


# Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013

## *Functional limitation and the care provided to non-institutionalized older people in Brazil, 2013*

Kenya Noronha<sup>1</sup> , Lara de Melo Barbosa Andrade<sup>2</sup> , Mirela Castro Santos Camargos<sup>3</sup> ,  
Carla Jorge Machado<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Economia, Faculdade de Ciências Econômicas (FACE), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Ciências Atmosféricas e Climáticas (DCAC), Centro de Ciências Exatas e da Terra (CCET), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>4</sup>Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Como citar:** Noronha K, Andrade LMB, Camargos MCS, Machado CJ. Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013. *Cad Saúde Colet*, 2021;29(esp.):59-72. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010315>

### RESUMO

**Introdução:** No Brasil, o envelhecimento populacional impõe desafios à sociedade, entre os quais está o cuidado do idoso centrado na família. A ampliação da longevidade e as mudanças nos arranjos familiares aumentam a necessidade do cuidado formal. **Objetivo:** Caracterizar o perfil do idoso não institucionalizado com incapacidade funcional, analisando o recebimento de ajuda no âmbito domiciliar, além de mensurar o déficit de ajuda na realização de pelo menos uma das atividades básicas da vida diária (ABDV). **Método:** Os dados são provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Utilizou-se da análise descritiva e dos modelos de regressão logística. **Resultados:** Os resultados mostraram que 17% dos idosos relataram alguma dificuldade em realizar pelo menos uma das ABVD. A incapacidade foi maior entre os idosos com menores níveis de riqueza, menos escolarizados e com morbidades. Entre aqueles com incapacidade funcional, 10% relataram não receber ajuda, sendo essa chance maior entre os mais pobres, morando sozinhos e mulheres. Apenas 6% dos idosos com incapacidade funcional recebiam ajuda por meio de um cuidador formal, sendo mais expressivo entre os idosos com ensino superior completo e riqueza mais elevada. **Conclusão:** Esses resultados refletem a importância do poder aquisitivo para a contratação do cuidado formal que é de elevado custo.

**Palavras-chave:** idoso; incapacidade; Assistência de Longa Duração; cuidadores.

### ABSTRACT

**Background:** In Brazil, population aging poses major challenges for society. Among them is the family-centered care provided to older people. Extending longevity and changes in family arrangements increase the need for formal care. **Objective:** To characterize the profile of non-institutionalized older people with functional disability, analyzing the care provided to them at the household level, and measure the deficit in the care provided for at least one of the activities of daily living (ADL). **Method:** The data were retrieved from the National Health Survey of 2013 (PNS 2013). Descriptive analysis and logistic regression models were used. **Results:** The results showed that approximately 17% of the older people reported some difficulty in performing at least one ADL. Disability was higher among those with lower socioeconomic status (SES) and educational level and with morbidities. Among those with functional disability, 10% reported not receiving the care needed, and this proportion was higher among those



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Kenya Noronha. E-mail: knoronha@cedeplar.ufmg.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Ago. 15, 2019. Aprovado em: Out. 07, 2019

who are poorer, live alone, and women. Only 6% of older people with functional disability was assisted by a formal caregiver, and this care was more expressive among those with complete higher education and higher SES. **Conclusion:** These results highlight the importance of SES for hiring costly formal care.

**Keywords:** older people; disability; long-term care; caregivers.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma das principais mudanças demográficas ocorridas nas últimas décadas, e suas implicações têm sido apontadas na literatura nacional e internacional<sup>1-3</sup>. No Brasil, chama atenção a velocidade com que esse processo tem ocorrido, quando comparado a países desenvolvidos, acarretando mudanças nas relações intergeracionais e amplos desafios no cotidiano individual e coletivo<sup>4,5</sup>. Um desses desafios é o cuidado com a população idosa, o qual, atualmente, vem sendo prestado por um cuidador informal, não envolvendo remuneração e, em geral, sem as qualificações necessárias para a realização dessas atividades<sup>6,7</sup>.

Apesar de a família ser considerada a principal cuidadora do idoso dependente, com destaque para o papel exercido pelas mulheres, as mudanças nos perfis das famílias, seja pela redução de seu tamanho, pelos recasamentos ou por novos tipos de arranjos, fazem com que a rede tradicional de suporte se fragilize. A abundante oferta de filhos, netos, irmãos, primos e sobrinhos, que ainda garantem o suporte familiar aos idosos, vem caindo rapidamente, aumentando a necessidade de suporte e cuidado formal<sup>8-10</sup>. Enquanto em 2000 havia cinco potenciais cuidadores (indivíduos entre 50 e 60 anos) para cada idoso com 75 anos e mais, em 2050 essa razão de suporte cairá para dois<sup>11</sup>.

A demanda por esse tipo de cuidado depende do aumento da longevidade e de como as pessoas estão envelhecendo. A capacidade funcional é um dos principais indicadores utilizados para analisar a saúde dos idosos<sup>10</sup>. Em 2013, no Brasil, ao completar 60 anos, uma mulher idosa poderia esperar viver, em média, 23,4 anos, dos quais 3,1 (13%) seriam vividos com incapacidade funcional, ou seja, com dificuldade ou incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD). Para homens, esses valores atingiam 19,9 anos e 1,9 ano (9,5%), respectivamente<sup>12</sup>. Nesse contexto, é fundamental pensar em quem cuida e cuidará desses idosos. A tarefa do cuidar inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente a desempenhar tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado<sup>13</sup>.

Este artigo tem como objetivo caracterizar o perfil do idoso não institucionalizado com incapacidade funcional e analisar o recebimento de ajuda no âmbito domiciliar. Além disso, buscou-se mensurar o déficit de ajuda na realização de pelo menos uma das ABVD entre os idosos dependentes, identificando as principais características desses indivíduos.

## MÉTODO

A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. A amostra é representativa para o Brasil e por grandes regiões, sendo entrevistados 23.815 idosos<sup>14</sup>. Foram construídas três variáveis dependentes. A primeira, limitação funcional, é definida como a dificuldade de realizar pelo menos uma ABVD. A PNS investigou as seguintes ABVD: comer; tomar banho; ir ao banheiro; vestir-se; andar; sentar e levantar da cama; sentar e levantar da cadeira. Essas medidas apresentam quatro categorias de resposta: não consegue; tem grande dificuldade; tem pequena dificuldade; e não tem dificuldade. Neste artigo, foram classificados como dependentes os idosos que reportaram alguma dificuldade (pequena ou grande) ou que não conseguiam realizar pelo menos uma das ABVD.

O segundo indicador refere-se ao déficit de ajuda na realização de pelo menos uma ABVD entre os idosos com limitação funcional. Na PNS de 2013, os idosos que reportaram alguma dificuldade em realizar as ABVD (pequena ou grande dificuldade) ou que não conseguiam realizá-las responderam se recebiam alguma ajuda para a sua execução. As opções de respostas para essas perguntas eram: sim; não, porque não precisa; não, porque não tinha ajuda. No presente artigo, os idosos que responderam não receber ajuda em pelo menos uma das ABVD porque não tinham quem a ofertasse foram classificados como tendo déficit de ajuda em

executar essas atividades. Esse indicador foi construído considerando apenas os idosos com limitação funcional. Portanto, mensura o percentual de idosos com limitação funcional que não recebia ajuda diante da necessidade.

O terceiro indicador avalia o principal prestador de cuidado dos idosos que reportaram receber ajuda. Para a construção dessa variável, foram considerados os seguintes grupos de cuidador: 1) familiar que residia no domicílio (com ou sem remuneração); 2) familiar que não residia no domicílio (com ou sem remuneração); 3) outra pessoa não familiar (não remunerada para ajudar) ou empregada doméstica; e 4) cuidador contratado.

As medidas sociodemográficas e de saúde selecionadas foram: idade (60 a 69; 70 a 79; e 80 anos e mais); sexo; estado civil (casado; divorciado; viúvo; e solteiro); grande região de residência; situação do domicílio (rural e urbana); nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto; ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto; ensino médio completo ou superior incompleto; curso superior completo); estado de saúde geral (muito bom ou bom; regular; ruim ou muito ruim); e presença de doença crônica (possui doença crônica que limita as atividades; possui doença crônica que não limita as atividades; não possui doença crônica).

Para medir a condição socioeconômica dos idosos, foi construída a renda familiar (somatório de todas as fontes de renda de todos os indivíduos da família) por adulto equivalente. A escala de adulto equivalente utilizada se baseia na escala de equivalência modificada da OCDE, proposta por Hagenaars et al.<sup>15</sup>. Com base nesse indicador, a amostra de idosos foi classificada segundo quintis de renda familiar por adulto equivalente. Além dessas medidas, foi considerada uma variável que informa se o idoso residia sozinho ou com pelo menos uma outra pessoa.

Além da análise descritiva, foram estimados três modelos de regressão logística. O primeiro estimou a probabilidade de o idoso reportar limitação funcional, e o segundo, a chance de apresentar déficit de ajuda na realização das ABVD. O terceiro, por meio de uma regressão multinomial logística, estimou a chance de o idoso receber ajuda dos seguintes tipos de cuidador: familiar que não residia no domicílio; outra pessoa não familiar; e cuidador formal. A categoria base refere-se a idosos que receberam ajuda de cuidadores familiares residentes no domicílio.

A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada com base na construção das Curvas de Características Operacionais (curva ROC) – resultados não mostrados. A área sob a curva ROC fornece o grau de precisão do modelo. Área maior do que 0,9 indica alta precisão; área entre 0,7-0,9 indica precisão moderada; área entre 0,5-0,7 indica baixa precisão; e menor que 0,5 indica que o modelo não tem nenhum poder preditivo<sup>16</sup>. Para os modelos estimados neste artigo, o valor da área sob a curva ROC variou entre maior que 0,7 e menor que 0,85. As análises foram realizadas com correção para o desenho de amostra complexa por meio do Stata/SE, versão 14.2.

## RESULTADOS

### Perfil de idosos com limitação funcional

A prevalência de limitação funcional no Brasil foi de 17%, sendo mais elevada entre mulheres, viúvos ou solteiros, com menor nível de renda familiar e escolaridade, mais longevos, residentes nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (Tabela 1). Entre os idosos dos dois primeiros quintis, a prevalência foi em torno de 21% contra 11% no grupo de renda mais elevada. Desigualdades acentuadas também foram verificadas por nível de escolaridade, com a prevalência alcançando 23% entre os idosos sem instrução, comparado com 6,7% entre aqueles com superior completo. Os resultados do modelo de regressão logística confirmaram a presença de desigualdades socioeconômicas na chance de ter limitação funcional. Mesmo depois de controlar para atributos demográficos e de saúde, iniquidades entre grupos de renda e escolaridade permaneceram. Idosos com maior renda familiar por adulto equivalente (3º, 4º e 5º quintis) apresentaram chance 21%, 29% e 19% menor, respectivamente, do que aqueles pertencentes ao 1º quintil. Quanto ao nível educacional, a chance foi 22% e 31% menor para aqueles com ensino médio completo e superior completo, respectivamente, relativamente aos

**Tabela 1.** Prevalência e razões de chance de ter limitação funcional entre os idosos, Brasil, 2013

Variáveis	Prevalência		Valor de p	Modelo logístico				
	%	n		Razões de chance	Valor de p	Intervalo de confiança		
Quintis renda familiar por ae	1º quintil	20,6	5344	1				
	2º quintil	21,3	4163		0,98	ns	0,83	0,82 1,17
	3º quintil	16,8	5050		0,79	***	0,01	0,66 0,95
	4º quintil	13,1	4496		0,71	***	<0,001	0,58 0,88
	5º quintil	11,0	4761	<0,001	0,81	*	0,10	0,63 1,04
Escolaridade	Sem instrução	22,7	7544		1,00			
	Fundamental completo	16,1	11337		0,95	ns	0,48	0,83 1,09
	Médio completo	9,7	2862		0,78	**	0,04	0,62 0,99
	Superior completo	6,7	2073	<0,001	0,69	**	0,03	0,49 0,96
Sexo	Mulher	18,0	13432		1,07	ns	0,32	0,94 1,22
	Homem	14,8	10383	<0,001	1,00			
Grupo etário	60 a 69	10,1	13349		0,17	***	<0,001	0,15 0,20
	70 a 79	17,3	7055		0,29	***	<0,001	0,25 0,34
	80 ou mais	40,7	3412	<0,001	1,00			
Estado civil	Casado	13,1	12591		0,68	***	<0,001	0,56 0,82
	Divorciado	15,4	1819		0,99	ns	0,95	0,75 1,31
	Viúvo	23,0	6380		0,91	ns	0,32	0,74 1,10
	Solteiro	18,4	3024	<0,001	1,00			
Mora sozinho	Não	16,5	20266		1,13	ns	0,20	0,94 1,37
	Sim	17,4	3549	0,194	1,00			
Região	Norte	17,3	1239		1,00			
	Nordeste	18,5	5948		0,87	ns	0,12	0,73 1,04
	Sudeste	15,1	11514		0,99	ns	0,88	0,82 1,19
	Sul	17,4	3597		1,10	ns	0,38	0,89 1,36
	Centro-Oeste	18,1	1518	<0,001	1,06	ns	0,61	0,86 1,30
Situação domicílio	Urbana	16,2	20353		1,03	ns	0,68	0,88 1,22
	Rural	18,7	3462	0,556	1,00			
Saúde geral	Muito boa/boa	7,2	10865		0,16	***	<0,001	0,14 0,20
	Regular	18,9	10014		0,40	***	<0,001	0,34 0,46
	Ruim/muito ruim	43,5	2936	<0,001	1,00			
Doença crônica	Limita	38,1	4471		1,00			
	Não limita	10,4	4942		0,30	***	<0,001	0,25 0,37
	Sem doença crônica	12,1	14401	<0,001	0,37	***	<0,001	0,32 0,43
<b>Total</b>	<b>16,6</b>	<b>23,815</b>						
<b>Constante</b>				5,54	***	<0,001	3,93 7,81	

Fonte: PNS (2013).

Nota: p = nível de significância; n = número absoluto; ae = adulto equivalente; \*\*\* p &lt; 0,001; \*\* p &lt; 0,05; \* p &lt; 0,10; ns = não significativo.

sem instrução. A chance de ter limitação funcional também diferiu segundo o *status* conjugal, sendo 32% menor entre os casados comparativamente aos solteiros.

### **Perfil de idosos com déficit de ajuda em realizar pelo menos uma ABVD**

Cerca de 10% dos idosos dependentes declararam não receber ajuda mesmo diante da necessidade do cuidado (Tabela 2). Esse percentual variava segundo os atributos sociodemográficos e de saúde. Entre os grupos de renda familiar por adulto equivalente, observou-se uma maior prevalência entre os idosos no 1º quintil (14%) comparativamente ao 5º quintil (6%). O déficit de ajuda também foi mais elevado entre os idosos com menor necessidade, como os que tinham menos de 80 anos e sem doença crônica. A indisponibilidade de cuidador também esteve relacionada com o estado civil e o arranjo domiciliar. Entre os casados e divorciados, respectivamente, 8,8% e 20% possuíam déficit de ajuda na realização das ABVD. Entre os que moravam sozinhos, esse percentual foi mais elevado, em torno de 30%. Os resultados do modelo de regressão logística foram similares aos obtidos pela análise descritiva, com chance de déficit de ajuda mais elevada entre idosos que moravam sozinhos, com piores condições socioeconômicas, mais jovens, mulheres, com estado de saúde ruim ou muito ruim e sem doença crônica.

### **Quem são os principais prestadores de cuidado dos idosos com limitação funcional**

A Tabela 3 apresenta a distribuição proporcional dos idosos com limitação funcional segundo o tipo de cuidador para a realização de pelo menos uma ABVD. Os resultados mostram que o cuidado era ofertado, majoritariamente, por um familiar, em torno de 88%, principalmente residindo no domicílio (74%). Apenas 6,6% recebiam ajuda de um cuidador formal, e 5,2%, de outra pessoa não familiar. Foram observadas diferenças importantes e significativas entre os grupos sociodemográficos. Em geral, entre os idosos com melhores condições socioeconômicas, que residiam em localidades economicamente mais desenvolvidas, tais como Sudeste, Sul e áreas urbanas, o peso do cuidador formal era relativamente mais elevado.

Enquanto 83% dos homens idosos recebiam cuidado por um familiar que residia no domicílio, entre as mulheres esse percentual foi de 69%. Para as idosas, o peso do cuidador formal foi igual a 8,4%, sendo mais do que o dobro do percentual dos homens. A importância do cuidador formal aumentou com a idade, sendo também mais elevada entre viúvos e que residiam sozinho.

A Tabela 4 apresenta o resultado do modelo de regressão logística multinomial que estima a chance de o idoso receber ajuda segundo o tipo de cuidador. As principais variáveis significativamente relacionadas ao recebimento de ajuda de um familiar não residente, em comparação com o familiar residente, foram a renda familiar por adulto equivalente, sexo e estado civil. A chance de receber cuidado de um familiar não residente no domicílio foi mais elevada para os idosos com piores condições socioeconômicas, do sexo feminino e divorciados ou viúvos. Diferenças regionais também foram observadas, com chances mais altas em todas as regiões comparativamente ao Norte do país, e nas áreas rurais em relação às urbanas. No caso de a ajuda ser proveniente de um cuidador formal, relativamente ao cuidador familiar residente, além das regiões, os níveis de escolaridade e de renda familiar se apresentaram como uma das principais variáveis, explicando as diferenças entre as duas categorias. Idosos mais escolarizados e com maior nível de renda familiar por adulto equivalente tinham chances mais elevadas de receber ajuda de um cuidador formal do que os menos escolarizados e dos primeiros quintis de renda, sendo essa diferença bastante expressiva, 19 e 9 vezes maior, respectivamente.

## **DISCUSSÃO**

O presente artigo teve como um dos objetivos principais avaliar a prevalência da limitação funcional entre os idosos no Brasil em 2013. A limitação funcional é um conceito multidimensional, sendo afetado tanto pela saúde como também por aspectos sociais e

**Tabela 2.** Prevalência e razões de chance de ter déficit de ajuda para realizar pelo menos uma ABVD entre idosos com limitação funcional, Brasil, 2013

	Variáveis	Prevalência		p-valor	Modelo logístico			
		%	n		Razões de chance	p-valor	Intervalo de confiança	
Quintis renda familiar por ae	1º quintil	13,8	1062		1			
	2º quintil	12,0	855		1,41	ns	0,15	0,89 2,22
	3º quintil	9,5	817		0,92	ns	0,71	0,58 1,44
	4º quintil	6,9	569		0,85	ns	0,60	0,45 1,59
	5º quintil	5,6	502	<0,001	0,53	*	0,08	0,26 1,09
Escolaridade	Sem instrução	11,3	1647		1			
	Fundamental completo	10,1	1756		0,84	ns	0,34	0,58 1,21
	Médio completo	6,7	268		0,66	ns	0,30	0,30 1,45
	Superior completo	10,2	134	0,014	0,88	ns	0,81	0,32 2,40
Sexo	Mulher	11,3	2322		1,47	**	0,04	1,02 2,11
	Homem	8,9	1483	0,095	1			
Grupo etário	60 a 69	13,6	1292		2,51	***	<0,001	1,58 3,97
	70 a 79	11,9	1177		1,97	***	<0,001	1,24 3,14
	80 ou mais	5,8	1336	<0,001	1			
Estado civil	Casado	8,8	1590		1,27	ns	0,26	0,84 1,92
	Divorciado	19,1	270		1,50	ns	0,25	0,75 3,01
	Viúvo	10,5	1410		0,98	ns	0,95	0,63 1,53
	Solteiro	10,2	534	<0,001	1			
Mora sozinho	Não	6,8	3211		0,13	***	<0,001	0,09 0,20
	Sim	29,6	594	<0,001	1			
Região	Norte	11,6	207		1			
	Nordeste	9,3	1059		0,70	ns	0,18	0,42 1,17
	Sudeste	9,6	1675		0,98	ns	0,94	0,57 1,69
	Sul	10,5	601		0,84	ns	0,55	0,47 1,50
	Centro-Oeste	18,0	264	0,111	1,79	**	0,05	1,00 3,23
Situação domicílio	Urbana	10,2	3183		0,94	ns	0,73	0,65 1,35
	Rural	11,0	622	0,009	1			
Saúde geral	Muito boa/boa	6,0	749		0,29	***	<0,001	0,15 0,57
	Regular	8,8	1826		0,43	***	<0,001	0,31 0,61
	Ruim/muito ruim	15,3	1230	<0,001	1			
Doença crônica	Limita	9,5	1642		1			
	Não limita	9,7	492		1,49	ns	0,24	0,77 2,88
	Sem doença crônica	11,3	1671	0,029	1,64	***	0,01	1,14 2,35
<b>Total</b>		<b>10,4</b>	<b>3.805</b>					
<b>Constante</b>					0,34	***	0,01	0,14 0,80

Fonte: PNS (2013).

Nota: p = nível de significância; n = número absoluto; ae = adulto equivalente; \*\*\* p &lt; 0,001; \*\* p &lt; 0,05; \* p &lt; 0,10; ns = não significativo.

**Tabela 3.** Proporção de idosos que recebem ajuda na realização de pelo menos uma ABVD segundo o tipo de cuidador e por características sociodemográficas, Brasil, 2013

Variáveis	Familiar reside no domicílio	Familiar não reside	Outra pessoa não familiar	Cuidador formal	Valor de p	N total
<b>Quintis renda familiar por ae</b>						
1º quintil	74,6	18,1	5,0	2,3		481
2º quintil	79,2	15,2	2,9	2,7		409
3º quintil	74,7	18,6	3,7	3,0		405
4º quintil	72,0	11,7	10,6	5,7		305
5º quintil	65,2	1,1	5,0	28,8	<0,001	242
<b>Nível de escolaridade</b>						
Sem instrução	75,8	15,3	5,5	3,5		881
Fundamental completo	74,1	15,8	3,6	6,5		780
Médio completo	78,5	4,2	6,9	10,3		121
Superior completo	35,7	0,8	18,5	45,0	<0,001	60
<b>Sexo</b>						
Mulher	68,6	16,8	6,2	8,4		1155
Homem	82,9	10,1	3,6	3,4	<0,001	687
<b>Grupo etário</b>						
60 a 69	82,7	11,1	2,0	4,2		437
70 a 79	71,1	20,5	5,6	2,9		523
80 ou mais	71,3	12,2	6,6	9,9	<0,001	881
<b>Estado civil</b>						
Casado	79,6	12,8	5,0	2,5		690
Divorciado	67,6	24,5	4,0	3,9		97
Viúvo	67,1	16,4	6,2	10,4		783
Solteiro	81,8	8,4	3,1	6,8	<0,001	272
<b>Mora sozinho</b>						
Não	81,0	10,6	4,4	4,0		1682
Sim	0,0	53,5	13,2	33,3	<0,001	160
<b>Região</b>						
Norte	88,3	5,9	4,4	1,5		91
Nordeste	76,0	14,8	4,8	4,4		552
Sudeste	71,2	14,2	6,5	8,1		830
Sul	72,0	17,3	2,3	8,3		265
Centro-Oeste	77,5	11,9	4,8	5,7	0,001	105
<b>Situação do domicílio</b>						
Urbana	74,2	13,0	5,5	7,4		1578
Rural	72,4	22,3	3,6	1,7	<0,001	264
<b>Saúde geral</b>						
Muito boa/boa	72,8	8,2	5,0	14,0		323
Regular	74,0	14,3	6,3	5,4		820
Ruim/muito ruim	74,4	17,1	4,0	4,5	<0,001	698
<b>Doença crônica</b>						
Limita	74,4	16,6	3,9	5,2		975
Não limita	70,3	13,9	5,3	10,6		168
Sem doença crônica	74,2	11,2	7,0	7,6	0,448	700
<b>Total</b>	<b>74,0</b>	<b>14,3</b>	<b>5,2</b>	<b>6,6</b>		<b>1842</b>

Fonte: p = nível de significância; n = número absoluto; ae = adulto equivalente; PNS (2013).

culturais<sup>17</sup>. Estudos têm contemplado a interação dos indivíduos, em especial dos idosos, com o seu contexto social e ambiental para discutir essas perdas funcionais<sup>18-20</sup>. Um problema de saúde associado a uma limitação física se traduzirá em uma limitação funcional, dependendo dos recursos sociais e individuais disponíveis para lidar com a realização das atividades da vida diária<sup>18-21</sup>.

Não há consenso sobre quais aspectos e atividades deveriam ser considerados na mensuração da limitação funcional. A Classificação Internacional de Funcionalidade,

**Tabela 4.** Razão de chance para idosos que recebem ajuda na realização de pelo menos uma ABVD segundo o tipo de cuidador e por características sociodemográficas e de saúde, Brasil, 2013 (categoria base: familiar que reside no domicílio)

Variáveis	Familiar não reside		Outra pessoa não familiar		Cuidador formal										
	Razão de chance	p-valor	Razão de chance	p-valor	Razão de chance	p-valor									
<b>Quintil de renda familiar por adulto equivalente (ref., 1º quintil)</b>															
2º	0,74	ns	0,32	0,41	1,33	0,40	ns	0,15	0,12	1,39	0,82	ns	0,72	0,26	2,51
3º	0,85	ns	0,63	0,45	1,63	0,53	ns	0,20	0,20	1,42	1,02	ns	0,98	0,28	3,68
4º	0,69	ns	0,38	0,31	1,57	1,64	ns	0,34	0,59	4,55	1,56	ns	0,41	0,54	4,51
5º	0,09	***	0,00	0,02	0,33	0,92	ns	0,88	0,32	2,68	8,98	***	0,00	3,29	24,53
<b>Escolaridade (ref., sem instrução)</b>															
Fundamental completo	1,19	ns	0,50	0,72	1,97	0,61	ns	0,26	0,25	1,45	1,37	ns	0,48	0,58	3,27
Médio completo	0,48	ns	0,19	0,16	1,45	1,08	ns	0,88	0,39	2,98	1,28	ns	0,68	0,39	4,22
Superior completo	0,19	ns	0,14	0,02	1,73	8,56	***	0,00	2,33	31,41	18,88	***	0,00	5,19	68,68
<b>Sexo (ref., homem)</b>															
Mulher	1,95	**	0,02	1,11	3,43	2,16	ns	0,12	0,81	5,74	2,14	ns	0,13	0,80	5,73
<b>Grupo etário (ref., 80 ou mais)</b>															
60 a 69	0,79	ns	0,52	0,38	1,62	0,23	***	0,01	0,07	0,71	0,55	ns	0,40	0,14	2,19
70 a 79	1,60	ns	0,12	0,89	2,87	0,94	ns	0,90	0,38	2,35	0,61	ns	0,24	0,27	1,38
<b>Estado civil (ref., solteiro)</b>															
Casado	1,73	ns	0,10	0,91	3,30	2,39	ns	0,14	0,76	7,53	0,47	ns	0,20	0,15	1,51
Divorciado	4,57	***	0,01	1,51	13,80	2,01	ns	0,40	0,40	10,00	0,48	ns	0,45	0,07	3,22
Viuvo	2,34	***	0,01	1,28	4,26	1,87	ns	0,20	0,72	4,86	1,30	ns	0,62	0,46	3,65
<b>Região (ref., Norte)</b>															
Nordeste	2,37	***	0,01	1,20	4,68	1,29	ns	0,61	0,49	3,35	6,59	***	0,01	1,56	27,88
Sudeste	2,77	***	0,01	1,36	5,65	1,96	ns	0,16	0,78	4,96	8,21	***	0,00	2,01	33,51
Sul	2,89	***	0,01	1,27	6,58	0,90	ns	0,87	0,26	3,14	10,30	***	0,00	2,23	47,51
Centro-Oeste	2,27	**	0,05	1,00	5,14	1,34	ns	0,65	0,38	4,74	5,75	**	0,02	1,26	26,24
<b>Situação de domicílio (ref., rural)</b>															
Urbana	0,50	***	0,01	0,30	0,85	1,26	ns	0,69	0,40	3,96	1,77	ns	0,36	0,52	6,08
<b>Saúde geral (ref., ruim/muito ruim)</b>															
Muito bom/bom	0,62	ns	0,27	0,26	1,45	0,55	ns	0,29	0,18	1,66	0,84	ns	0,68	0,37	1,93
Regular	0,84	ns	0,45	0,53	1,33	1,22	ns	0,65	0,52	2,86	0,64	ns	0,26	0,29	1,39
<b>Doença crônica (ref., limita)</b>															
Não limita	0,83	ns	0,69	0,34	2,05	1,13	ns	0,86	0,27	4,73	0,96	ns	0,94	0,32	2,87
Sem doença crônica	0,70	ns	0,16	0,43	1,15	2,32	**	0,04	1,04	5,16	1,57	ns	0,26	0,72	3,42
Constante	0,07	***	0,00	0,02	0,20	0,01	***	0,00	0,00	0,07	0,00	***	0,00	0,00	0,02

Fonte: PNS (2013).

Nota: p = nível de significância; IC = intervalo de confiança; n = número absoluto; ae = adulto equivalente; \*\*\* p &lt; 0,001; \*\* p &lt; 0,05; ns = não significativo.



Incapacidade e Saúde (CIF) considera um amplo conjunto de atividades nessa definição<sup>20,22</sup>. Em geral, a dependência funcional é definida de acordo com a presença de determinadas condições de saúde ou incapacidade de realizar atividades importantes para preservar um estilo de vida independente. Os principais instrumentos utilizados para medir essas deficiências são dificuldades com ABVD e atividades instrumentais da vida diária (AIVD)<sup>19, 23-28</sup>.

No presente estudo, optou-se por analisar a incapacidade funcional pela dificuldade em realizar as ABVD, que avaliam um comprometimento mais severo. Em geral, idosos que apresentam restrições na realização das ABVD irão também ter alguma dificuldade em desempenhar as AIVD. Além disso, apesar da relevância de se considerar a interação social dos indivíduos, a realização das AIVD pode estar mais fortemente associada aos valores culturais e menos às condições de saúde. Dessa forma, a inclusão das AIVD pode contaminar a análise da incapacidade e de seus fatores associados, principalmente na coorte de idosos analisada, que provém de um momento da sociedade cujos papéis por gênero eram bem delineados por valores marcadamente patriarcais.

Os resultados do presente estudo mostram que, no país, 17% dos idosos apresentaram alguma dificuldade em realizar pelo menos uma das ABVD. Evidências para o Brasil indicam prevalência similar para a zona rural (18,2%)<sup>29</sup> e menor do que o encontrado para a área urbana (26,8%)<sup>30</sup>. Lima-Costa et al.<sup>7</sup>, utilizando a PNS de 2013, encontraram uma prevalência mais elevada, igual a 30%, do que a encontrada no presente estudo, uma vez que consideraram também as AIVD na mensuração da incapacidade funcional.

Considerando as características sociodemográficas, mesmo depois de controlar para o estado de saúde e idade, há iniquidades importantes. Idosos pertencentes aos grupos de riqueza mais baixa e com menor escolaridade apresentaram chances mais elevadas de reportar dificuldades em desempenhar pelo menos uma das ABVD investigadas. Maiores níveis de morbidade e de qualidade de vida também estiveram associados com incapacidade funcional em estudos no Brasil<sup>31-33</sup> e em outros países<sup>34,35</sup>. Os resultados encontrados mostram ainda diferenças na prevalência de incapacidade funcional por status conjugal, principalmente em relação aos solteiros, que apresentaram chances mais elevadas do que os casados. Esses resultados foram observados também em outras sociedades, como na China<sup>36</sup> e no Irã<sup>37</sup>.

Além da incapacidade funcional, foi também avaliada a disponibilidade de cuidado para a realização das ABVD. Nesse caso, procurou-se responder a duas questões. A primeira permitiu discutir em que medida os idosos com incapacidade estariam enfrentando barreiras decorrentes de suas limitações para lidar com as atividades mais básicas da vida humana. Ter dificuldade não necessariamente significa que os idosos estarão privados de realizar as ABVD. A presença de um cuidador ou de uma pessoa que auxilie na realização dessas tarefas permite que o idoso tenha a dignidade necessária para a sua sobrevivência. De acordo com os resultados encontrados, em torno de 10% dos idosos com incapacidade funcional relataram não receber a ajuda necessária em pelo menos uma das ABVD. Em linhas gerais, a chance de ter déficit de ajuda é maior entre os idosos do sexo feminino, com menores níveis de riqueza e morando sozinhos. Essas características refletem, em alguma medida, a oferta desses serviços disponíveis para esses segmentos populacionais. As mulheres, além de viverem mais do que os homens, são as principais provedoras desse cuidado<sup>38</sup>. Portanto, a chance de receber ajuda por um cônjuge é reduzida, havendo, inclusive, evidências na literatura que mostram a presença da pirâmide da solidão entre as mulheres<sup>39,40</sup>.

Como o cuidado no Brasil é, primordialmente, ofertado pela família, o arranjo domiciliar e o nível de riqueza são fatores muito decisivos para o provimento do cuidado. Morar sozinho implica uma menor oferta de cuidadores informais, e nível mais baixo de riqueza é uma barreira importante para o acesso ao cuidado formal domiciliar. Outro resultado importante mostra que idosos mais jovens (entre 60 e 69 anos) e sem doença crônica são os que apresentam maiores chances de apresentar déficit de ajuda na realização das ABVD. Esse resultado reflete, em alguma medida, a percepção dos familiares em relação ao provimento de cuidado. Mesmo que esses idosos reportem precisar de ajuda, a sua condição de saúde permite que eles realizem, minimamente, suas atividades, fazendo com que o provimento do cuidado seja postergado.

Por outro lado, os idosos mais longevos tendem a apresentar uma saúde mais debilitada, tornando a ajuda imprescindível para a realização das atividades.

A segunda questão analisada se relaciona à principal fonte de cuidado. Dado que o cuidado é ofertado, quem é o principal cuidador do idoso? O modelo de provimento de cuidado do idoso depende da sociedade analisada. No Brasil, prevalece o modelo centrado na família. Nesse cenário, o não provimento do cuidado pelo familiar gera sentimento de abandono e negligência<sup>41,42</sup>. Os resultados encontrados mostram que quase 90% dos idosos que recebiam ajuda eram assistidos por um familiar, que, em geral, residia no domicílio. Esse resultado é amplamente evidenciado na literatura, tendo as mulheres como a principal personagem nesse modelo. Esse tipo de atuação, normalmente, é exercido sem que haja qualificação adequada e não envolve remuneração<sup>41</sup>. O presente artigo mostra diferenças sociodemográficas em relação ao cuidado familiar ofertado. A chance de o cuidado ser prestado por um familiar não residente no domicílio, em comparação com o familiar residente, tende a ser mais elevada entre os idosos com piores condições socioeconômicas, do sexo feminino e divorciados ou viúvos. Não residir no domicílio pode comprometer a qualidade e a disponibilidade do cuidado prestado, especialmente para a realização das ABVD em uma população mais vulnerável em termos sociodemográficos.

O alto percentual do cuidado provido por um familiar é esperado para essa coorte de idosos analisada, cuja taxa de fecundidade ainda é mais elevada. Portanto, a principal questão que se coloca é em que medida esse modelo fundamentado no cuidado familiar pode estar comprometido por causa das mudanças sociodemográficas que o Brasil vem vivenciando. A queda na taxa de fecundidade e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho vêm contribuindo para reduzir a disponibilidade da família como principais cuidadores<sup>8-11</sup>. Nesse sentido, é fundamental pensar em formas alternativas de cuidado<sup>9,41-44</sup>. Os resultados mostram que no Brasil apenas 6% dos idosos com incapacidade funcional recebem ajuda por meio de um cuidador formal. Esse percentual, no entanto, é muito diferenciado entre os grupos socioeconômicos. A importância do cuidado formal é bastante expressiva entre os idosos com ensino superior completo e com nível de riqueza mais elevado. Esses resultados refletem a importância do poder aquisitivo para a contratação desses serviços em decorrência do elevado custo<sup>45</sup>. Além disso, o provimento desses serviços é mais prevalente nas regiões mais desenvolvidas, como o Sul e o Sudeste do país, e em áreas urbanas.

Diante dos custos elevados do cuidado formal domiciliar, as Instituições de Longa Permanência para os Idosos (ILPI) se constituem em uma fonte alternativa de cuidado prestado para lidar com esse segmento populacional. Para que as ILPI sejam uma alternativa segura e aceita pela sociedade, será necessária a elaboração de políticas para garantir a qualidade e a eficiência do cuidado prestado, contribuindo com isso para uma maior adaptação dos idosos nessas instituições. No Brasil, esforços têm sido implementados para desmistificar a institucionalização dos idosos, como a alteração do nome dessas instituições, que de asilos passaram a ser conhecidas como ILPI<sup>46-48</sup>. Para além de uma discussão semântica, essa mudança traz reflexões sobre o papel desempenhado por essas instituições em relação ao cuidado ofertado ao idoso<sup>49</sup>. No entanto, alguns avanços ainda precisam ser realizados, por exemplo, a regulamentação da profissão do cuidador formal, independentemente se prestado no domicílio ou em uma ILPI. Essa ocupação, apesar de já ser reconhecida pelo Ministério do Trabalho, por meio da Classificação Brasileira de Ocupação, desde 2003, ainda não conta com uma regulamentação adequada aprovada que define as atividades e qualificação necessárias para a atuação desse profissional. Ainda está em tramitação o Projeto de Lei nº 4.702/2012 na Câmara dos Deputados para posterior aprovação presidencial<sup>50-52</sup>. A não regulamentação da profissão se reflete em uma heterogeneidade na qualidade do cuidado prestado, uma vez que não há garantias de patamares mínimos adequados da formação desse profissional. Entretanto, há algumas evidências recentes mostrando que, na ausência dessa regulamentação, o mercado estabelece algumas exigências mínimas que podem diferir dependendo da natureza das ILPI. Enquanto nas filantrópicas a baixa escolaridade dos cuidadores é compensada pela maior participação em cursos de capacitação, nas privadas o maior nível de escolaridade prevalece como o principal indicador de qualificação profissional<sup>38,50,51</sup>. Outra implicação da falta de

regulamentação se refere à sobrecarga de trabalho, tanto em relação à carga horária quanto ao número de idosos pelos quais cada cuidador é responsável. Barbosa et al.<sup>38</sup>, analisando as ILPI do município de Natal, verificaram que, além da carga horária exaustiva, o número de idosos a cargo de cada cuidador excedia o preconizado pela ANVISA, principalmente nas ILPI filantrópicas.

Além da organização do provimento desse cuidado, o debate em relação ao modelo de financiamento a ser adotado ainda é muito incipiente no Brasil. Atualmente, a principal forma recai sobre os idosos e familiares, na medida em que prevalece o financiamento por desembolso direto<sup>45</sup>. Ressalta-se, contudo, que formas alternativas são observadas em outros países cujo processo de envelhecimento já se encontra em estágios mais avançados. Nesses países, o financiamento é com base no seguro social, como no Japão, na Inglaterra e na Suíça, ou no mercado por meio de seguros privados, como no caso dos Estados Unidos<sup>45</sup>. A ausência de uma cobertura pública ou privada pode trazer consequências financeiras importantes, onerando os idosos e familiares e fragilizando ainda mais uma população que já está exposta a uma vulnerabilidade em saúde<sup>45</sup>. O desenho das políticas a serem implementadas no Brasil deveriam considerar as experiências desses modelos de financiamento, buscando desonerar as famílias tanto em relação aos custos financeiros como emocionais envolvidos no provimento desses cuidados.

## AGRADECIMENTOS

As autoras Kenya Noronha e Carla Jorge Machado agradecem ao CNPq pela concessão da bolsa de produtividade em pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Michel JP. Age: heterogeneity-individuality. In: Roller-Wirnsberger R, Singler K, Polidori M, editors. Learning geriatric medicine. Practical issues in geriatrics [Internet]. Switzerland: Springer International Publishing; 2018 [citado em 2019 Ago 15]. p. 19-25. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9783319619965>
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saude*. 2012;21(4):539-48. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.
3. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016 jun;19(3):507-19. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
4. Tramuja Vasconcellos Neumann L, Albert SM. Aging in Brazil. *Gerontologist*. 2018;58(4):611-7. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gny019>. PMID:30010820.
5. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult development and aging*. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2018.
6. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):570-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>.
7. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 1):6s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>. PMID:28591348.
8. Pasinato MTM, Kornis GEM. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2009 [citado em 2019 Ago 15]. (Série Seguridade Social. Texto para discussão; 1371). Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1371.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1371.pdf)
9. Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 [citado em 2019 Ago 15]. p. 169-210. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)
10. Camargos MCS. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Rev Bras Estud Popul*. 2014;31(1):211-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100012>.

11. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009 [citado em 2019 Ago 15]. 144 p. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276>
12. Camargos MCS, Gonzaga MR, Costa JV, Bomfim WC. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. *Cien Saude Colet*. 2019 mar;24(3):737-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.07612017>. PMID:30892496.
13. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCL, et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3789-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>. PMID:30427449.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado em 2019 Ago 15]. 181 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-pns>
15. Hagenaars AJM, de Vos K, Zaidi MA. Poverty statistics in the late 1980s: research based on microdata [Internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1994 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://www.worldcat.org/title/poverty-statistics-in-the-late-1980s-research-based-on-micro-data/oclc/111112844?referer=di&ht=edition>
16. Swets JA. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*. 1988;240(4857):1285-93. <http://dx.doi.org/10.1126/science.3287615>. PMID:3287615.
17. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2008;13(4):1199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>. PMID:18813619.
18. Chaudhury H, Oswald F, editors. Annual review of gerontology and geriatrics: environments in an aging society: autobiographical perspectives in environmental gerontology. USA: Springer Publishing Company; 2018.
19. Trani JF, Bakhshi P. Challenges for assessing disability prevalence: the case of Afghanistan. *ALTER: Revue européenne de recherche sur le handicap*. 2008;2(1):44-64. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2007.10.003>.
20. Mitra S. The human development model of disability, health and wellbeing. In: Mitra S. Disability, health and human development. New York: Palgrave Pivot; 2018. p. 9-32. [http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-53638-9\\_2](http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-53638-9_2).
21. Northwood M, Ploeg J, Markle-Reid M, Sherifali D. Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity. *J Adv Nurs*. 2018;74(1):45-60. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13408>. PMID:28771854.
22. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health [Internet]. Geneva: WHO; 2001 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=F93D5DF5C3F45519B09D6E251802F360?sequence=1>
23. Chiu L, Tang KY, Shyu WC, Huang CL, Wang SP. Cost analyses of home care and nursing home services in the southern Taiwan area. *Public Health Nurs*. 2000;17(5):325-35. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1446.2000.00325.x>. PMID:11012995.
24. Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, et al. Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Soc*. 2006;26(2):285-302. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X05004289>.
25. Freedman VA, Martin LG, Cornman J, Agree EA, Shoeni RF. Trends in assistance with activities: racial/ethnic and socioeconomic disparities persist in the U.S. older population. In: Cutler DM, Wise DA, editors. Health at older ages: the causes and consequences of declining disability among the elderly [Internet]. Chicago: University of Chicago Press; 2009 [citado em 2019 Ago 15]. p. 411-38. Disponível em: <https://www.nber.org/chapters/c11121.pdf>
26. Lee T. The relationship between severity of physical impairment and costs of care in an elderly population. *Geriatr Nurs*. 2000;21(2):102-6. <http://dx.doi.org/10.1067/mgn.2000.107134>.
27. Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2065-70. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.048744>. PMID:16254235.
28. Spillman BC, Black KJ. Staying the Course: Trends in Family Caregiving. AARP Public Policy Institute Report 2005-17 [Internet]. Washington, D.C.: AARP; 2005 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/47df/4fa1ca1ed6544a874a17a62c2b61b7bb15ed.pdf>

29. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP, Castro DP, Santos F. Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet.* 2016;21(11):3545-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>. PMID:27828587.
30. Del Duca, GF, Silva MC; Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):796-805. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.
31. Farías-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(2):e2017290. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000200005>. PMID:29898166.
32. Barbosa JFS. Desempenho físico, composição corporal e incapacidade funcional em idosos de diferentes contextos epidemiológicos: resultados do estudo International Mobility in Aging Study (IMIAs) [tese] Natal: Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018. [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25078>
33. Sousa AAD, Martins AMEBL, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences.* 2018;43(1):14-24. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>.
34. Ahlqvist A, Nyfors H, Suhonen R. Factors associated with older people's independent living from the viewpoint of health and functional capacity: a register-based study. *Nurs Open.* 2015;3(2):79-89. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.39>. PMID:27708818.
35. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open.* 2018;8(3):e018942. <https://10.1136/10.1136/bmjopen-2017-018942>.
36. Wang D, Zheng J, Kurosawa M, Inaba Y, Kato N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. *Environ Health Prev Med.* 2009;14(2):128-41. <https://10.1007/s12199-008-0072-7>.
37. Abbasian M, Ghalichi F, Ahmadi B, Ghasemzadeh P, Esmailpour E, Matlabi H. Status of daily living activities among older people in Maku [Internet]. *Elderly Health Journal.* 2016;2(2):73-7 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-67-en.html>
38. Barbosa LM, Noronha K, Spyrides MHC, Araújo CADD. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Rev Bras Estud Popul.* 2017;34(2):391-414. <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>.
39. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: *Anais do Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Humano: uma agenda para o fim do século; 1996 julho 1-3; Brasília (DF).* Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social.
40. Dias MJS, Serra J. Mulher, velhice e solidão: uma tríade contemporânea? *Serv Soc Saúde.* 2018;17(1):9-30. <https://10.20396/sss.v17i1.8655190>.
41. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2010 [citado em 2019 Ago 15]. p. 68-92. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_cuidados.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf)
42. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizador. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros* [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2004 [citado em 2019 Ago 15]. p. 137-68. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)
43. Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2008 [citado em 2019 Ago 15]. (Coleção Previdência Social; 28). Disponível em: [http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3\\_081208-173354-810.pdf](http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf)
44. Carvalho MILB. Modelos de política de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus [Internet]. *Rev Kairós Gerontologia.* 2009;12(2):119-33 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/viewFile/4418/2990>
45. Rocha AS. Custos com benefícios para o financiamento com cuidados de longa duração para idosos com dependência: estimativas e projeções para o Brasil [tese] Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Demografia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9VTFQZ>

46. Christophe M, Camarano AA. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010 [citado em 2019 Ago 15]. p. 145-62. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_cuidados.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf)
47. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit.* 2013;26(4):820-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>.
48. Pinto SPLC, Simson ORMV. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):169-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100018>.
49. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):232-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>.
50. Ribeiro RN. Cuidador de idoso: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas [tese] São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2015 [citado em 2019 Ago 15]. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP\\_83bbeff7e6d371dc495db1d67240ffcc](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_83bbeff7e6d371dc495db1d67240ffcc)
51. Groisman D. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: Morosini VGC, Lopes MCR, Chagas DC, Chinelli F, Vieira M, organizadores. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS* [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 391-419. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13867>
52. Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomini KC. Política nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara G, Camarano AA, organizadores. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões* [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2016 [citado em 2019 Ago 15]. p. 457-478. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9135/1/Pol%C3%ADtica%20nacional%20do%20idoso.pdf>