio do conteúdo das perguntas. As variáveis finais foram definidas por consenso entre os pesquisadores, considerando a relevância conceitual e a disponibilidade dos dados no banco do ELSI-Brasil. Em alguns casos, mais de uma pergunta do ELSI-Brasil foi utilizada para representar um mesmo item da escala original (itens 4, 5 e 12), buscando contemplar de maneira mais abrangente a definição proposta por Dias e colaboradores.

Embora a escala original de Dias *et al.* contemplasse 13 atividades, o presente estudo incluiu 12 atividades, a saber: (1) Visitou amigos e/ou familiares em suas casas; (2) Convidou pessoas para virem a sua casa; (3) Participou de cerimônias religiosas ou grupos de oração em templos, igrejas ou pela TV; (4) Participou de atividades sociais organizadas em clubes, grupos comunitários ou religiosos, centro de convivência, entre outros; (5) Participou de eventos culturais (cinema, teatro/concerto/shows, museus/galerias de arte); (6) Dirigiu; (7) Fez viagens de lazer de curta duração; (8) Fez viagens de lazer de longa duração; (9) Fez trabalho voluntário; (10) Trabalhou de forma remunerada; (11) Participou de associações civis (Lions Club, Rotary, conselhos, liderança comunitária, cooperativas, partidos políticos, entre outros); e (12) Participou de curso de atualização ou Universidade da Terceira Idade. Os itens 1-4 integram o domínio social, os itens 5-8 fazem parte do domínio lazer e, por fim, os itens 9-12 compõem o domínio produtivo. O envolvimento dos participantes nas atividades avaliadas considerou o período dos últimos 12 meses.

QUADRO 1 – Correspondência entre a Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD) e o questionário individual da segunda onda do ELSI-Brasil (2019).

Categoria	Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária	Questionário individual do ELSI-Brasil	
		Bloco	Pergunta
Atividades Sociais	1. Fazer visitas na casa de outras pessoas	p71_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, visitou seus amigos e/ou familiares em suas casas?
	2. Receber visitas em sua casa	p72_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) convidou outras pessoas (familiares/amigos) para virem a sua casa para refeições, lazer, etc.?
	3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais religiosas	s29_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, participou de cerimônias religiosas, tais como missas, cultos ou grupos de oração em templos ou igrejas ou pela TV? *
	4. Participar de reuniões sociais	p73_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) saiu com outras pessoas para lugares públicos (restaurante, cinema, clube, praça, etc.)?
p74_		Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) participou de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centro de convivência, universidade da 3ª idade, etc.)?	
Atividades de Lazer	5. Participar de eventos culturais (concertos, espetáculos, exposições, teatro, cinema)	p78.1_	Com que frequência o Sr. costuma ir ao cinema? p78_3 Com que frequência o Sr. costuma sair para ir ao teatro/concerto/shows? p78.4_ Com que frequência o Sr. costuma sair para museus e galerias de arte?
	6. Dirigir automóvel	p77_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) dirigiu?
	7. Fazer viagens de curta duração para fora da cidade	p80_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) fez alguma viagem de lazer de curta duração?
	8. Fazer viagens de longa duração para fora da cidade ou do país	p81_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) fez alguma viagem de lazer de longa duração?
Atividades Produtivas	9. Fazer trabalho voluntário	p82_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) fez algum trabalho voluntário?
	10. Fazer trabalho remunerado	i13_	O(a) Sr(a) trabalhou remuneradamente nos ÚLTIMOS 12 MESES?
	11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos etc.	p75_	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) participou em associações civis (Lions Club, Rotary, etc.), conselhos lideranças comunitárias, cooperativas, partidos políticos, etc.?
	12. Participar de curso de atualização ou Universidade da Terceira Idade	e24_	ATUALMENTE o(a) Sr(a) frequenta Universidade da Terceira Idade?
		e25_0	O Sr frequenta algum curso?
13. Participar de centro e/ou grupos de convivência exclusivos para idosos		Sem correspondência	

Fonte: Elaboração própria.

Todas as atividades incluídas na composição do escore global das AAVD apresentavam respostas dicotômicas ("sim" ou "não"). Nos itens compostos por mais de uma pergunta, considerou-se resposta positiva quando o participante respondeu "sim" a pelo

menos uma das questões correspondentes. O escore final resultou da soma das respostas positivas, representando o número total de atividades avançadas realizadas pelo participante.

5.2.2 Variável explicativa

A variável explicativa de interesse é a frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado, mensurada por meio das perguntas “*Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) cuidou de alguém, SEM REMUNERAÇÃO, incluindo seu cônjuge ou outra pessoa?*” (Não e Sim) e “*Nos ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência o(a) Sr(a) cuidou dessa pessoa?*” (Nunca nos últimos 3 meses; menos de 1 vez por mês; 1 a 3 vezes por mês; 1 a 2 vezes por semana; 3 a 5 vezes por semana; e 6 a 7 vezes/semana).

Para fins de análise, a frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado foi organizada em 3 categorias, a seguir: (0) não cuidador frequente (participantes que informaram não exercerem atividades de cuidado não remunerado ou que exerceram esta atividade até 2 vezes por semana), (1) cuidador frequente (3 a 5 vezes por semana), e (2) cuidador diário (6 a 7 vezes por semana)

Para fins descritivos, a frequência em atividades como cuidador não remunerado também foi calculada em horas semanais, por meio da pergunta: “*Na última semana, por quantas horas o(a) Sr(a) cuidou dessa pessoa? (média de horas por semana)*”. As respostas foram categorizadas como ≤ 20 h semanais, 20-40h, >40 h semanais.

5.2.3 Variáveis de confusão

Por estarem relacionadas com a exposição e o desfecho, foram consideradas como possíveis variáveis de confusão: idade (60-69, 70-79, ou maior ou igual a 80 anos); sexo (feminino ou masculino); cor da pele autorreferida (branca, parda ou preta); situação conjugal (com cônjuge/companheiro ou sem cônjuge/companheiro); número de filhos (média, desvio padrão (DP)); aposentadoria (sim ou não); escolaridade (superior, 2º grau completo, 1º grau completo, 1º grau incompleto ou nunca foi à escola); autoavaliação de saúde (excelente/muito boa/boa, regular ou ruim/muito ruim); declínio cognitivo (sem dificuldade ou alguma dificuldade), limitação nas atividades básicas da vida diária (ABVD) (Não e Sim) e limitação nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (Não e Sim).

5.3 Análise estatística

As características da população de estudo foram descritas por meio de frequências relativas expressas em percentual e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), quando variáveis categóricas, e como média e desvio padrão (DP), quando variáveis numéricas, segundo as categorias de frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado. As associações entre as variáveis foram estimadas por meio do teste de Qui-quadrado de Fisher com correção de Rao Schott e Anova simples com comparação par a par das médias ajustadas com teste de Tukey.

Para verificar a correlação entre as 12 variáveis que compõem o escore global de AAVD foi realizado o teste de correlação tetracórica. As variáveis relacionadas à participação em curso de atualização ou Universidade da Terceira Idade foram excluídas do escore global de AAVD por apresentarem correlação inversa com as demais variáveis do escore. Assim, no presente estudo, o escore variou de 0 a 11 pontos.

As prevalências de cada uma das AAVD e as frequências dos escores de atividades de lazer, social, produtivas e global foram descritas segundo as categorias de frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado. As diferenças foram estimadas por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson.

As razões de prevalência e seus respectivos IC95% entre a frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado e o escore global nas AAVD foram estimadas por meio de Regressão de Poisson com variância robusta (Modelo 1). Posteriormente, ajustamento sequencial foi realizado para sexo, idade, cor da pele autorreferida (Modelo 2), escolaridade (Modelo 3), situação conjugal e número de filhos (Modelo 4), autoavaliação de saúde e ABVD (Modelo 5). As variáveis aposentadoria, declínio cognitivo e AIVD não permaneceram associadas estatisticamente ($p\text{-valor}>0,05$) ao modelo final, sendo excluídas do ajustamento. A modificação de efeito da idade e do sexo nessas relações foi investigada pela inclusão do termo de interação ($\text{idade}*\text{cuidador}$ e $\text{sexo}*\text{cuidador}$) no modelo com completo ajustamento (Modelo 5) para cada desfecho.

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o Stata 17.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos), por meio do módulo survey, que considera os efeitos da amostragem complexa. O nível de significância adotado foi de 5% ($p\text{-valor}<0,05$).

Os bancos de dados da primeira e segunda ondas do ELSI-Brasil estão disponíveis gratuitamente aos pesquisadores mediante registro no site do projeto. Os questionários

domiciliar e individual completos e o manual para aferição das medidas físicas também são encontrados na página da pesquisa (<https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>) e não há necessidade de registro prévio para acessá-los. Todos os materiais estão disponíveis nos idiomas português e inglês.

5.4 Aprovação ética e financiamento

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz - Minas Gerais e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 34649814.3.0000.5091). Os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido separados para cada um dos procedimentos da pesquisa e autorizaram acesso a bancos de dados secundários correspondentes.

O ELSI-Brasil foi financiado pelo Ministério da Saúde: DECIT/SCTIE – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Processos: 404965/2012-1 e TED 28/2017); COPID/DECIV/SAPS - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária, Departamento dos Ciclos da Vida da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Processos: 20836, 22566, 23700, 25560, 25552 e 27510). Os autores do estudo ELSI-Brasil declaram não haver qualquer conflito de interesse.

6 RESULTADOS

Do total de 4.566 idosos participantes deste estudo, 11,1% exerciam atividades de cuidado, sendo que 8,7% eram de seis a sete vezes por semana. Quanto ao tempo dedicado ao cuidado, a grande maioria o faz até 20 horas por semana. Contudo, os cuidadores diários exercem mais horas semanais comparado aos cuidadores frequentes ($p < 0,000$) (Figura 1).

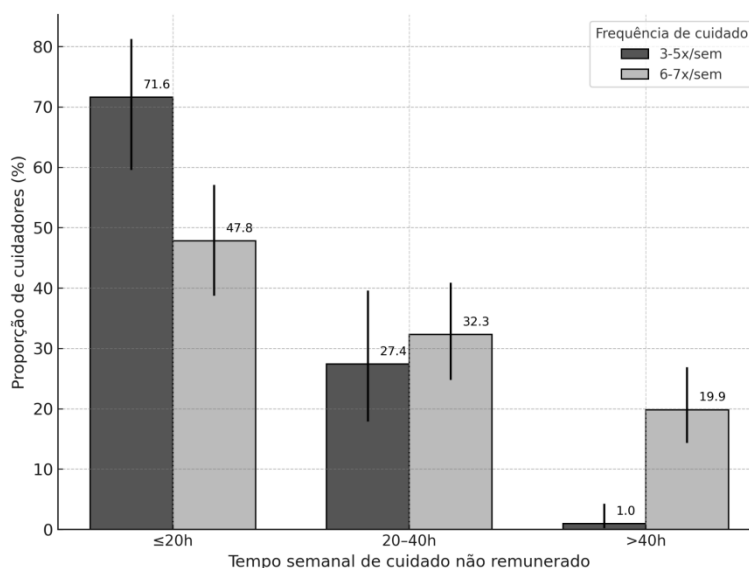


FIGURA 1 – Tempo semanal de cuidado não remunerado de acordo com a frequência de cuidado

Na Tabela 1 são apresentadas as características da população do estudo. Observa-se que a maioria dos participantes tem entre 60 e 69 anos (59,6%), é composta por mulheres (50,4%) e pessoas que se autodeclararam de cor da pele branca (48,4%). Além disso, 59,3% relataram ter cônjuge ou companheiro(a), apresentando média de 3,4 filhos (DP = 0,9). A maior parte está aposentada (73,9%) e possui, no máximo, o ensino fundamental completo (79,1%). Em relação à percepção de saúde, 46,7% avaliaram seu estado como bom, muito bom ou excelente. Apenas 9% apresentaram limitações nas atividades básicas da vida diária (ABVD), embora 34,8% tenham referido restrições nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Ao comparar as características sociodemográficas e de saúde segundo a frequência de envolvimento em atividades de cuidado não remunerado, observou-se que os cuidadores que

exerciam essa função de forma frequente ou diária eram, em média, mais jovens do que os não cuidadores ($p < 0,05$). Entretanto, entre os cuidadores diários, a proporção de indivíduos com 70 anos ou mais (31,4%) foi superior à observada entre aqueles que cuidavam de 3 a 5 vezes por semana (23,1%). Mulheres e pessoas com cônjuge ou companheiro também foram mais prevalentes ($p < 0,05$) entre aqueles que exerciam atividades de cuidado de forma frequente (3 a 5 vezes por semana) ou diária (6 a 7 vezes por semana), em comparação aos que não realizavam cuidado não remunerado (Tabela 1).

Indivíduos que desempenhavam atividades de cuidado não remunerado, em especial de 6 a 7 vezes por semana, apresentaram menor número médio de filhos ($p < 0,05$) em comparação aos que não cuidavam. Quanto aos aspectos demográficos e de saúde, os cuidadores frequentes (3 a 5 vezes por semana) apresentaram um perfil distinto dos não cuidadores e dos cuidadores diários (6 a 7 vezes por semana): estavam em menor proporção entre os aposentados, tinham menor escolaridade, mas relataram com maior frequência uma percepção positiva da própria saúde, classificada como boa, muito boa ou excelente ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Embora as diferenças não tenham alcançado significância estatística ($p > 0,05$), nenhum participante foi classificado com declínio cognitivo entre os cuidadores frequentes. Além disso, estes apresentaram menores proporções de limitações nas AIVD e nas ABVD em comparação tanto aos não cuidadores quanto aos que realizavam cuidados de forma diária (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências das Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e a frequência média dos escores global e dos domínios social, de lazer e produtivo, segundo a frequência semanal de atuação como cuidador não remunerado. No domínio social, a maioria dos idosos referiu visitar amigos e familiares em suas casas (73,6%) e convidar pessoas para o próprio domicílio (75,0%), sem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de frequência de cuidado. A participação em atividades religiosas apresentou alta prevalência (92,4%), destacando-se ligeiramente entre cuidadores frequentes (99%) em comparação aos não cuidadores (92,1%), embora essa diferença não tenha atingido significância estatística ($p = 0,0846$). A participação em reuniões sociais, por outro lado, apresentou diferença significativa ($p = 0,0299$), com maior envolvimento entre cuidadores frequentes (73,7%) em comparação aos não cuidadores (60,5%).

Quanto ao domínio de lazer, observou-se que as atividades artísticas e culturais foram pouco frequentes entre os idosos em geral (15,1%), sem diferenças significativas entre os

grupos. As proporções de indivíduos que dirigiam (25,9%) ou realizavam viagens curtas (33,3%) e longas (25,6%) também não diferiram de forma estatisticamente relevante segundo a frequência de cuidado. Ainda assim, notou-se uma tendência de maior participação em atividades de lazer entre cuidadores frequentes, o que pode refletir um perfil mais ativo funcionalmente (Tabela 2).

No domínio produtivo, o padrão de associação foi distinto. Cuidadores diários apresentaram maior envolvimento em trabalho voluntário (13,4%) do que os demais grupos ($p = 0,003$). As proporções de trabalho remunerado (22,1%) e participação em associações civis (6,5%) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, mas a distribuição do escore produtivo mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0217$), com maior frequência de escores mais elevados entre os cuidadores diários.

Ao considerar o escore global das AAVD, aqueles que não eram cuidadores e os que exerciam a atividade não remunerada de 6 a 7 vezes por semana apresentaram médias semelhantes de participação nas atividades de AAVD. Entretanto, cuidadores frequentes apresentaram maiores médias comparados aos não cuidadores (p -valor $<0,05$) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de associação entre a frequência semanal de atividades como cuidador não remunerado e o envolvimento global em AAVD. No modelo não ajustado (Modelo 1), observou-se que os cuidadores frequentes (3 a 5 vezes por semana) apresentaram maior prevalência de envolvimento em AAVD (RP = 1,11; IC95%: 1,03–1,21) em comparação aos não cuidadores. Essa associação, contudo, perdeu significância nos modelos subsequentes após ajuste por variáveis sociodemográficas e de saúde. No modelo final (Modelo 5), que incluiu ajustamento por sexo, idade, cor da pele, escolaridade, número de filhos, situação conjugal, autoavaliação de saúde e limitação em ABVD, a razão de prevalência foi de 1,02 (IC95%: 0,95–1,10, p -valor: 0,508), indicando ausência de associação significativa entre o cuidado não remunerado e maior engajamento em AAVD, após controle dos potenciais fatores de confusão. Não foi observada modificação de efeito do sexo e nem da idade nessas relações (p -valor $>0,05$).

Entretanto, os cuidadores diários (6 a 7 vezes por semana) mesmo não permanecendo estatisticamente significante apresentaram uma associação (RP = 0,94; IC95%: 0,89 - 1,00) borderline (p -valor = 0,091), sugerindo uma redução de 6 % na participação nas AAVD. E quando comparado com o quartil mais elevado de participação nas AAVD (dados não mostrados) essa associação aumentou sua magnitude e aproximou-se ainda mais da significância estatística (RP= 0,75; IC95%: 0,54 - 1,01; p -valor: 0,059) (Tabela 3).

7 DISCUSSÃO

Com o presente estudo foi possível discutir o Cuidado sob a perspectiva de trabalho, focalizando a pessoa idosa que, mesmo na sua velhice, mantém-se cuidando de alguém. Buscou-se compreender as associações entre a frequência que esses cuidados são realizados e o envolvimento nas AAVD, analisadas em suas três dimensões: social, de lazer e produtivas.

De modo geral, os resultados indicaram que o envolvimento em AAVD foi semelhante entre os diferentes níveis de frequência de cuidado não remunerado, não havendo associação significativa. Contudo, observou-se um padrão sugestivo de menor envolvimento entre os cuidadores diários, especialmente após o controle por fatores sociodemográficos, familiares, de saúde e de funcionalidade, o que pode refletir uma sobreposição das demandas do cuidado em relação às oportunidades de envolvimento nas AAVD. Embora essa evidência tenha se mostrado limítrofe do ponto de vista estatístico, ela aponta para uma possível restrição do envolvimento social, de lazer e produtivo entre idosos que exercem o cuidado de forma contínua, sugerindo impactos sutis, porém relevantes, na qualidade do envelhecimento.

Diversos fatores podem contribuir para o menor envolvimento de pessoas idosas em AAVD, abrangendo desde limitações físicas e condições de saúde até determinantes sociais, culturais e ambientais. A literatura tem demonstrado que o envolvimento em AAVD é um fenômeno multifatorial, permeado por desigualdades estruturais e por construções sociais em torno do envelhecimento e do papel da pessoa idosa na sociedade (De Vriendt et.al., 2015; Deví, 2018; Dias et.al., 2014; Mazer, 2024; Sánchez-Rodríguez, 2025). Em uma coorte mexicana de adultos mais velhos, Sánchez-Rodríguez e colaboradores (2025) observaram uma redução significativa no total de AAVD realizadas ao longo de 6 anos (de 2012 a 2018) e identificaram que os fatores de risco para a não realização das AAVD variam entre mulheres e homens. Entre as mulheres, destacam-se a idade superior a 70 anos e sedentarismo, enquanto entre os homens acrescentaram-se a baixa escolaridade e a residência em áreas urbanas como fatores adicionais de risco.

Resultados semelhantes têm sido descritos em estudos nacionais, que apontam para o menor envolvimento das pessoas idosas brasileiras em diferentes AAVD (Assis et.al., 2020; Mazer et.al., 2024). Nestes estudos, observou-se que a redução do envolvimento pode ser

influenciada por aspectos culturais e sociais, como percepção da velhice associada à vulnerabilidade e limitações, ou ainda por pressões familiares que estimulam a restrição de atividades sob o argumento de proteção e preservação da pessoa idosa. (Assis et.al., 2020; Mazer et.al., 2024). Esses achados convergem com os resultados do presente estudo, no qual foram identificados fatores individuais, sociais e de saúde associados ao envolvimento em AAVD entre cuidadores idosos não remunerados.

A análise referente à idade revelou um padrão claro, indicando que o envolvimento em atividades de cuidado tende a diminuir conforme o avanço da idade, possivelmente em decorrência das limitações funcionais e das demandas de saúde associadas ao envelhecimento. Observou-se que 11,3% das pessoas idosas cuidam com frequência (3 ou mais vezes por semana) e entre aqueles com 80 anos ou mais essa prevalência diminui para 6,4%. Ao se considerar os idosos com 80 anos que cuidam diariamente (6 a 7 vezes por semana) a prevalência é de 5,7%, o que significa que 1 a cada 18 pessoas idosas octogenárias exerce o trabalho de cuidador não remunerado, 6 a 7 vezes por semana. Logo, destaca-se que, embora a presença de cuidadores com 80 anos ou mais seja reduzida, aqueles que permanecem exercendo essa função o fazem de forma mais intensa, concentrando-se nas categorias de cuidado diário e contínuo. A proporção de octogenários cuidadores mais que dobra quando se passa dos cuidadores frequentes para os diários, sugerindo que, entre os mais velhos, o cuidado é menos comum, mas quando ocorre, tende a ser intenso. Esse resultado evidencia tanto a persistência de papéis de cuidado na velhice avançada quanto a possível sobrecarga física e emocional enfrentada por esses idosos.

Em um estudo canadense (Li et.al., 2023) e em outro inglês (Greenwood et.al., 2019) verificaram semelhanças entre adultos mais velhos e adultos mais jovens na função de cuidador, embora os desafios pareçam se intensificar com a idade, especialmente na idade próxima aos 80 anos. Existe a tendência de que os cuidadores mais velhos mantenham horas de cuidado mais longas, incluindo cuidados íntimos e apoio emocional, em comparação com os cuidadores de outras faixas etárias, apesar da sua menor proporção entre todos os cuidadores. A alocação de tempo que dedicam ao cuidado não é uma escolha livre, sendo limitada pelas necessidades dos que são cuidados e pelo contexto sociofamiliar (Carmichael & Ercolani, 2014; Greenwood et.al., 2019; Li et.al., 2023). Deste modo, possíveis impactos para esta população mais idosa podem ser mais presentes na relação de cuidados dispensados, afetando de modo relevante, a maneira como os cuidadores mais velhos vivenciavam seu papel.

Estes pesquisadores identificaram medo dos cuidadores idosos em relação ao futuro (doença ou morte), especialmente se estivessem cuidando de alguém mais jovem como um filho adulto; maior dificuldade em solicitar ajudas e esperar apoio, pois, os mais idosos têm maior senso de dever e orgulho; maior desistência de buscar serviços de apoio, em função de níveis mais baixos de energia, resistência e piores condições de saúde geral; maior probabilidade de se sentirem solitários e isolados, devido à diminuição das redes sociais associada à idade, a sua própria condição de saúde, à dependência dos beneficiários dos cuidados ou ao fato de terem poucos amigos sobreviventes (Carmichael & Ercolani, 2014; Greenwood et.al., 2019; Li et.al., 2023). Entre cuidadores chilenos, Comelin (2014) encontrou grande frequência de pessoas idosas desempenhando a função de cuidadores familiares, em que 40% tinham idade de 61 a 80 anos com média de 63 anos.

Na relação do gênero para a dimensão do Cuidado as mulheres são quase o dobro dos homens entre os cuidadores frequentes e 7 em cada 10 cuidadores diários são mulheres. Esses resultados indicam que as mulheres idosas assumem com maior frequência e intensidade o papel de cuidadoras, reforçando desigualdades de gênero historicamente associadas às atividades de cuidado no contexto familiar. Em pesquisa cubana de 2019, Cordero-Cabrera & colaboradores, identificaram que 100% das pessoas cuidadoras de doentes acamados no domicílio eram mulheres com idade entre 56 e 65 anos, sendo filhas ou cônjuges. No mesmo sentido, Comelin em 2014, em pesquisa com cuidadores familiares chilenos, mostrou que 73,3% dos cuidadores eram do gênero feminino e a maioria com idades entre 41 e 65 anos, sendo também filhas e cônjuges (Comelin, 2014). Em pesquisa longitudinal de 2024, publicada em 2025, com pessoas idosas mexicanas, Sánchez-Rodríguez e seus colaboradores determinaram os fatores de risco para o não desempenho de três ou mais AAVD e as diferenças de gênero em atividades avançadas da vida diária. Como resultado, identificaram que, ao longo de 6 anos (2012-2018) os homens idosos participaram menos de atividades físicas, de lazer e religiosas, ao contrário das mulheres idosas, que continuaram com essas atividades e aumentaram sua participação como cuidadoras familiares (Sánchez-Rodríguez et.al., 2025).

No Brasil, em 2017, cerca de 12% das mulheres idosas moravam com filhos ou outros parentes na sua dependência, seja financeira, física ou cognitiva, conforme mostrou Camarano & Fernandes (2023). Entre os idosos na condição de parentes que corresidiam, predominavam as mulheres idosas, por provável influência da maior sobrevivência e viuvez e porque, por vezes, a mulher, mesmo idosa, é a provedora de cuidados aos familiares corresidentes (Camarano &

Fernandes, 2023). Tanto no Brasil como em outras culturas ocidentais, o trabalho de Cuidado permanece feminilizado em contextos de trabalhos remunerados e não remunerados (Giacomin 2015; Guimarães et.al., 2011).

A predominância de pessoas casadas entre os adultos brasileiros mais velhos cuidadores indica que a condição conjugal está associada ao exercício do cuidado, sendo provável que o cônjuge figure como principal receptor desse cuidado, o que reforça o papel do casal idoso como unidade central de apoio e reciprocidade na velhice. Entre os cuidadores diários, essa predominância de casados(as) se mantém, embora de forma ligeiramente reduzida, possivelmente refletindo arranjos familiares mais complexos, nos quais o cuidado pode envolver outros parentes ou pessoas próximas. De modo geral, o padrão observado sugere que o vínculo conjugal está relacionado ao engajamento mais intenso nas atividades de cuidado, tanto por favorecer a coresidência e o apoio mútuo e mais íntimo entre os parceiros quanto por representar o principal contexto em que o cuidado se manifesta na população idosa.

Na pesquisa qualitativa de Greenwood et.al. (2019), com cuidadores idosos em Londres que investigou as experiências de cuidadores idosos e suas percepções sobre seu papel, indicaram que dois terços eram casados. Em geral, os cuidadores (principalmente familiares) demonstravam atitude positiva fundamentada no afeto e aceitação, o que ajudava a superar os desafios do cuidado. A aceitação do papel de cuidador foi vista como algo natural e essencial, baseado no amor e nos vínculos familiares de longo prazo entre pais ou cônjuges. Cuidadores descreveram, explícita ou implicitamente que cuidar era uma mistura de desafios e satisfações. Indicaram mudanças negativas em suas vidas após se tornarem cuidadores: perdas de liberdade e atividades de lazer, perdas financeiras, perdas sociais e emocionais, mudanças ou perdas nos relacionamentos com os cuidadores, muitas vezes com perda de companheirismo e intimidade (Greenwood et.al., 2019). E para as AAVD, pessoas idosas, viúvas e, principalmente, solteiras apresentaram menor probabilidade de realizarem tais atividades. Em 2025, Sánchez-Rodríguez e seus colaboradores observaram que os idosos mexicanos eram predominantemente casados ou em união estável com proporção de 60% entre eles (Sánchez-Rodríguez et.al., 2025), frequência semelhante ao encontrado no presente estudo, em que 59,3% dos adultos brasileiros mais velhos se mantém com cônjuge ou companheiro (a).

Neste estudo, enquanto o estado conjugal mostrou-se associado à maior frequência de cuidado entre os casados(as), o número de filhos apresentou uma leve tendência de redução

entre os cuidadores em comparação aos não cuidadores. Esses resultados sugerem que, na ausência de uma rede filial extensa, o cuidado tende a se concentrar na relação conjugal, reforçando o papel do cônjuge como principal fonte e destinatário de cuidado. Em contrapartida, idosos com maior número de filhos, provavelmente, podem contar com redes de apoio mais amplas, o que dilui a necessidade de envolvimento direto em atividades de cuidado cotidiano. Assim, a conjugalidade e a parentalidade se complementam como eixos de suporte familiar: o cônjuge representa o apoio mais próximo e contínuo, enquanto os filhos configuram uma rede potencial de ajuda, cuja presença ou ausência influencia a intensidade e a forma com que o cuidado é exercido (Camarano & Fernandes, 2023). Outro ponto é que em várias circunstâncias, as pessoas idosas que moram com filhos, mesmo dependendo de cuidados, prestam uma contribuição financeira importante no orçamento das famílias (Camarano & Fernandes, 2023).

Sobre os grupos raciais, embora a análise não tenha revelado diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,804$), o tema do cuidado sob a perspectiva racial permanece relevante. Na amostra analisada, a distribuição de idosos cuidadores brancos, pardos e pretos reproduz a composição populacional geral, indicando que, entre os idosos, o trabalho de cuidado não remunerado parece ser transversal às categorias raciais. No entanto, esse resultado não contradiz a literatura que evidencia que “o cuidado tem cor”, sobretudo no âmbito remunerado e profissional, em que mulheres negras e pardas são majoritariamente responsáveis pelas tarefas de cuidado e apoio (Goes et.al., 2023; Santos & Silva, 2024). Nos contextos de cuidado familiar e intergeracional, como o analisado neste estudo, essas desigualdades podem não se expressar em termos de participação, mas sim nas condições em que o cuidado é exercido, ou seja: acesso a suporte, carga física e emocional, nível de envolvimento do cuidador nas tarefas de cuidado e recursos para a manutenção da atividade. Dessa forma, o achado sugere que, na velhice, o cuidado é um fenômeno social compartilhado entre os diferentes grupos raciais, ainda que as dimensões estruturais da desigualdade racial continuem a moldar as experiências e as possibilidades concretas de cuidar no Brasil (Goes et.al., 2023; Santos & Silva, 2024). A ausência de diferença estatística no resultado não nega o “caráter racializado do cuidado”, mas mostra que, entre as pessoas idosas, o envolvimento em atividades de cuidado parece ser uma prática comum a todos os grupos raciais, ainda que com desigualdades de contexto e de suporte. Neste sentido, tem-se que aprofundamentos na análise sobre a dimensão racial do cuidado entre idosos que cuidam de forma não remunerada são essenciais para complementar a compreensão da complexa constituição do cuidado na

realidade brasileira. Goes et.al. (2023), indicam que o Cuidado deve ser considerado dentro de um sistema interligado de opressão racial, de gênero e de classe. Mazer e colaboradores (2024) mostraram que, em relação à raça/cor, as pessoas idosas de cor branca têm uma maior propensão a se envolverem em AAVD do que as de cor preta, refletindo as iniquidades raciais enfrentadas pela sociedade brasileira.

Observou-se que o nível superior de escolaridade foi mais frequente entre os idosos que realizavam trabalho de cuidado de forma diária, o que pode indicar, ainda que com cautela, que maiores recursos educacionais e cognitivos estejam relacionados à capacidade de assumir responsabilidades contínuas de cuidado, embora não se possa descartar a influência de outros fatores contextuais e familiares. Em contrapartida, hipotetiza-se que entre os idosos com baixa escolaridade, o cuidado tende a ser mais limitado por restrições físicas e sociais, embora ao longo do curso de vida esses grupos tenham historicamente desempenhado papéis de cuidado intensos em contextos familiares e comunitários (Camarano et.al., 2023; Pinheiro, 2023).

Assim, os resultados indicam que a experiência do cuidado na velhice é transversal também às classes educacionais, mas as formas e intensidades de envolvimento podem variar conforme o capital escolar e as condições de vida acumuladas. A educação influencia diferentes aspectos da vida das pessoas idosas, incluindo o acesso a informações, oportunidades e o envolvimento social (Mazer et.al., 2024). Mazer & colaboradores (2024), em pesquisa conduzida a partir dos dados da PNS, mostraram que pessoas idosas com ensino superior têm 36 e 10,6 vezes mais chances de terem níveis intermediário e alto de participação em AAVD, respectivamente, reforçando que pessoas idosas com nível educacional mais elevado apresentaram maior probabilidade de desenvolver as AAVD (Mazer et.al., 2024). A associação entre menor nível educacional e menor participação em AAVD é um aspecto relevante a ser considerado quando se busca promover o envelhecimento saudável.

Sobre a aposentadoria, embora ela amplie a disponibilidade de tempo, os resultados mostram que tal condição não se traduz de forma homogênea em maior envolvimento no cuidado. A aposentadoria cria tanto espaço para o cuidado quanto para o afastamento dele, provavelmente dependendo do contexto familiar. Para alguns idosos, a saída do mercado de trabalho permite assumir o papel de cuidador principal, especialmente no cuidado conjugal ou intergeracional, enquanto para outros, a permanência em atividades produtivas restringe o envolvimento a formas mais ocasionais, provavelmente conciliando responsabilidades produtivas e familiares (Camarano & Kanso, 2014; Fischer & Müller, 2020). A relação entre

aposentadoria e cuidado parece expressar a reconfiguração dos papéis sociais na velhice, em que a saída da vida laboral não representa inatividade, mas uma redistribuição do tempo e das responsabilidades familiares, nas quais o cuidado emerge como uma função social relevante e, por vezes, invisibilizada das pessoas idosas (Camarano & Kanso, 2014; Fischer & Müller, 2020). A partir dos dados apresentados, hipotetiza-se que pessoas idosas brasileiras que têm maior nível de escolaridade e que são aposentadas tenderiam a dispor de melhores condições de saúde, tempo livre e redes de apoio, o que ampliaria as possibilidades de envolvimento no cuidado.

Para a autopercepção de saúde os achados variaram conforme a intensidade do envolvimento no cuidado, com melhor percepção entre os que cuidam de forma moderada e pior entre os que cuidam diariamente ou são não cuidadores frequentes. A relação observada entre o cuidado e a autopercepção de saúde evidencia a dupla natureza do cuidado na velhice. O exercício moderado do cuidado parece atuar como fator de proteção, associado à melhor percepção de saúde e bem-estar, possivelmente por favorecer o sentimento de utilidade, engajamento social e propósito de vida (Flesch et.al., 2020; Sattari et.al., 2025; Schulz & Sherwood, 2008; Silva & Anacleto, 2023). Por outro lado, o cuidado intenso (6–7 vezes por semana) tende a se associar a pior percepção de saúde, sugerindo sobrecarga física e emocional decorrente da dedicação contínua, frequentemente sem apoio formal ou divisão de responsabilidades familiares (Flesch et.al., 2020; Giacomini et.al., 2018; Schulz & Sherwood, 2008).

Entre os não cuidadores frequentes, a maior proporção de autopercepção ruim/muito ruim (quando comparada aos grupos de pessoas idosas que cuidam) pode refletir limitações funcionais ou condições de saúde que os impedem de assumir papéis de cuidado, o que reforça a bidirecionalidade dessa relação: cuidar requer saúde, mas também pode afetá-la. Esses achados estão em consonância com estudos que destacam a ambivalência do cuidado familiar (Bianchi et.al., 2016; Camarano & Fernandes, 2023; Greenwood, 2019; Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2025) podendo ser simultaneamente fonte de satisfação e de sobrecarga, dependendo da intensidade, do tipo de relação e do suporte recebido.

Entre aqueles que cuidam, observou-se que os cuidadores diários apresentaram pior autopercepção de saúde em comparação aos cuidadores frequentes, sugerindo possível sobrecarga associada à intensidade das tarefas de cuidado. Por outro lado, a autopercepção mais positiva entre cuidadores ocasionais pode refletir um ponto de equilíbrio, no qual o ato

de cuidar constitui uma experiência de reciprocidade e participação social, sem repercussões negativas evidentes sobre a saúde do idoso cuidador.

Na análise do declínio cognitivo, embora a associação estatística não tenha sido significativa, o padrão observado é coerente com o perfil funcional identificado em outras variáveis: o cuidado é exercido majoritariamente por idosos com boa condição de saúde. A ausência de declínio em todos os cuidadores frequentes e a baixa prevalência entre cuidadores diários podem reforçar que o exercício do cuidado requer integridade cognitiva, uma vez que as tarefas associadas ao cuidado como administração de medicamentos, vigilância, organização de rotinas e tomada de decisão, demandam atenção, memória e planejamento (Elayoubi et.al., 2023; Roth et.al., 2018).

Esses resultados podem sugerir que o cuidado atua como marcador de preservação cognitiva: idosos com melhor função cognitiva tendem a permanecer mais ativos, socialmente envolvidos e mentalmente estimulados. Essa hipótese encontra suporte em estudos que identificaram que ser um cuidador, especialmente de forma contínua, pode estar associado a uma melhor função cognitiva em pessoas idosas cuidadoras, com melhores desempenhos na memória e na velocidade de processamento (Bertrand et.al., 2012; Elayoubi et.al., 2023). As possíveis razões incluem: gerenciamento de tarefas (controlar medicamentos, tratamentos de saúde, finanças, dentre outras atividades cotidianas demandam habilidades de planejamento, organização e memória), apoio social (o envolvimento com a pessoa cuidada e com profissionais de saúde, estimula a interação social, um fator protetor para a saúde cognitiva), propósito e sentido (cuidar de alguém pode conferir um forte senso de propósito e valor, o que tem um impacto positivo na saúde mental e pode beneficiar indiretamente a função cognitiva) (Bertrand et.al., 2012; Elayoubi et.al., 2023; Greenwood et.al., 2019; Roth et.al., 2018).

Por outro lado, a proporção de declínio entre cuidadores diários, embora pequena (6,2%), pode sinalizar um efeito de sobrecarga, onde a dedicação cotidiana e intensa às demandas de cuidado pode gerar estresse crônico, fadiga mental e redução do autocuidado, fatores conhecidos por contribuir para o declínio cognitivo ao longo do tempo (Allen et.al., 2017; Roth et.al., 2018; Roth et.al., 2020; Secinti et.al., 2021). Parece haver um equilíbrio tênue entre envolvimento e sobrecarga, em que o cuidado pode, em determinadas circunstâncias, estar associado à manutenção de aspectos cognitivos e funcionais, especialmente quando exercido de forma moderada e com suporte social, mas também pode representar um potencial fator de risco para declínio funcional quando desempenhado de

maneira intensa e sem apoio adequado (Roth et.al., 2018; Roth et.al., 2020; Schulz & Sherwood, 2008; Secinti et.al., 2021).

Os achados sobre a funcionalidade evidenciam um perfil de baixa frequência de relato de dificuldades nas ABVD e AIVD entre as pessoas idosas da amostra, condição que favorece a manutenção do envolvimento social e o desempenho de papéis de cuidado. Embora não tenham sido observadas associações estatisticamente significativas, os resultados indicam que o cuidado é exercido majoritariamente por idosos com menor relato de limitações em atividades, sugerindo boas condições para executar as tarefas que demandam algum esforço físico e organização cotidiana. Infere-se que na realização das tarefas próprias de cuidar de alguém, encontram-se imbricadas as várias AIVD, como controle financeiro, da medicação, da organização de possíveis tratamentos, indicando que a pessoa cuidadora deve manter desempenho independente para estes tipos de tarefas.

Ao mesmo tempo, o padrão observado nas AIVD com melhor funcionalidade entre cuidadores frequente, e leve declínio entre cuidadores diários, pode refletir efeitos ambíguos do envolvimento no cuidado. Por um lado, o envolvimento moderado pode favorecer a manutenção da funcionalidade, estimulando a mobilidade e o senso de utilidade. Por outro, a dedicação intensa e cotidiana pode gerar sobrecarga física e emocional, contribuindo para o desgaste e declínio funcional ao longo do tempo, sobretudo na ausência de redes de apoio. Para os cuidadores mais velhos as atividades físicas de cuidado podem se tornar mais desafiadoras. Somado a isso, os círculos sociais e o potencial apoio social, diminuem com o aumento da idade do cuidador idoso, enquanto suas próprias condições de saúde, por vezes, dificultam a saída de casa para manter amizades (Greenwood, 2019).

Assim, a funcionalidade e o cuidado configuram uma relação bidirecional: o idoso precisa estar funcionalmente autônomo para cuidar, mas o próprio ato de cuidar pode impactar essa autonomia, positiva ou negativamente, dependendo das condições em que ocorre (Flesch et.al., 2020; Giacomini et.al., 2018; Sattari et.al., 2025).

Um aspecto de destaque no estudo de Mazer e colaboradores (2024) é que pessoas idosas que apresentam melhor funcionalidade e maior envolvimento em atividades físicas demonstraram maior propensão para realizar AAVD. Neste sentido, Sánchez-Rodríguez *et al.* (2025) propuseram que avaliar as AAVD em pessoas idosas revelaria a capacidade funcional, envolvendo também a capacidade intrínseca, em função da complexidade para execução de tais tipos de atividades. Os autores da pesquisa mexicana ressaltam que uma pessoa idosa, mesmo com doenças crônicas não transmissíveis bem controladas, pode manter

funcionalidade adequada e realizar AAVD sem inconvenientes (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2025).

Na dimensão social das AAVD os resultados indicam que as pessoas idosas, mesmo diante das responsabilidades do cuidado, preservam suas redes de sociabilidade. O fato de o cuidado não se associar à redução do envolvimento em atividades sociais e, em alguns casos, correlacionar-se a níveis mais altos, reforça a consideração de que o ato de cuidar é também uma forma de vínculo social. A religiosidade e as atividades sociais emergem como espaços privilegiados de apoio emocional e espiritual, favorecendo o enfrentamento das demandas do cuidado e contribuindo para o bem-estar subjetivo. O cuidado frequente, em particular, parece ocupar um ponto de equilíbrio entre responsabilidade e autonomia, permitindo ao idoso manter sua inserção social mesmo com as tarefas de cuidado. O cuidado diário, embora mais exigente, não conduziu ao isolamento, possivelmente em razão de contextos familiares específicos e intergeracionais. Assim, por exemplo, verificou-se que a intensidade do cuidado dispensado pode interferir na frequência com que os indivíduos idosos saem para visitar, logo receber visitas pode se tornar mais propício do que visitar, mas a sociabilidade nesta situação está presente.

Assim, a dimensão social das AAVD revela-se altamente preservada entre os idosos brasileiros, especialmente entre aqueles que exercem o cuidado de forma equilibrada. Esses achados reforçam o caráter relacional do envelhecimento em que a funcionalidade vai além da dimensão física, abrangendo a capacidade de manter laços, participar e sentir-se parte de uma rede social significativa (Durán, 2018; Greenwood *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2023; Mazer, 2024; Pinto & Neri, 2013). A preservação dessa funcionalidade relacional representa um indicador central de qualidade de vida e de bem-estar na velhice, além de ser fator de prevenção de déficits cognitivos (Bertrand *et al.*, 2012; Durán, 2018; Ferreira *et al.*, 2018; Greenwood *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2023; Mazer, 2024; Neri *et al.*, 2013; Pinto & Neri, 2013; Suemoto *et al.*, 2025).

Recentes pesquisas mostram a relevância da dimensão social no contexto do envelhecimento humano. Sánchez-Rodríguez e colaboradores (2025), mostraram que, em um intervalo de 6 anos, as pessoas idosas diminuíram a frequência à aula e a participação em atividades artesanais, mas aumentaram o contato com familiares e amigos por telefone ou internet, além de aceitarem trabalho remunerado. Estes pesquisadores afirmam que a atividade social é componente essencial das AAVD e que a inter-relação com outras pessoas é influenciada pelas condições sociais e culturais do país (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2025). Por

fim, Suemoto e colaboradores (2025), apresentaram que os mais baixos níveis de escolaridade na infância e juventude, a inatividade física na meia idade e o isolamento social na velhice, são fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de possíveis déficits cognitivos e demências. O que corrobora com a importância da continuidade de envolvimento em atividades físicas e sociais nas várias fases da vida humana (Suemoto et.al., 2025).

A participação em atividades de lazer mostrou-se globalmente baixa e pouco diversificada entre os participantes do estudo. Mais de 70% dos idosos praticam uma ou nenhuma atividade de lazer, revelando envolvimento recreativo limitado. O cuidado frequente parece ter uma tendência a se associar à maior envolvimento em atividades de lazer, enquanto o cuidado diário parece restringir oportunidades, porém sem suprimir completamente o lazer. As diferenças não foram significativas no conjunto.

Os resultados relativos à dimensão de Lazer sugerem que a participação dos idosos nessas atividades pode estar mais relacionada a fatores estruturais e contextuais (renda, escolaridade, transporte, disponibilidade de opções culturais ou turísticas, segurança e companhia) do que ao papel de cuidador em si. Mesmo considerando que a amostra analisada apresentou, em geral, boa funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais, o lazer fora do domicílio, especialmente o de caráter cultural e as viagens de maior distância, mostrou-se restrito a uma minoria. Esse padrão pode refletir desigualdades acumuladas ao longo do curso de vida, que limitam o acesso a práticas de lazer mais diversificadas.

Pessoas idosas em condições socioeconômicas mais vulneráveis tendem a depender com maior frequência de serviços públicos de transporte e saúde, além de residirem em áreas com infraestrutura social deficitária. Como consequência, essas pessoas enfrentam barreiras que limitam o envolvimento em atividades de lazer e sociais (Mazer, 2024).

Ainda que sem significância estatística, o padrão apresentado pelos cuidadores frequentes pode indicar que o envolvimento em cuidados não diários coexiste com práticas de lazer e mobilidade, possivelmente associadas à manutenção de autonomia e bem-estar. Por outro lado, entre os cuidadores diários, a menor diversidade de atividades de lazer pode refletir restrições de tempo, energia ou oportunidades, características de uma rotina de cuidado mais intensa e centrada no domicílio.

Sobre a dimensão produtiva das AAVD, os achados sugerem que a intensidade do cuidado pode restringir a inserção em atividades externas, mas não a elimina completamente, uma vez que parte dos cuidadores frequentes mantém algum nível de engajamento produtivo, articulando o cuidado a outras formas de vínculo social.

De modo geral, os achados reforçam que a dimensão produtiva na velhice permanece limitada, refletindo mais amplamente as desigualdades de inserção no trabalho e na vida pública acumuladas ao longo do curso de vida. Ainda assim, o fato de cuidadores frequentes apresentarem maior envolvimento relativo sugere que o cuidado pode coexistir com formas moderadas de envolvimento produtivo, especialmente quando associado a contextos de maior autonomia e suporte social.

Alguns autores discutem a tendência de a sociedade brasileira e as políticas públicas encararem a população idosa como dependente, desconsiderando o seu potencial produtivo e de contribuição para a sociedade. Essa visão, baseada na divisão entre "produtivo" e "dependente", desvaloriza as diversas formas de contribuição que vão além do trabalho remunerado, como o cuidado não-remunerado (Da Silva & Helal, 2022; Ribeiro et.al., 2022). O cuidado informal, realizado por familiares (frequentemente mulheres idosas), é uma forma fundamental de produtividade social, mesmo que invisibilizada e não remunerada (Da Silva & Helal, 2022; Ribeiro et.al., 2022).

Nos modelos multivariados, tanto considerando o escore contínuo de AAVD quanto a probabilidade de estar no quartil superior de engajamento, observou-se que a frequência de cuidado não se associou de forma estatisticamente significativa ao envolvimento em atividades avançadas de vida diária. Entretanto, verificou-se uma tendência consistente de menor engajamento entre cuidadores diários, ainda que as evidências sejam marginais ($p \approx 0,06-0,09$). Esses achados sugerem que, embora o cuidado não elimine completamente a participação social e produtiva, o aumento da intensidade do cuidado pode restringir oportunidades de envolvimento em atividades complexas e socialmente integradoras, como trabalho, lazer estruturado e educação continuada.

A manutenção da direção do efeito entre os modelos contínuos e categóricos reforça a hipótese de que o cuidado diário exerce um potencial papel limitante sobre o envolvimento em AAVD, possivelmente por reduzir o tempo livre, a energia física e a disponibilidade emocional dos cuidadores. Essa associação marginal pode refletir não apenas restrições de tempo, mas também sobrecarga física e emocional, frequentemente relatada em estudos sobre cuidadores idosos (Carmichael & Ercolani, 2014; Greenwood et.al. (2019). A exemplo, os participantes da pesquisa de Greenwood et.al. (2019) relataram cansaço, insônia e desgaste físico por sentirem que precisavam fazer tudo e estavam sempre sendo solicitados, evidenciando como a frequência do cuidado impacta a saúde e pode sobrecarregar o cuidador familiar idoso. Carmichael & Ercolani (2014) enfatizam que cuidadores idosos contribuem

significativamente para a prestação de cuidados de saúde e que o tempo dedicado ao cuidado não é uma escolha livre, sendo limitada pelas necessidades dos que são cuidados. Se o fardo e a contribuição do cuidado forem avaliados pelas horas e pelo tipo de cuidados pessoais oferecidos, os cuidadores mais velhos enfrentam maior carga e contribuem mais para a comunidade (Carmichael & Ercolani, 2014).

Além disso, o fato de os resultados permanecerem na mesma direção mesmo após o controle por variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares, de saúde e funcionalidade indica que a intensidade do cuidado mantém um efeito próprio, ainda que discreto, sobre o envolvimento em AAVD. Isso sugere que o ato de cuidar diariamente pode ser um determinante específico de exclusão social ou limitação ocupacional, para além do efeito da idade, escolaridade ou saúde.

Por outro lado, a ausência de significância estatística pode indicar, além de um número amostral insuficiente, heterogeneidade entre cuidadores. Esse fato ressalta a necessidade de análises qualitativas e longitudinais para captar melhor a relação entre cuidado e envolvimento em AAVD, considerando não apenas a frequência, mas também o tipo de relação com a pessoa cuidada, as tarefas desenvolvidas, o suporte recebido e o sentido atribuído à atividade de cuidar.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o delineamento transversal impossibilita estabelecer relações causais entre a frequência de cuidado e o envolvimento em AAVD, permitindo apenas a identificação de associações. As informações utilizadas derivam de autorrelato, característica inerente aos inquéritos populacionais, e ainda que possam estar sujeitas a algum grau de viés de memória ou desejabilidade social, essa é a estratégia metodológica mais viável e amplamente utilizada em pesquisas dessa natureza. A ausência de dados sobre aspectos contextuais do cuidado, como o grau de parentesco com a pessoa assistida, o tipo e a intensidade das tarefas realizadas ou a disponibilidade de suporte formal e informal limita a compreensão mais aprofundada das condições em que o cuidado é exercido. Observou-se baixa prevalência em determinadas atividades produtivas, como frequentar universidade da terceira idade ou cursos, o que reduziu a precisão estatística e motivou sua exclusão das análises integradas. Embora o modelo analítico tenha incorporado blocos sucessivos de ajuste (demográficos, socioeconômicos, familiares, de saúde e funcionais), não se pode descartar a

influência de confundimento residual por variáveis não observadas, como fatores psicológicos, motivacionais ou culturais.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a frequência de cuidado não remunerado prestado por pessoas idosas e o envolvimento em atividades avançadas da vida diária (AAVD), avaliando dimensões sociais, de lazer e produtivas, bem como identificar fatores associados a esse envolvimento. A análise foi conduzida com base em um inquérito populacional de representatividade nacional, utilizando modelos de regressão de Poisson com variância robusta.

Os resultados indicaram que, de modo geral, o envolvimento em AAVD foi semelhante entre os diferentes níveis de frequência de cuidado, sugerindo que a prática do cuidado não está necessariamente associada à redução das atividades significativas da vida cotidiana. Contudo, entre cuidadores diários, identificaram-se padrões de menor envolvimento em AAVD, sugerindo que a dedicação intensiva ao cuidado pode restringir algumas formas de atuação social e produtiva.

Esses achados reforçam a compreensão do cuidado como um fenômeno multifacetado, que pode representar tanto uma via de inserção e propósito na velhice quanto uma potencial fonte de sobrecarga quando exercido de forma contínua e sem suporte. A presença de associações limítrofes entre frequência de cuidado e envolvimento em AAVD aponta para a necessidade de maior atenção às condições em que o cuidado é realizado, considerando o equilíbrio entre essa responsabilidade e o bem-estar do cuidador idoso.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações causais, e o uso de informações autorrelatadas, embora essa seja a estratégia mais comum e adequada em inquéritos populacionais. A ausência de dados sobre aspectos contextuais do cuidado, como grau de parentesco, tipo de tarefa e suporte recebido, limita a compreensão mais ampla da experiência do cuidado. Ainda assim, os resultados contribuem para o avanço do conhecimento sobre o papel do idoso como cuidador, um tema ainda pouco explorado sob a perspectiva das AAVD. Em síntese, os achados sugerem que, embora o cuidado exercido por pessoas idosas possa refletir continuidade social e funcional, essa condição tende a assumir contornos de sobrecarga e limitação, sobretudo quando realizada de forma intensa e sem apoio adequado. A partir desses resultados, reforça-se a importância de políticas públicas e programas de apoio que reconheçam e valorizem o cuidado prestado por idosos, assegurando condições que favoreçam tanto o bem-estar de quem é cuidado quanto a saúde e a qualidade de vida de quem cuida.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental abordar o cuidado como uma condição humana, reconhecendo-o também como um trabalho que gera riqueza social e impulsiona o desenvolvimento de famílias e da sociedade. Apoiar quem cuida é crucial para a dignidade de pessoas de todas as idades, exigindo a partilha de tarefas entre gêneros e o reconhecimento do cuidado como uma dimensão transversal da saúde e do bem-estar. A implementação de políticas públicas efetivas, com a participação da sociedade e do Estado, é necessária. Conforme destacam Camarano & Fernandes (2023) e Giacomini *et al.* (2018), essas políticas podem reduzir a pobreza ao liberar familiares para o mercado de trabalho. Além disso, o compartilhamento das tarefas do cuidado pode prevenir violências (Camarano & Fernandes, 2023; Giacomini, 2015). Portanto, é urgente que o cuidado seja reconhecido como o quarto pilar da seguridade social na agenda política brasileira (Camarano & Fernandes, 2023; Giacomini *et al.*, 2018).

É imprescindível entender a complexidade do Cuidado, reconhecê-lo como um direito humano e valorizar a atividade de cuidar. Em geral, na sociedade brasileira há desequilíbrio entre a oferta e a demanda de cuidados. Quando não se considera o custo da produção doméstica, especialmente com as mulheres tornando-se menos disponíveis, o cuidado nas famílias brasileiras é guiado por normas, afetos e reciprocidade (Camarano, 2023). Ademais, ainda que tenham ocorrido importantes mudanças na sociedade, o cuidado continua sendo uma questão familiar, feminina e os potenciais cuidadores informais também estão envelhecendo (Giacomini *et al.*, 2018). Portanto, para a compreensão e implementação de estratégias para o Cuidado é preciso considerar também às questões de gênero, raça, classe social e idade das pessoas.

A abordagem desse estudo permitiu refletir sobre as tensões entre o tempo dedicado ao cuidado e a manutenção de dimensões centrais para um envelhecimento ativo e significativo: o envolvimento em atividades sociais, de lazer e produtivas.

Os resultados deste estudo apresentam relevância, uma vez que, até onde se tem conhecimento, trata-se da primeira investigação a caracterizar pessoas idosas cuidadoras não remuneradas e a descrever a prevalência das diferentes frequências de cuidado em uma amostra representativa da população brasileira com 60 anos ou mais. Além disso, o estudo avança ao explorar as associações entre a frequência do cuidado e o envolvimento em AAVD, utilizando uma medida validada para o contexto brasileiro.

É instigante a constatação de que quem cuida diariamente (6 a 7 vezes por semana), exerce esta função mais intensamente, ou seja, cuida por mais horas diárias ao se comparar com aqueles que cuidam menos vezes por semana. E nesta relação de frequência de cuidado, ressalta-se que, entre as pessoas com 80 anos ou mais que cuidam, observa-se maior proporção (7,4%) no grupo dos que cuidam diariamente quando comparados aos cuidadores frequentes (3%). Nesta situação a dupla vulnerabilidade em pessoas idosas cuidadoras deve ser um alerta coletivo.

Pesquisas que abordam a frequência do trabalho de cuidado realizado por pessoas idosas e o envolvimento nas AAVD na população brasileira não foram identificadas previamente. Todavia, constatou-se que o número de pessoas idosas que cuidam de alguém sem remuneração aumenta, diante do aumento expressivo do número de idosos, do aumento das demandas por cuidados de longa duração e das mudanças nos arranjos familiares na sociedade brasileira. Discussões acerca do envolvimento das pessoas idosas em AAVD são de extrema importância para compreender aspectos da saúde e bem-estar dessa população em constante crescimento. Foi possível observar nesta pesquisa que a maioria dos idosos apresentou nível baixo de envolvimento nas AAVD, uma realidade preocupante no contexto brasileiro. Portanto, os resultados e conclusões aqui apresentadas podem fortalecer as evidências sobre a necessidade de planejamento e implementação de políticas públicas que considerem o Cuidado humano como transversal e urgente diante das mudanças sociais na população brasileira (envelhecimento populacional, arranjos familiares em mudança, injustiça social, múltiplas vulnerabilidades).

A dimensão Cuidado é transversal, complexa e pode envolver condições particulares e contextos que não foram avaliados neste estudo. Portanto, existem limitações: o delineamento transversal do estudo permite demonstrar associação entre os fenômenos estudados, porém não é possível determinar relações temporais ou de causalidade entre as variáveis analisadas.

Como foi utilizado banco de dados secundários, as variáveis analisadas do Elsi-Brasil já estavam definidas, o que impossibilitou a inclusão de novas. Pode haver viés de memória durante as respostas dos participantes, visto que responderam a um questionário extenso e podem esquecer informações ou perderem a motivação para relatar eventos passados. A amostra incluiu apenas adultos brasileiros com mais de 60 anos que não estavam institucionalizados, o que restringe a generalização dos resultados para outras populações. Não foi possível analisar as especificidades por regiões brasileiras, o que poderia revelar diferenças sociodemográficas e culturais relacionadas ao Cuidado, considerando-se o tamanho

continental do país e a multiplicidade de seu povo, pois os cuidadores são tão diversos quanto aqueles de quem cuidam.

Ainda, o tipo de estudo não permite detalhes do cuidado multifacetado, assim, não se conhecem as circunstâncias e contexto do cuidado, por exemplo, quem é o alvo do cuidado, quais as principais demandas de cuidado da pessoa dependente, em quais tarefas principais o idoso cuidador não remunerado se envolve (em tarefas mais administrativas e organizacionais do cuidado ou em tarefas mais práticas que exigem habilidades físicas), se é um cuidado compartilhado e se há algum cuidador não familiar remunerado. Além disso, as questões utilizadas para medir as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) não permitiram respostas mais detalhadas dos participantes (anteriormente realizavam as atividades mencionadas ou nunca as haviam realizado), o que pode ter contribuído para subestimar a prevalência do envolvimento nas AAVD. As informações deste estudo basearam-se exclusivamente no autorrelato dos participantes, o que pode sofrer influência de fatores ambientais, físicos, sociais e psicoemocionais.

Um fator limitante para o diálogo entre os resultados e a literatura foi o número restrito de artigos disponíveis que analisaram as AAVD, especialmente para o grupo de adultos mais velhos. Alguns estudos abordam as AAVD isoladamente em cada uma de suas dimensões: sociais, de lazer e produtivas. Além disso, o constructo ainda não tem consenso no que se refere à nomenclatura e componentes.

Um ponto de destaque é que o envolvimento do cuidador em algumas AAVD pode estar relacionado ao papel de ser um cuidador, por exemplo como acompanhante da pessoa cuidada às atividades religiosas, atividades culturais e viagens, o que neste estudo não foi possível diferenciar. Além de que as atividades sociais, de lazer e produtivas podem ter muitas interseções.

Como prosseguimento, entende-se a importância de estudos futuros que promovam o conhecimento longitudinal das trajetórias de Cuidado e suas variáveis associadas, por exemplo, comparando grupos específicos de cuidadores idosos (residentes em regiões urbanas e rurais, cuidadores de grupos étnicos minoritários específicos, cuidadores intergeracionais).

Diante do exposto, sugerem-se que intervenções de apoio ao cuidador sejam concretizadas (tempo de pausa, rede de suporte, serviços domiciliares), uma vez que podem proteger oportunidades para a continuidade do envolvimento em AAVD, especialmente em atividades de lazer, o que tem potencial para prevenir sobrecarga e favorecer o autocuidado. Em futuras avaliações clínicas e epidemiológicas, considerar o lazer como marcador de

funcionalidade ampliada, incorporando perguntas sobre diversidade de atividades, não apenas sua presença/ausência. Na implementação de políticas de promoção do envelhecimento ativo objetivar a redução de barreiras ao lazer (transporte acessível, programação cultural amigável ao idoso, turismo social, atividades guiadas/seguras), com atenção especial a cuidadores diários.

E retornando à epígrafe desta dissertação... “Assim, permanecem agora estes três: a fé, a esperança e o amor. O maior deles, porém, é o amor.” E sem o verdadeiro Cuidado não pode haver amor!

REFERÊNCIAS

- ALLEN, A. P.; CURRAN, E. A.; DUGGAN, Á.; CRYAN, J. F.; CHORCORIÁIN, A. N.; DINAN, T. G.; MOLLOY, D. W.; KEARNEY, P. M.; CLARKE, G. A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *In Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. v. 73, 2017.
- ALCÂNTARA, A. O., CAMARANO, A. A., GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: *IPEA*; 2106.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil / Fabiana da Mota Peroni, Larissa C. Gruchovski Veríssimo, Leonardo Goes Shibata, Natalia Aranco. *Nota técnica do BID*, n. 2677. [S.l.], 2023.
- BATTHYÁNY, K. (Coord.). Miradas Latinoamericanas a los cuidados. Buenos Aires: CLACSO; Siglo Veintiuno, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201209035739/Miradas-latinoamericana.pdf>. Acesso em: [20/03/2025].
- BERTRAND, R. M.; SACZYNSKI, J. S.; MEZZACAPPA, C.; HULSE, M.; ENSRUD, K.; FREDMAN, L. Caregiving and cognitive function in older women: evidence for the healthy caregiver hypothesis. *J Aging Health*. v. 24, n. 1, p. 48-66, fev., 2012.
- BIANCHI, M.; FLESH, L. D.; ALVES, E. V. C.; BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 24, e2835, 2016.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005.
- BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis, RJ., 2014.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências*. Alterada pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia de cuidados para a pessoa idosa* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: [30/04/2024].

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Cuidados e Família. Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 15.069, de dezembro de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília: Presidência da República, 2024.

BRESSAN, E., TIMOSSI, M. J., BASTIDA, M. F., MÍAS, C. D. Desarrollo de una escala de actividades expansivas de la vida diaria. Propiedades psicométricas preliminares. *Anuario de investigaciones de la facultad de psicología*, Córdoba, v. 4, n.2, p. 74-87, 2019.

BUTLER, Robert N. *The longevity revolution: the benefits and challenges of living a long life*. New York: PublicAffairs, 2008.

CAMARANO, A. A. Considerações Finais. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Famílias: espaços de cuidados e espaços a serem cuidados. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, p. 140-181, 2023.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D.; SILVA, B. Cuidado como ocupação. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, cap. 6, 2023.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento populacional brasileiro: uma análise do perfil de atividades dos idosos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 31, n. 1, p. 37-56, 2014.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Cuidados de Longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARMICHAEL, F.; G. ERCOLANI, M. Overlooked and undervalued: the caring contribution of older people. *International Journal of Social Economics*, v. 41, n. 5, p. 397-419, 2014.

CECCON, R. F. *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021.

COMELIN, A. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*. Quito, n. 50, p. 111-127, 2014.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1–23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/>. Acesso em: [30/04/2024].

CORDERO CABRERA, Maritza; González, B.F.; Veloz, M.G.; Álvarez, J.D. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Rev Ciencias Médicas, Pinar del Río*, v. 23, n. 2, p. 195-203, abr. 2019.

COSTENOBLE, A.; KNOOP, V.; DEBAIN, A.; BAUTMANS, I.; VAN LAERE, S.; LIETEN, S.; ROSSI, G.; VERTÉ, D.; GORUS, E.; DE VRIENDT, P. Gerontopole Brussels Study Group. Transitions in robust and prefrail octogenarians after 1 year: the influence of activities of daily living, social participation, and psychological resilience on the frailty state. *BMC Geriatr.* n. 23, v. 1, 2023.

CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, p. 223–229, 2008.

DA SILVA, M. A. P.; HELAL, D. H. Age management in the Brazilian context: a theoretical discussion. *Organizations and Markets in Emerging Economies*. v. 13, n. 1, p. 6-25, 2022.

DEVÍ, J. The scales of functional assessment of activities of daily living in geriatrics. *Age and Ageing*, v. 47, p. 500–502, 2018.

DE VRIENDT, P.; METS, T.; PETROVIC, M.; GORUS, E. Discriminative power of the advanced activities of daily living (a-ADL) tool in the diagnosis of mild cognitive impairment in an older population. *International Psychogeriatrics*, v. 27, n. 9, p. 1419–1427, 2015.

DE VRIENDT, P.; GORUS, E.; CORNELIS, E.; BAUTMANS, I.; PETROVIC, M.; METS, T. The advanced activities of daily living: a tool allowing the evaluation of subtle functional decline in mild cognitive impairment. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 17, n. 1, p. 64–71, 2013.

DIAS, E. G.; ANDRADE, F. B.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623–1635, ago. 2015.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; ALMEIDA, M. H. M.; LEBRÃO, M. L. As atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 225–232, 2014.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; ALMEIDA, M. H. M.; LEBRÃO, M. L. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDs): um estudo de revisão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45–51, jan./abr. 2011.

DIAS, E. N.; DA SILVA, J. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; MARTINS, T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatric Nurs.*, v. 40, n. 1, p. 7–12, 2019.

DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (org.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea. cap. 19, p. 457–478, 2016.

DURÁN, M. A. La riqueza invisible del cuidado: Innovaciones necesarias en el análisis económico y sociológico. Universidad de Valência, 2018.

ELAYOUBI, J.; NELSON, M. E., MU, C. X.; HALEY, W. E.; WADLEY, V. G.; CLAY, O. J.; CROWE, M.; CUSHMAN, M.; GRANT, J. S.; ROTH, D. L.; ANDEL, R. The role of caregiving in cognitive function and change: The REGARDS study. *Psychol Aging*. v. 38, n. 7, p. 712-724, nov., 2013.

FERREIRA, F. R. CÉSAR, C. C., BOF DE ANDRADE, F., SOUZA-JUNIOR, P. R. B., LIMA-COSTA, M. F., *et al.* Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, supl. 2, p. 18s, 2018.

FISCHER, B.; MÜLLER, K.U. Time to care? The effects of retirement on informal care provision. *Journal of Health Economics*, v. 73, p. 102379, 2020.

FLESH L. D., Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., CACHIONI, M. Elderly who care for elderly: Double vulnerability and quality of life. *Paidéia*, Ribeirão Preto, V. 30, e3003, 2020.

GARCIA, D. C. D.; VESENTINI, G., BETINI, M., CORRENTE, J. E., JACINTO, A. F. Qualidade de vida de idoso cuidador de idoso na família: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 2, 2023.

GIACOMIN, K. C. Até quando? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 11, 2023.

GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, supl. 2, p. 9s, 2018.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, p. 3631-3640, 2015.

GOES, F. L.; MARQUES, F. M. C.; RIBEIRO, T. S.; PEREIRA, C. F. Equidade racial e a agenda de cuidados no Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). *CUIDAR, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, cap.2 2023.

GREENWOOD, N.; Pound, C.; Brearley, S.; Smith, R. A qualitative study of older informal carers' experiences and perceptions of their caring role. *Maturitas*, v. 124, p. 1–7, 2019.

GROISMAN, D. O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. São Paulo: Editora Fapesp; Boitempo, 2011.

HEERKENS, Y. F.; WEERD, M.; HUBER, M.; BROUWER, C. P. M.; VAN DER VEEN, S.; PERENBOOM, R. J. M.; VAN GOOL, C. H.; TEN NAPEL, H.; VAN BON-MARTENS, M.; STALLINGA, H. A.; VAN MEETEREN, N. L. U. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation*, v. 40, n. 5, p. 603–611, mar. 2018.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILO - INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. World Employment and Social Outlook: Trends 2018. Geneva: ILO, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática*. 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 abr. 2024.

KALACHE, A. Respondendo à revolução da longevidade. Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 8, 2014.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914–919, 1963.

KESSLER, M. *et al.* Modifiable risk factors for 9-year mortality in older English and Brazilian adults: The ELSA and SIGa-Bagé ageing cohorts. *Scientific Reports*. v. 10, p. 4375, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-61137-0>. Acesso em: [15/10/2024].

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p. 179–186, 1969.

LI, L.; WISTER, A. V.; LEE, Y.; MITCHELL, B. Transition into the caregiver role among older adults: a study of social participation and social support based on the Canadian longitudinal study on aging. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, v. 78, n. 8, p. 1423–1434, 2023.

LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA, P. R. B.; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; MAMBRINI, J. V. M.; ANDRADE, F. B.; SOUZA, P. R. B.; VASCONCELLOS, M. T. L.; NERI, A. L.; CASTRO-COSTA, E.; MACINKO, J.; OLIVEIRA, C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *International Journal of Epidemiology*, v. 52, n. 1, p. e57–e65, 2023.

LIMA-COSTA, M. F. PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; MAMBRINI, J. V. M. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa em Saúde 2013). *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 1, p. 6s, 2017.

MALFITANO, A. P. S.; SAKELLARIOU. Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have? *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 681–685, 2019.

MARTINO, P., CERVIGNI, M., GALLEGOS, M. Actividades de la vida diaria avanzadas en argentinos mayores de 50 años: su relación con la apertura a nuevas experiencias y la resiliencia. *Ciencias Psicológicas*, v. 19, n. 1, p. 4021, 2025.

MAZER, V. B. S., MOREIRA, R. S., LIMA K. C., CORIOLANO, M. G. W. S., SILVA, V. L. Prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em Atividades Avançadas da Vida Diária e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 27, p. 1 - 10, 2024.

MENESES, K. F.; AGUIAR, A. C. S. A. Modificações na vida de familiares que cuidam da pessoa idosa no domicílio. In: *69ª Reunião Anual da SBPC*, UFMG – Belo Horizonte/MG, 16 a 22 jul. 2017.

MINAYO, M. C. S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. Idosos dependentes de cuidadores. Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.526, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde de A a Z – Saúde da Pessoa Idosa*. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 30 abr. 2024.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (org.). *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?* Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 3, p. 419–432, 2013.

NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 139–147, 2010.

OLIVEIRA, B. DE; SILVEIRA, A.; MAZO, G. Z., LODOVICI, F. M. M. Atividades Avançadas de Vida Diária e o processo de individuação de idosos centenários de Florianópolis, SC. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 23, n. 1, p. 277–294, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade: relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre equidade e desigualdades em saúde nas Américas*. Washington, DC: OPAS, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Envelhecimento*. ONU Portugal. 2024. Disponível em: <https://unric.org>. Acesso em: 29 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Envelhecimento saudável*. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 29 maio 2025.

PINHEIRO, L. Economia do Cuidado. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3449–3460, 2013.

RIBEIRO, E. C. S. A.; SGAMBATO, M. R.; CASTRO JUNIOR, P. C. P.; MEIRA, K. C.; SALLES-COSTA, R.; FERREIRA, A. A. Social inequalities among Brazilian older adults: a secondary cross-sectional analysis of a national survey. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. v. 16, e0220017, 2022.

ROTH, D. L.; BROWN, S. L.; RHODES, J. D.; HALEY, W. E. Reduced mortality rates among caregivers: Does family caregiving provide a stress-buffering effect? *Psychology and Aging*. v. 33, n. 4, p. 619–629, 2018.

ROTH, D. L.; HALEY, W. E.; RHODES, J. D.; SHEEHAN, O. C.; HUANG, J.; BLINKA, M. D.; YUAN, Y.; IRVIN, M. R.; JENNY, N.; DURDA, P.; CUSHMAN, M.; WALSTON, J. D.; HOWARD, V. J. Transitions to family caregiving: enrolling incident caregivers and matched non-caregiving controls from a population-based study. *Aging Clinical and Experimental Research*. v. 32, n. 9, p. 1829–1838, 2020.

RUMMERY, K.; FINE, M. Care: a critical review of theory, policy and practice. *Social Policy and Administration*, Denmark, v. 46, n. 3, p. 321–343, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2012.00845>. Acesso em: 26/05/2025.

SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, M. A.; ZACARÍAS-FLORES, M.; CASTAÑEDA-SÁNCHEZ, L. E.; MENDOZA-NUÑEZ, V. M. Gender differences in advanced activities of daily living: evidence from the longitudinal study of health and aging in Mexico 2012–2018. *Front. Aging*, v. 6, p. 1-13, 2025.

SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, M. A.; ZACARÍAS-FLORES, M.; CORREA-MUÑOZ, E.; MENDOZA-NÚÑEZ, V. M. Advanced Activities of Daily Living in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study of the Mexican Health and Aging Study (MHAS 2018). *Healthcare*, v. 11, p. 2107, 2023.

SANTOS, J. A.; SILVA, D. N. D. Gênero, classe e raça no trabalho do cuidado no Brasil: um exercício teórico-analítico. *Revista da ANINTER-SH*, v. 1, p. 254-270, 2024.

SATTARI, Z.; DEEG, D.; MEIJERING, L.; WEITKAMP, G. Associations between informal caregiving and physical functioning: a longitudinal analysis of Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, v. 76, n. 2, p. 359-370, 2025.

SCHELL, B. A.; GILLEN, G. (ed.). *Willard and Spackman's occupational therapy*. 13. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

SCHULZ R.; SHERWOOD, P. R. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. Sep, v. 108, n. 9, p. 23-27, 2008.

SECINTI, E.; LEWSON, A. B.; WU, W.; KENT, E. E.; MOSHER, C. E. Health-related quality of life: A comparative analysis of caregivers of people with dementia, cancer, COPD/emphysema, and diabetes and noncaregivers, 2015–2018 BRFSS. *Annals of Behavioral Medicine*. v. 55, n. 11, p. 1130-1143, 2021.

SILVA, J. A.; ANACLETO, L. P. O papel dos idosos cuidadores na saúde dos idosos dependentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 23, n. 1, p. 1-18, 2023.

SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 7–20, 2016.

SUEMOTO, C. K.; BORELLI, W. V.; CALANDRI, I. L.; BERTOLA, L.; CASTILHOS, R. M.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R.; BRUCKI, S. M. D.; LAKS, J.; MUKADAM, N.; LIVINGSTON, G.; FERRI, C. P. The potential for dementia prevention in Brazil: a population attributable fraction calculation for 14 modifiable risk factors. *Lancet Reg Health Am.* v. 7, n. 49, Aug., 2025.

TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3429–3440, 2014.

UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS – POPULATION DIVISION (UN DESA). World population prospects 2022: demographic indicators by region, subregion and country, annually for 1950–2100. New York: United Nations, 2022. Edição online. Acesso em: 08/03/2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a policy framework. Aging Male*, London, v. 5, n. 1, p. 1–37, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Geneva: WHO, 2020.

APÊNDICE

TABELA 1 – Características da população de estudo, total e segundo frequência em atividades como cuidador não remunerado (ELSI-Brasil, 2019).

Variáveis	Frequência em atividades como cuidador não remunerado				p-valor
	Total % (IC 95%)	Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3- 5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6- 7x/semana)	
Idade					
60-69	59,7 (56,8 – 62,6)	58,4 (55,4 – 61,2)	76,9 (66,0 – 85,1)	68,6 (63,0 – 73,8)	0,0001
70-79		29,4 (27,4 – 31,6)			
>=80	28,7 (26,7 – 30,9)	12,2 (10,7 – 13,9)	20,2 (12,0 – 31,8)	24,0 (19,7 – 28,8)	
	11,6 (10,1 – 13,3)		2,9 (1,1 – 8,0)	7,4 (4,7 – 11,7)	
Sexo					
Homens	49,6 (46,9 – 52,3)	51,9 (49,1 – 54,8)	34,6 (25,8 – 44,6)	30,2 (24,8 – 36,3)	0,0000
Mulheres	50,4 (47,7 – 53,1)	48,1 (45,2 – 50,9)	65,4 (55,4 – 74,2)	69,8 (63,7 – 75,2)	
Cor autorreferida					
Branca	48,4 (42,1 – 54,8)	48,2 (42,0 – 54,5)	45,6 (33,5 – 58,2)	51,2 (41,6 – 60,7)	0,8044
Parda	40,8 (35,5	40,9 (35,8 – 46,3)	44,9 (34,1 –	38,3 (29,5 –	

Preta	- 46,3)	10,8 (8,7 – 13,4)	56,3)	47,8)	
	10,8 (8,6 – 13,4)		9,5 (4,51 – 18,9)	10,6 (7,1 – 15,5)	
Situação Conjugal					
Com cônjuge/companheiro	59,3 (56,6 – 62,0)	58,6 (55,6 – 61,7) 41,4 (38,4 – 44,4)	67,0 (59,1 – 74,1)	64,1 (58,8 – 69,0)	0,0494
Sem cônjuge/companheiro	40,7 (38,0 – 43,4)		33,0 (25,9 – 40,9)	35,9 (31,0 – 41,2)	
Nº de filhos, média	3,4 (3,2 – 3,6)	3,5 (3,3 – 3,7)*	3,2 (2,8 – 3,6)	3,2 (2,9 – 3,5)*	0,0000
Aposentadoria					
Não	26,0 (23,9 – 28,3)	25,3 (23,1 – 27,7)	41,2 (31,3 – 51,9)	29,1 (24,2 – 34,7)	0,0027
Sim	73,9 (71,7 – 76,1)	74,7 (72,3 – 76,9)	58,8 (48,1 – 68,7)	70,9 (65,3 – 75,9)	

Frequência em atividades como cuidador não remunerado

Variáveis	Total % (IC 95%)	% (IC95%)			p-valor
		Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3- 5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6- 7x/semana)	

Escolaridade

Superior	6,3 (5,1 – 7,7)	6,0 (4,8 – 7,4)	5,2 (2,1 – 12,2)	9,5 (6,1 – 14,5)	0,0407
2º grau completo	14,6 (12,5 – 17,1)	14,2 (11,9 – 16,7)	21,2 (13,6 – 31,5)	17,6 (13,1 – 23,1)	
1º grau completo	42,5 (39,6 – 45,5)	42,2 (39,2 – 45,2)	48,2 (37,9 – 58,6)	44,4 (37,8 – 51,3)	
1º grau incompleto	24,0 (21,3 – 26,9)	24,7 (21,9 – 27,8)	17,5 (9,4 – 30,2)	18,7 (13,9 – 24,7)	
Nunca foi à escola	12,6 (9,9 – 15,8)	13,0 (10,2 – 16,4)	8,0 (4,1 – 14,9)	9,9 (6,8 – 14,2)	

Autoavaliação de saúde

Excelente / Muito boa/Boa	46,7 (43,2 – 50,2)	46,8 (43,1 – 50,5)	53,2 (43,5 – 62,7)	44,2 (38,1 – 50,5)	0,0182
Regular	39,0 (35,9 – 42,2)	38,4 (35,2 – 41,7)	42,4 (31,7 – 53,9)	44,2 (38,7 – 50,0)	
Ruim / Muito ruim	14,3 (12,4 – 16,5)	14,8 (12,8 – 17,1)	4,4 (1,8 – 10,5)	11,6 (8,3 – 16,0)	

Declínio Cognitivo

Não	94,7 (92,1 – 96,6)	94,7 (91,8 – 96,6)	100	93,8 (88,7 – 96,7)	0,3657
Sim	5,3 (3,5 – 8,0)	5,3 (3,4 – 8,2)	0	6,2 (3,3 – 11,3)	

Limitação em ABVD

Não	91,0 (89,4 – 92,5)	90,91 (89,19 – 92,38)	95,79 (85,64 – 98,86)	90,96 (86,21 – 94,18)	0,4279
Sim	9,0 (7,5 – 10,6)	9,09 (7,62 – 10,81)	4,21 (1,14 – 14,36)	9,04 (5,82 – 13,79)	

Limitação em AIVD

Não	65,2 (60,7 – 69,4)	65,2 (60,8 – 69,4)	71,2 (59,6 – 80,6)	62,7 (54,2 – 70,5)	0,4244
Sim	34,8 (30,6 – 39,3)	34,8 (30,6 – 39,2)	28,8 (19,5 – 40,4)	37,3 (29,5 – 45,8)	

IC95%: Intervalo de confiança de 95%; ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária.

TABELA 2 – Prevalência do envolvimento em AAVD e frequência dos escores global e dos domínios social, lazer e produtivo das AAVD, total e segundo a frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado (ELSI-Brasil, 2019).

Atividades Avançadas de Vida Diária	Total % (IC 95%)	Frequência em atividades como cuidador não remunerado			p-valor
		% (IC95%)			
		Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3-5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6-7x/semana)	
Visitou amigos e familiares em sua casa	26,4 (22,7 – 30,4)	26,8 (23,0 – 31,0)	19,1 (9,7 – 34,1)	24,6 (19,0 – 31,3)	0,3950
Não	73,6 (69,6 – 77,3)	73,2 (69,1 – 77,0)	80,9 (65,9 – 90,3)	75,4 (68,7 – 81,1)	
Sim					
Convidou pessoas para virem a sua casa	25,0 (21,5 – 28,9)	25,3 (21,7 – 29,3)	26,8 (18,7 – 36,8)	21,5 (15,7 – 28,7)	0,3596
Não	75,0 (71,1 – 78,5)	74,7 (70,7 – 78,3)	73,2 (63,2 – 81,3)	78,6 (71,3 – 84,3)	
Sim					

**Participou de
atividades religiosas**

	7,6 (5,8 – 10,0)	7,9 (5,9 – 10,4)	1,0 (1,0 – 6,7)	7,2 (4,3 – 11,7)	0,0846
Não		92,1 (89,7 – 94,1)			
Sim	92,4 (90,0 – 94,2)		99,0 (93,4 – 99,9)	92,9 (88,3 – 95,7)	

**Participou de
reuniões sociais**

	38,9 (34,7 – 43,3)	39,5 (35,2 – 43,9)	26,3 (18,4 – 36,1)	36,4 (29,8 – 43,6)	0,0299
Não		60,5 (56,1 – 64,8)			
Sim	61,1 (56,7 – 65,4)		73,7 (63,9 – 81,6)	63,5 (56,4 – 70,3)	

**Escore do domínio
social**

0	1,6 (1,2 – 2,2)	1,7 (1,2 – 2,3)	1,0 (0,1 – 6,7)	1,1 (0,4 – 3,1)	0,3197
1	12,1 (9,7 – 15,0)	12,4 (9,9 – 15,5)	6,4 (2,7 – 14,4)	10,1 (6,1 – 16,2)	
2	15,4 (13,5 – 17,6)	24,8 (22,1 – 27,6)	15,3 (8,7 – 25,6)	16,7 (12,3 – 22,4)	
3	24,4 (21,8 – 27,2)	45,8 (41,5 – 50,2)	19,6 (12,3 – 29,7)	21,7 (17,4 – 26,7)	
4	46,5 (42,1 – 50,9)		57,8 (46,1 – 68,6)	50,4 (43,0 – 57,8)	

Frequência em atividades como cuidador não remunerado

Atividades	Total	% (IC95%)
-------------------	--------------	------------------

Avançadas de Vida Diária	% (IC 95%)	Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3-5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6-7x/semana)	p-valor
Participou de atividades artísticas e culturais					
Não	84,9 (82,5 – 87,0)	85,2 (82,8 – 87,3)	78,1 (66,5 – 86,5)	84,2 (79,1 – 88,3)	0,2126
Sim	15,1 (13,0 – 17,5)	14,8 (12,7 – 17,2)	21,2 (13,5 – 33,5)	15,8 (11,7 – 20,9)	
Dirigiu					
Não	74,1 (70,0 – 77,8)	73,5 (69,4 – 77,3)	68,9 (56,1 – 79,3)	81,1 (73,3 – 87,0)	0,0626
Sim	25,9 (22,2 – 30,1)	26,5 (22,8 – 30,6)	31,1 (20,7 – 43,9)	18,9 (13,0 – 26,7)	
Realizou viagens curtas					
Não	66,7 (62,1 – 71,1)	66,5 (61,9 – 70,9)	63,8 (53,3 – 73,1)	69,9 (60,8 – 77,6)	0,5061
Sim	33,3 (28,9 – 37,9)	33,5 (29,2 – 38,1)	36,3 (26,9 – 46,8)	30,1 (22,4 – 39,2)	
Realizou viagens longas					
Não	74,4 (71,1 – 77,5)	74,3 (71,0 – 77,4)	66,1 (52,8 – 77,3)	77,5 (70,7 – 83,1)	0,1838
Sim	25,6 (22,5 – 28,9)	25,7 (22,6 – 29,0)	33,9 (22,7 – 47,2)	22,5 (16,9 – 29,3)	

Escore do domínio**lazer**

0	43,3 (39,4 – 47,3)	43,2 (39,3 – 47,2) 27,8 (25,5 – 30,3)	31,5 (21,7 – 43,3)	47,4 (39,6 – 55,3)	0,3590
1	28,1 (25,9 – 30,4)	16,9 (14,9 – 19,0)	34,7 (24,1 – 47,0)	29,4 (23,8 – 35,6)	
2					
3	16,6 (14,6 – 18,8)	9,5 (7,8 – 11,6) 2,6 (1,8 – 3,8)	16,1 (8,3 – 28,8)	13,8 (9,3 – 19,9)	
4	9,5 (7,8 – 11,4)		14,7 (7,9 – 25,6)	7,7 (5,1 – 11,3)	
	2,6 (1,8 – 3,6)		3,1 (0,7 – 12,9)	1,8 (0,9 – 3,7)	

Frequência em atividades como cuidador não remunerado

Atividades Avançadas de Vida Diária	Total % (IC 95%)	% (IC95%)			p-valor
		Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3-5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6-7x/semana)	
Fez trabalho voluntário					
Não	92,1 (90,6 – 93,3)	92,6 (91,1 – 93,9) 7,4 (6,1 – 8,9)	91,9 (83,2 – 96,3)	86,6 (82,1 – 90,2)	0,0030
Sim	8,0 (6,7 – 9,4)		8,1 (3,8 – 16,8)	13,4 (9,9 – 17,9)	

Trabalhou de forma remunerada					
Não	77,9 (76,0 – 79,7)	77,6 (75,6 – 79,4)	75,5 (65,7 – 83,2)	82,2 (77,3 – 86,3)	0,1358
Sim	22,1 (20,9 – 24,0)	22,5 (20,6 – 24,4)	24,5 (16,8 – 34,3)	17,8 (13,8 – 22,7)	
Participou de associações civis					
Não	93,6 (92,1 – 94,8)	93,7 (92,2 – 94,9)	94,0 (87,2 – 97,3)	92,3 (88,5 – 94,9)	0,5847
Sim	6,5 (5,2 – 8,0)	6,3 (5,1 – 7,9)	6,0 (2,7 – 12,8)	7,7 (5,1 – 11,5)	
Escore do domínio produtivo					
0	69,2 (67,0 – 71,3)	69,0 (66,6 – 71,2)	68,3 (59,3 – 76,1)	71,5 (67,0 – 71,3)	0,0217
1	25,9 (24,2 – 27,8)	26,5 (24,6 – 28,5)	25,5 (18,5 – 33,9)	20,2 (15,5 – 25,8)	
2		3,9 (3,1 – 5,0)			
3	4,16 (3,3 – 5,17)	0,6 (0,4 – 1,0)	5,5 (2,0 – 14,4)	6,2 (3,9 – 9,9)	
4	0,8 (0,1 – 1,1)		0,8 (0,1 – 5,4)	2,1 (0,9 – 4,9)	

Frequência em atividades como cuidador não remunerado

Atividades Avançadas de Vida Diária	Total % (IC 95%)	% (IC95%)			p-valor
		Não é cuidador frequente (não cuida ou cuida até 2x/semana)	Cuidador frequente (cuida 3-5x/semana)	Cuidador diário (cuida 6-7x/semana)	

AAVD, média	4,8 (4,1 – 4,7)	4,4 (4,2 – 4,6)*	4,9 (4,5 – 5,3)*	4,4 (4,1 – 4,7)	0,044
--------------------	-----------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	--------------

Performado teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott. AAVD: Atividades Avançadas de Vida Diária; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

TABELA 3 – Associação entre frequência semanal em atividades como cuidador não remunerado e envolvimento em AAVD (Escore 0-12) (ELSI-Brasil, 2019).

AAVD RP (IC95%)					
Frequência como cuidador não remunerado	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Não é cuidador ¹	Referência a	Referência a	Referência	Referência a	Referência
Cuidador frequente ²	1,11 (1,03 – 1,21)	1,06 (0,98 – 1,16)	1,05 (0,97 – 1,14)	1,04 (0,96 – 1,12)	1,02 (0,95 – 1,10)
Cuidador diário ³	0,99 (0,93 – 1,05)	0,97 (0,92 – 1,04)	0,95 (0,97 – 1,14)	0,94 (0,89 – 1,00)	0,94 (0,89 – 1,00)

AAVD: Atividades Avançadas de Vida Diária; RP: Razões de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária. ¹Não cuida ou cuida até 2x/semana; ²Cuida 3-5x/semana; ³Cuida 6-7x/semana. Performado Regressão de Poisson com variância robusta. **Modelo 1:** Sem ajustamento; **Modelo 2:** Ajustamento por sexo, idade e cor autorreferida; **Modelo 3:** Modelo 2 + escolaridade; **Modelo 4:** Modelo 3 + filho e situação conjugal; **Modelo 5:** Modelo 4+ autoavaliação de saúde + limitação em ABVD.