

## Fatores associados à piora da autoavaliação da saúde das brasileiras que residiam com idosos dependentes durante a primeira onda da COVID-19

Factors associated with worsening in the self-rated health status of Brazilian women who lived with dependent elderly people during the first wave of COVID-19

Dalia Elena Romero (<https://orcid.org/0000-0002-2643-9797>)<sup>1</sup>  
 Leo Maia (<https://orcid.org/0000-0003-1531-0880>)<sup>1</sup>  
 Jessica Muzy (<https://orcid.org/0000-0003-2526-2317>)<sup>1</sup>  
 Nathália Andrade (<https://orcid.org/0000-0003-1364-8642>)<sup>1</sup>  
 Paulo Roberto Borges de Souza Junior (<https://orcid.org/0000-0002-8142-4790>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The objective is to analyze the factors associated with the worsening of the self-rated health (SRH) of Brazilian women who live with elderly people with functional dependence (EFD) during the first wave of COVID-19. ConVid - Behavior Research was used as a data source. For the analysis, the group of women who lived with EFD was compared with those who lived with the elderly without any dependence. Hierarchical prevalence ratio (PR) models were estimated to test the associations between sociodemographic characteristics, changes in income, routine activities and health in the pandemic, with the outcome of worsening SRH. This worsening was more frequent in the group of women living with EFD. After adjusting for hierarchical factors, being black (PR=0.76; 95%CI 0.60-0.96) and having a per capita income lower than minimum wage (PR=0.78; 95%CI 0.64- 0.96) were shown to be protective factors for SRH worsening among EFD co-residents. Indisposition, emergence/worsening of back problems, affected sleep, poor SRH, feeling loneliness and difficulty in carrying out routine activities during the pandemic were positively associated factors. The study demonstrates that living with EFD was associated with a worsening in the health status of Brazilian women during the pandemic, especially among those of higher social status.*

**Key words** Caregivers, Frail Elderly, COVID-19

**Resumo** *O objetivo do artigo é analisar os fatores associados à piora da autoavaliação da saúde (AAS) de brasileiras que residiam com idosos com dependência funcional (IDF) durante a primeira onda da pandemia de COVID-19. Utilizou-se a ConVid - Pesquisa de Comportamentos como fonte de dados. Para a análise comparou-se o grupo de mulheres que moravam com IDF com aquelas que moravam com idosos sem dependência. Estimou-se modelos hierárquicos de razão de prevalência (RP) para testar as associações entre as características sociodemográficas, mudanças na renda, atividades de rotina e saúde na pandemia, tendo como desfecho a piora da AAS. A piora da AAS foi mais frequente no grupo de mulheres que moravam com IDF. Após o ajuste dos fatores hierárquicos, ser negra (RP=0,76; IC95% 0,60-0,96) e ter renda per capita menor que um salário-mínimo (RP=0,78; IC95% 0,64-0,96) foram fatores inversamente associados à piora da AAS entre corresidentes de IDF. O estado de ânimo ruim, o surgimento/piora de problema de coluna, o sono afetado, a AAS ruim, o sentimento de solidão e a dificuldade na realização de atividades rotineiras durante a pandemia foram fatores positivamente associados. O estudo demonstra que morar com IDF esteve associado à piora da saúde das brasileiras na pandemia, especialmente entre aquelas em posição de maior status social.*

**Palavras-chave** Cuidadores, Idoso Fragilizado, COVID-19

<sup>1</sup> Laboratório de Informação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Brasil 4.365, Pavilhão Haity Moussatché, Manguinhos. Rio de Janeiro RJ Brasil. [dalia.fiocruz@gmail.com](mailto:dalia.fiocruz@gmail.com)

## Introdução

A pandemia de COVID-19 representa para as pessoas idosas uma ameaça à sobrevivência<sup>1</sup> e à qualidade de vida<sup>2</sup>. Aqueles que por múltiplas causas vivem com a força, resistência e função fisiológica reduzidas, em situação de fragilidade, estão expostos a um risco ainda maior de desenvolver formas graves da doença<sup>3</sup>. A proximidade física como fator de contágio<sup>4</sup> e a rápida disseminação do vírus exigiram que os cuidados prestados à população de idosos fragilizados fossem intensificados<sup>5</sup>, especialmente na primeira onda da pandemia, quando o conhecimento limitado da doença requeria maior cautela<sup>6</sup>.

As orientações de organizações internacionais de saúde para reduzir o contato físico entre as pessoas implicou desafios para os familiares que residem com pessoas idosas que dependem de cuidados, como: i) o receio de contagiar o ente familiar de maior vulnerabilidade<sup>7</sup>; ii) a perda de apoio de ajudantes externos ao lar<sup>8,9</sup>; iii) a dificuldade de acesso à bens essenciais, derivada da adoção do isolamento no domicílio<sup>10</sup> e da falta de recursos materiais em um cenário de crise econômica<sup>11</sup>; iv) o aumento dos conflitos familiares<sup>12</sup>; v) o declínio cognitivo<sup>13</sup> e a piora da funcionalidade<sup>14</sup> da pessoa idosa, devido ao isolamento social e aos demais estressores supracitados.

Desde antes da pandemia, o cuidado de pessoas idosas que requerem ajuda para a realização de atividades da vida cotidiana (dependentes funcionais<sup>15</sup>) constituía preocupação no campo da saúde pública<sup>16,17</sup>. Isso ocorre porque, no geral, o cuidar demanda quantidade significativa de tempo, dedicação e recursos dos prestadores de cuidados<sup>18</sup>. No âmbito familiar, aqueles que residem com um parente ou amigo dependente, com frequência se preocupam com a possibilidade de emergências médicas, realizam demasiado esforço físico com atividades relacionadas ao cuidado, têm o sono e as finanças afetadas e estão expostos a diversos outros fatores que afetam a qualidade de vida<sup>19,20</sup>.

Tem-se evidências da pior Autoavaliação da Saúde (AAS) de cuidadores familiares de idosos com dependência funcional (IDF)<sup>21,22</sup> e também, com menor frequência, do efeito na saúde de familiares que residem com IDF, independentemente de ser o cuidador principal<sup>23</sup>. A AAS, embora não possa ser utilizada para avaliações de saúde à nível clínico, possui a capacidade de medir simultaneamente aspectos físicos, sociais e mentais da saúde<sup>24</sup>. Em decorrência disso, tem sido reconhecida como preditora da mortalida-

de<sup>25</sup>, morbidade<sup>26</sup>, problemas futuros de saúde<sup>25</sup> e da qualidade de vida<sup>27</sup>.

A exposição aos efeitos negativos relacionados ao cuidado de familiares de IDF se dá de forma desigual entre grupos econômicos e sociais<sup>16,28-31</sup>. Há evidências de que pessoas de menores estratos de renda<sup>28</sup> e pessoas negras<sup>31</sup> estejam mais suscetíveis à tais efeitos. No entanto, a desigualdade mais referenciada no cuidado familiar diz respeito ao gênero, uma vez que as responsabilidades do cuidar recaem com maior peso sobre as mulheres<sup>16,28-30</sup>. No Brasil, cerca de 72,1% dos IDF tem como principal cuidadora uma familiar mulher, segundo pesquisa baseada no Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), realizado entre 2015 e 2016<sup>16</sup>. Tais desigualdades se devem à conformação histórica da cultura do cuidado que, permeada de relações fortemente hierárquicas, tornou-se invisibilizada e subvalorizada<sup>31,32</sup>.

A presença de um suporte social adequado é capaz de mitigar a carga e os efeitos negativos do cuidar em familiares que convivem com IDF<sup>33</sup>, especialmente em situações de emergências humanitárias, como numa pandemia<sup>8</sup>. No entanto, a carência de redes de suporte social para o cuidado é uma característica marcante do Brasil<sup>34</sup>, ainda que a Constituição Federal disponha que o cuidado da pessoa idosa é responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado (Artigo 230). Giacomini *et al.*<sup>16</sup> demonstram, por meio dos resultados da ELSI-Brasil (2015-2016), que 94% dos IDF no país são cuidados por um familiar.

Evidências da intensificação da carga do cuidado entre familiares que residem com IDF durante a pandemia no Brasil foram mostradas por estudo de Romero *et al.*<sup>9</sup>. Entretanto, ainda são escassas pesquisas que analisem a qualidade de vida e saúde das mulheres familiares de IDF no contexto da pandemia, tendo em vista que elas ainda são as principais responsáveis pelo cuidado no âmbito domiciliar<sup>16</sup>.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo analisar a piora na autoavaliação da saúde de mulheres que residem com IDF durante a primeira onda da pandemia de COVID-19, considerando as características sociodemográficas e as mudanças contextuais associadas.

## Metodologia

### Fonte de dados e amostra

A ConVid - Pesquisa de Comportamentos é um inquérito de saúde de corte-transversal re-

alizado em âmbito nacional durante a primeira etapa da pandemia, entre 24 de abril e 24 de maio de 2020, sob coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. A forma de coleta do inquérito foi através de questionário virtual de autopreenchimento através de celular ou computador com acesso à internet. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 19 de abril de 2020, parecer nº 3.980.277. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram ter 18 anos ou mais no momento do preenchimento e residir no território brasileiro. Foram realizados procedimentos de pós-estratificação para obter uma amostra representativa da população. A amostragem foi realizada pelo método “bola de neve virtual” atingindo ao final 45.161 pessoas. Maiores detalhes encontram-se disponíveis na publicação sobre a metodologia<sup>35</sup>.

Para o presente estudo foram utilizados três critérios de inclusão: ser do sexo feminino, residir com pelo menos uma pessoa idosa e morar em domicílios com pelo menos duas pessoas. Com esse último critério pretendeu-se excluir os casos de idosos que moravam sozinhos. Ao final, 7.914 participantes foram selecionadas.

### Variáveis

Como estratégia de análise comparou-se o grupo de mulheres que moravam com IDF com o de mulheres que moravam com idosos com independência funcional (IIF). A identificação de residentes com pessoas idosas foi obtida a partir da pergunta: “Quantos moradores são idosos (60 anos ou mais de idade)?”. A identificação de residentes com IDF foi obtida a partir da resposta positiva à pergunta: “Algum dos moradores idosos do domicílio precisa de ajuda para realizar as atividades de vida diária, tais como comer, se vestir, ir ao banheiro, se locomover em casa, tomar banho?” (sim ou não). As demais foram consideradas corresidentes de IIF.

O desfecho do estudo foi a piora da AAS durante a pandemia de COVID-19, obtido a partir da pergunta: “Você acha que a pandemia causou mudanças na sua saúde?” (melhorou; permaneceu o mesmo; piorou um pouco; piorou muito). As opções de resposta “piorou um pouco” e “piorou muito” foram consideradas para o desfecho. A piora da AAS foi utilizada como um indicador *proxy* das mudanças no estado de saúde e na qualidade de vida das entrevistadas.

As variáveis incluídas para análise dos fatores associados ao desfecho foram divididas em três grupos: (1) sociodemográficas, (2) mudanças so-

cioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia, e (3) efeito da pandemia na saúde.

(1) *Variáveis sociodemográficas*: A raça/cor foi categorizada em branca ou negra, essa última composta por quem declarou ser preto ou pardo. Pessoas que responderam a opção amarelo ou indígena corresponderam a 1% da amostra e não foram consideradas para a análise dessa variável. A idade foi categorizada em dois grupos, sendo eles os menores de 60 anos e os com 60 anos ou mais. A renda per capita domiciliar em salários mínimos (SM) foi obtida a partir da questão: “Antes do início da pandemia do novo coronavírus, qual era a renda total do domicílio?”. A resposta à essa pergunta foi dividida pelo total de membros do domicílio e classificada nas faixas: “menos de 1 SM” e “1 ou mais SM”. A variável densidade domiciliar foi definida a partir da pergunta: “No seu domicílio, qual é o número de moradores?”, sendo agrupada nas categorias “mora com uma pessoa” ou “mora com duas pessoas ou mais”.

(2) *Variáveis de mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia*: A mudança no grau de dificuldade na realização das atividades de rotina foi obtida através da pergunta: “No período da pandemia, que grau de dificuldade você teve para realizar as atividades de rotina?”, categorizada em “muita dificuldade” (muito) e “não muita” (nenhum, um pouco e moderado). O impacto da pandemia na renda foi obtido a partir da pergunta: “Como a pandemia afetou a renda da família?”, que foi categorizada em “muito afetada” (diminuiu muito) ou “não muito afetada” (não diminuiu ou diminuiu pouco). As mudanças no trabalho doméstico foram obtidas a partir da pergunta: “A pandemia afetou/modificou a quantidade e tipo do seu trabalho doméstico?”, categorizada em “não aumentou muito” (persistiu igual, diminuiu e aumentou) e “aumentou muito” (aumentou).

(3) *Variáveis sobre os efeitos da pandemia na saúde*: O estado de ânimo ruim foi obtido a partir da combinação de duas perguntas, sendo elas: “No período da pandemia, com que frequência você se sentiu triste ou deprimido(a)?” e “No período da pandemia, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?”. Aqueles que responderam “muitas vezes” ou “sempre” a pelo menos uma das perguntas foram categorizados em “muitas vezes/sempre” e aqueles que responderam “nunca” ou “poucas vezes” a ambas foram categorizados em “pouco ou nunca”. O sentimento de solidão foi obtido a partir da pergunta: “No período da pandemia, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?”.

categorizada em “nunca ou poucas vezes” (nunca ou poucas vezes) e “muitas vezes/sempre” (muitas vezes ou sempre). O impacto da pandemia no sono foi obtido a partir da pergunta: “A pandemia afetou a qualidade do seu sono?”, categorizada em “não afetou” (não afetou, continuo dormindo bem ou continuei tendo os mesmos problemas de sono) e em “piorou na pandemia” (comecei a ter problemas de sono ou eu já tinha problemas de sono e eles pioraram bastante). Para avaliar o estado geral de saúde foi utilizada a pergunta: “No geral, como você avalia sua saúde?”, categorizada em “excelente ou boa” (excelente ou boa) e “regular à péssima” (moderada, ruim ou péssima). O surgimento ou piora do problema na coluna foi obtido a partir das questões “Durante a pandemia, com as mudanças nas suas atividades habituais, você passou a ter alguma dor nas costas ou na coluna?”, categorizada em “não” (não) e “sim” (sim, um pouco ou sim, bastante) e “Durante a pandemia, as mudanças nas suas atividades habituais afetaram a dor de coluna?”, categorizada em “piorou” (aumentou um pouco ou aumentou muito) e “não piorou” (permaneceu igual ou diminuiu).

### Análise

Estimou-se a proporção de mulheres que moravam com IDF e com IIF e a distribuição percentual desses grupos, segundo as variáveis sociodemográficas, de mudanças socioeconômicas, mudanças nas atividades de rotina na pandemia e de efeitos da pandemia na saúde (Tabela 1). A Tabela 2 apresenta a prevalência da piora da AAS entre mulheres que moravam com IDF e com IIF, segundo as mesmas variáveis da Tabela 1. Para todas as estimativas foram calculados os intervalos de confiança de 95% e o teste de independência entre linhas e colunas (qui-quadrado de Pearson).

Para analisar os fatores associados à piora na AAS na pandemia, estimou-se a razão da prevalência (RP) bivariada bruta do relato de piora na AAS, segundo mulheres que moravam com IDF ou não (IIF), controladas por idade (Tabela 3).

Em seguida, calculou-se modelos hierárquicos de RP em três estágios para mulheres que moravam com IDF (Tabela 4) e com IIF (Tabela 5). No primeiro estágio foram contempladas variáveis sociodemográficas, no segundo estágio, variáveis de mudanças socioeconômicas e das atividades de rotina na pandemia e, no terceiro estágio, variáveis de efeito da pandemia na saúde.

Os modelos foram realizados a partir da regressão de Poisson com variância robusta, utili-

zando o intervalo de confiança a 95% e nível de significância de 5% (ou 0,05). A utilização de variáveis no modelo de três estágios que não foram significativas no modelo bivariado foi feita para identificar a variação da relação dessas variáveis com o desfecho e com os fatores intrínsecos à pandemia.

As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS 21, considerando o peso amostral obtido para calibração da amostra.

### Resultados

Entre o total de mulheres adultas que moravam com idosos, 9,3% (IC95% 8,7-9,9) moravam com IDF. A maioria das que moravam com IDF tinham menos de 60 anos (66,2%; IC95% 62,8-69,6) e recebiam menos de um SM (59,2%; IC95% 55,4-63,0). Mais de 80% delas viviam com duas ou mais pessoas no domicílio (81,4%; IC95% 78,6-84,2) (Tabela 1).

Com a chegada da pandemia, aproximadamente 22% das mulheres que moravam com IDF sentiram muita dificuldade para realizar atividades de rotina (21,9%; IC95% 18,9-24,9). Entre quem morava com idosos independentes a proporção foi ligeiramente inferior (18,3%; IC95% 17,4-19,2). Um terço das mulheres que moravam com IDF teve a renda muito afetada na pandemia (34,0%; IC95% 30,6-37,4), valor superior ao das mulheres que moravam com IIF (27,0%; IC95% 26,0-28,0).

O estado de ânimo constantemente ruim teve maior proporção entre mulheres que viviam com IDF (67,8%; IC95% 64,4-71,2) em relação às que viviam com IIF (59,1%; IC95% 58,0-60,2). O sentimento de solidão foi semelhante entre os grupos de mulheres analisados. A piora no sono atingiu mais as mulheres que moravam com IDF (58,7%; IC95% 55,1-62,3) do que as que residiam com IIF (46,2%; IC95% 45,0-47,4).

O aumento acentuado do trabalho doméstico (79,0%; IC95% 76,0-82,0) também foi mais frequente entre mulheres que moravam com IDF, em relação às que não moravam (65,8%; IC95% 64,7-66,9). Da mesma forma, a proporção de mulheres com AAS regular à péssima foi superior entre quem morava com IDF (45,9%; IC95% 42,3-49,5), em relação a quem não morava (IIF) (29,7%; IC95% 28,6-30,8). O problema de coluna passou piorou ou passou a afetar 67,1% das mulheres que moravam com IDF (IC95% 63,7-70,5) e 49,7% das que moravam com IIF (IC95% 48,5-50,9) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Proporção de mulheres que moram com IDF e com IIF, e distribuição percentual segundo variáveis sociodemográficas e de mudanças contextuais com a pandemia. Brasil, 2020.

Variáveis	Mora com IDF		Mora com IIF		n	Total		P-valor
	%	IC95%	%	IC95%		%	IC95%	
Total	9,3	8,7-9,9	90,7	90,1-91,3	7.842	100	-	-
<b>Sociodemográficas</b>								
Idade								
Menos de 60 anos	66,2	62,8-69,6	49,2	48,0-50,4	3.979	50,7	49,6-51,8	<0,001
60 anos ou mais	33,8	30,4-37,2	50,8	49,6-52,0	3.863	49,3	48,2-50,4	
Raça/cor								
Negra	50,7	47,1-54,3	48,7	47,5-49,9	3.799	48,9	47,8-50,0	0,001
Branca	49,3	45,7-52,9	51,3	50,1-52,5	3.973	51,1	50,0-52,2	
Renda per capita em Salário Mínimo (SM)								
Menos de 1 SM	59,2	55,4-63,0	50,2	49,0-51,4	3.679	51,0	49,8-52,2	0,002
1 ou mais SM	40,8	37,0-44,6	49,8	48,6-51,0	3.538	49,0	47,8-50,2	
Densidade domiciliar								
Mora com duas pessoas ou mais	81,4	78,6-84,2	60,8	59,7-61,9	4.918	62,7	61,6-63,8	0,195
Mora com uma pessoa	18,6	15,8-21,4	39,2	38,1-40,3	2.924	37,3	36,2-38,4	
<b>Mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia</b>								
Grau de dificuldade para realizar as atividades de rotina na pandemia								
Muita dificuldade	21,9	18,9-24,9	18,3	17,4-19,2	1.454	18,6	17,7-19,5	<0,001
Não muita	78,1	75,1-81,1	81,7	80,8-82,6	6.364	81,4	80,5-82,3	
Impacto na renda durante a pandemia								
Muito afetada	34,0	30,6-37,4	27,0	26,0-28,0	2.171	27,7	26,7-28,7	0,018
Não muito afetada	66,0	62,6-69,4	73,0	72,0-74,0	5.671	72,3	71,3-73,3	
Impacto da pandemia no trabalho doméstico								
Aumentou muito	79,0	76,0-82,0	65,8	64,7-66,9	5.221	67,0	66,0-68,0	<0,001
Não aumentou muito	21,0	18,0-24,0	34,2	33,1-35,3	2.572	33,0	32,0-34,0	
<b>Efeitos da pandemia na saúde</b>								
Estado de ânimo ruim								
Muitas vezes/Sempre	67,8	64,4-71,2	59,1	58,0-60,2	4.697	59,9	58,8-61,0	<0,001
Nunca ou poucas vezes	32,2	28,8-35,6	40,9	39,8-42,0	3.145	40,1	39,0-41,2	
Se sentiu isolado durante a pandemia								
Muitas vezes/Sempre	44,5	40,9-48,1	41,3	40,2-42,4	3.260	41,6	40,5-42,7	<0,001
Pouco ou nunca	55,5	51,9-59,1	58,7	57,6-59,8	4.583	58,4	57,3-59,5	
Impacto da pandemia no sono								
Piorou na pandemia	58,7	55,1-62,3	46,2	45,0-47,4	3.701	47,4	46,3-48,5	<0,001
Não afetou	41,3	37,7-44,9	53,8	52,6-55,0	4.114	52,6	51,5-53,7	
Como avalia a sua saúde								
Regular à péssima	45,9	42,3-49,5	29,7	28,6-30,8	4.559	31,2	30,3-32,1	<0,001
Excelente ou boa	54,1	50,5-57,7	70,3	69,2-71,4	5.393	68,8	67,9-69,7	
Passou a ter problema de coluna ou teve piora em problema preexistente								
Sim	67,1	63,7-70,5	49,7	48,5-50,9	4.023	51,3	50,2-52,4	<0,001
Não	32,9	29,5-36,3	50,3	49,1-51,5	3.816	48,7	47,6-49,8	

Fonte: ConVid - Pesquisa de Comportamentos, 2020.

**Tabela 2.** Prevalência do relato de piora da AAS em decorrência da pandemia entre mulheres que moram com IDF ou com IIF, segundo variáveis sociodemográficas e de mudanças contextuais com a pandemia. Brasil, 2020.

Variáveis	Mora com IDF				Mora com IIF			
	n	Prevalência	IC95%	P-valor	n	Prevalência	IC95%	P-valor
Total	293	40,3	36,7-43,9	-	2.105	29,6	28,5-30,7	-
<b>Sociodemográficas</b>								
<b>Idade</b>								
Menos de 60 anos	209	43,5	39,1-48,0	0,015	1.304	37,3	35,7-39,0	<0,001
60 ou mais	84	34,1	28,2-40,0		801	22,2	20,8-23,5	
<b>Raça/cor</b>								
Negra	160	43,7	38,7-48,8	0,065	1.181	34,5	32,9-36,1	<0,001
Branca	132	37,0	31,9-42,0		901	24,9	23,5-26,3	
<b>Renda per capita em salário-mínimo (SM)</b>								
Menos de 1 SM	153	40,7	35,7-45,7	0,109	1.107	33,5	31,9-35,1	<0,001
1 ou mais SM	89	34,5	28,7-40,3		809	24,7	23,2-26,2	
<b>Densidade domiciliar</b>								
Mora com duas pessoas ou mais	237	40,0	36,1-44,0	0,768	1.346	31,1	29,8-32,5	0,001
Mora com uma pessoa	56	41,7	33,4-50,0		760	27,3	25,6-29,0	
<b>Mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia</b>								
<b>Grau de dificuldade para realizar as atividades de rotina na pandemia</b>								
Muita dificuldade	110	69,7	62,5-76,8	<0,001	638	49,2	46,5-52,0	<0,001
Não muita	182	32,2	28,4-36,1		1.451	25,1	24,0-26,2	
<b>Impacto na renda durante a pandemia</b>								
Muito afetada	161	65,2	59,3-71,2	<0,001	676	35,3	33,1-37,4	<0,001
Não muito afetada	132	27,5	23,5-31,5		1.430	27,5	26,3-28,8	
<b>Impacto da pandemia no trabalho doméstico</b>								
Aumentou muito	255	44,4	40,4-48,5	<0,001	1.559	33,6	32,2-34,9	<0,001
Não aumentou muito	38	24,9	18,0-31,7		521	21,5	19,9-23,2	
<b>Efeitos da pandemia na saúde</b>								
<b>Estado de ânimo ruim</b>								
Muitas vezes/Sempre	238	48,3	43,9-52,8	<0,001	1.767	42,1	40,6-43,5	<0,001
Pouco ou nunca	55	23,5	18,0-28,9		338	11,7	10,5-12,8	
<b>Se sentiu isolado durante a pandemia</b>								
Muitas vezes/Sempre	141	43,6	38,2-49,0	0,105	1.044	35,7	33,9-37,4	<0,001
Nunca ou poucas vezes	152	37,7	33,0-42,5		1.061	25,4	24,1-26,7	
<b>Impacto da pandemia no sono</b>								
Piorou na pandemia	246	57,9	53,2-62,6	<0,001	1.441	44,1	42,4-45,8	<0,001
Não afetou	47	15,7	11,6-19,8		648	17,0	15,8-18,2	
<b>Como avalia a sua saúde</b>								
Regular à péssima	201	60,4	55,1-65,7	<0,001	1.164	55,1	53,0-57,2	<0,001
Excelente ou boa	92	23,3	19,1-27,5		941	18,9	17,8-19,9	
<b>Problema de coluna</b>								
Passou a ter ou agravou	263	54,0	49,5-58,4	<0,001	1.439	40,7	39,1-42,3	<0,001
Não passou a ter, nem agravou	30	12,5	8,3-16,7		666	18,7	17,4-19,9	

Fonte: ConVid - Pesquisa de Comportamentos, 2020.

**Tabela 3.** Razão de prevalência bivariada do relato de piora da AAS em decorrência da pandemia, entre mulheres que moram com IDF ou com IIF, segundo variáveis sociodemográficas e de mudanças contextuais e de saúde com a pandemia. Brasil, 2020.

Variáveis	Mora com IDF			Mora com IIF		
	RP	IC95%	P-valor	RP	IC95%	P-valor
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade						
Menos de 60 anos	1,28	0,92-1,73	0,021	1,67	1,06-1,40	<0,001
60 ou mais	1	-		1	-	
Raça/cor						
Negra	1,07	0,89-1,28	0,492	1,31	1,21-1,41	<0,001
Branca	1	-		1	-	
Renda per capita em Salário Mínimo (SM)						
Menos de 1 SM	1,01	0,80-1,28	0,911	1,2	1,10-1,30	<0,001
1 ou mais SM	1	-		1	-	
Densidade domiciliar						
Mora com duas pessoas ou mais	0,77	0,59-1,0	0,054	0,82	0,76-0,89	<0,001
Mora com uma pessoa	1	-		1	-	
<b>Mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia</b>						
Grau de dificuldade para realizar as atividades de rotina na pandemia						
Muita dificuldade	2,12	1,80-2,51	0,054	1,78	1,65-1,92	<0,001
Não muita	1	-		1	-	
Impacto na renda durante a pandemia						
Muito afetada	2,43	2,02-2,92	<0,001	1,28	1,18-1,38	<0,001
Não muito afetada	1	-		1	-	
Impacto da pandemia no trabalho doméstico						
Aumentou muito	1,65	1,22-2,22	0,001	1,5	1,37-1,64	<0,001
Não aumentou muito	1	-		1	-	
<b>Efeitos da pandemia na saúde</b>						
Estado de ânimo ruim						
Muitas vezes/Sempre	1,90	1,46-2,46	<0,001	3,22	2,85-3,64	<0,001
Nunca ou poucas vezes	1	-		1	-	
Se sentiu isolado durante a pandemia						
Muitas vezes/Sempre	1,13	0,94-1,36	0,184	1,36	1,26-1,47	<0,001
Pouco ou nunca	1	-		1	-	
Impacto da pandemia no sono						
Piorou na pandemia	2,34	2,14-2,56	<0,001	3,59	2,67-4,82	<0,001
Não afetou	1	-		1	-	
Como avalia a sua saúde						
Regular à péssima	2,82	2,28-3,50	<0,001	3,24	3,01-3,49	<0,001
Excelente ou boa	1	-		1	-	
Problema de coluna						
Passou a ter ou agravou	4,92	3,32-7,29	<0,001	2,01	1,85-2,19	<0,001
Não passou a ter, nem agravou	1	-		1	-	

Fonte: ConVid - Pesquisa de Comportamentos, 2020.

A prevalência da piora na AAS entre mulheres que moravam IDF ou IIF, segundo características sociodemográficas e de mudanças contextuais devido à pandemia, foi apresentada na Tabela 2. En-

tre as que moravam com IDF, 40,3% (IC95% 36,7-43,9) tiveram piora da percepção de sua saúde com a pandemia, já entre as que moravam com IIF, esse percentual foi de 29,6% (IC95% 28,5-30,7).

**Tabela 4.** Razão de prevalência multivariada do relato de piora da AAS em decorrência da pandemia, entre mulheres que moram com IDF, segundo variáveis sociodemográficas e de mudanças contextuais e de saúde com a pandemia. Brasil, 2020.

Variáveis	Sociodemográficas			Mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia			Efeitos da pandemia na saúde		
	RP	IC95%	P-valor	RP	IC95%	P-valor	RP	IC95%	P-valor
Idade									
Menos de 60 anos	1,22	0,94-1,60	0,141	0,95	0,73-1,25	0,735	0,97	0,74-1,28	0,837
60 ou mais	1	-		1	-		1	-	
Raça/cor									
Negra	0,81	0,65-1,00	0,055	0,8	0,65-0,98	0,028	0,76	0,60-0,96	0,019
Branca	1	-		1	-		1	-	
Renda per capita em Salário Mínimo (SM)									
Menos de 1 SM	1,17	0,91-1,52	0,222	0,96	0,75-1,23	0,730	0,78	0,64-0,96	0,018
1 ou mais SM	1	-		1	-		1	-	
Densidade domiciliar									
Mora com duas pessoas ou mais	1,02	0,75-1,38	0,904	1,00	0,72-1,39	0,986	0,77	0,56-1,07	0,123
Mora com uma pessoa	1	-		1	-		1	-	
Dificuldade para realizar atividades de rotina na pandemia									
Muita dificuldade	-	-	-	2,37	1,90-2,95	<0,001	1,49	1,23-1,82	<0,001
Não muita	-	-	-	1	-		1	-	
Impacto na renda durante a pandemia									
Muito afetada	-	-	-	1,49	1,18-1,88	0,001	1,20	0,99-1,46	0,057
Não muito afetada	-	-	-	1	-		1	-	
Impacto da pandemia no trabalho doméstico									
Aumentou muito	-	-	-	1,20	0,92-1,56	0,173	0,77	0,60-0,98	0,032
Não aumentou muito	-	-	-	1	-		1	-	
Estado de ânimo ruim									
Muitas vezes/Sempre	-	-	-	-	-	-	2,91	1,64-5,14	0,001
Nunca ou poucas vezes	-	-	-	-	-	-	1	-	
Se sentiu isolado durante a pandemia									
Muitas vezes/Sempre	-	-	-	-	-	-	1,33	1,10-1,61	0,003
Nunca ou poucas vezes	-	-	-	-	-	-	1	-	
Impacto da pandemia no sono									
Piorou na pandemia	-	-	-	-	-	-	1,73	1,32-2,27	<0,001
Não afetou	-	-	-	-	-	-	1	-	
Como avalia a sua saúde									
Regular à péssima	-	-	-	-	-	-	1,71	1,39-2,11	<0,001
Excelente ou boa	-	-	-	-	-	-	1	-	
Problema de coluna									
Passou a ter ou agravou	-	-	-	-	-	-	1,95	1,24-3,06	0,004
Não passou a ter, nem agravou	-	-	-	-	-	-	1	-	

Fonte: ConVid - Pesquisa de Comportamentos, 2020.



**Tabela 5.** Razão de prevalência multivariada do relato de piora da AAS em decorrência da pandemia, entre mulheres que moram com IIF, segundo variáveis sociodemográficas e de mudanças contextuais com a pandemia. Brasil, 2020.

Variáveis	Sociodemográficas			Mudanças socioeconômicas e nas atividades de rotina na pandemia			Efeitos da pandemia na saúde		
	RP	IC95%	P-valor	RP	IC95%	P-valor	RP	IC95%	P-valor
Idade									
Menos de 60 anos	1,83	1,67-2,00	<0,001	1,6	1,46-1,76	<0,001	1,38	1,28-1,50	<0,001
60 ou mais	1	-		1	-		1	-	
Raça/cor									
Negra	1,37	1,26-1,49	<0,001	1,31	1,21-1,43	<0,001	1,16	1,07-1,25	<0,001
Branca	1	-		1	-		1	-	
Renda per capita em Salário Mínimo (SM)									
Menos de 1 SM	1,23	1,13-1,35	<0,001	1,19	1,09-1,30	<0,001	1,00	0,92-1,08	0,963
1 ou mais SM	1	-		1	-		1	-	
Densidade domiciliar									
Mora com duas pessoas ou mais	1,31	1,20-1,43	<0,001	1,30	1,19-1,42	<0,001	1,13	1,05-1,23	0,002
Mora com uma pessoa	1	-		1	-		1	-	
Dificuldade para realizar atividades de rotina na pandemia									
Muita dificuldade	-	-	-	1,75	1,61-1,89	<0,001	1,03	0,95-1,11	0,513
Não muita	-	-	-	1	-		1	-	
Impacto na renda durante a pandemia									
Muito afetada	-	-	-	1,11	1,02-1,21	0,017	0,90	0,83-0,97	0,004
Não muito afetada	-	-	-	1	-		1	-	
Impacto da pandemia no trabalho doméstico									
Aumentou muito	-	-	-	1,42	1,29-1,57	<0,001	1,1	1,01-1,20	0,035
Não aumentou muito	-	-	-	1	-		1	-	
Estado de ânimo ruim									
Muitas vezes/Sempre	-	-	-	-	-	-	1,98	1,73-2,27	<0,001
Nunca ou poucas vezes	-	-	-	-	-	-	1	-	
Se sentiu isolado durante a pandemia									
Muitas vezes/Sempre	-	-	-	-	-	-	1,17	1,09-1,26	<0,001
Nunca ou poucas vezes	-	-	-	-	-	-	1	-	
Impacto da pandemia no sono									
Piorou na pandemia	-	-	-	-	-	-	1,67	1,51-1,85	<0,001
Não afetou	-	-	-	-	-	-	1	-	
Como avalia a sua saúde									
Regular à péssima	-	-	-	-	-	-	2,42	2,22-2,63	<0,001
Excelente ou boa	-	-	-	-	-	-	1	-	
Problema de coluna									
Passou a ter ou agravou	-	-	-	-	-	-	1,48	1,34-1,63	<0,001
Não passou a ter, nem agravou	-	-	-	-	-	-	1	-	

Fonte: ConVid - Pesquisa de Comportamentos, 2020.

Em geral, encontrou-se prevalências de piora da AAS mais altas no grupo de pessoas que moravam com IDF. A prevalência de piora na AAS entre mulheres que moravam com IDF foi mais alta entre quem teve muita dificuldade para realizar as atividades de rotina (69,7%; IC95% 52,3-82,8), renda muito afetada na pandemia (65,2%; IC95% 59,3-71,2), aumento do trabalho doméstico (44,4%; IC95% 40,4-48,5), estado de ânimo frequentemente ruim (48,3%; IC95% 43,9-52,8), piora no sono (57,9%; IC95% 53,2-62,6), AAS regular à péssima (60,4%; IC95% 55,1-65,7) e quem passou a ter ou agravou problema de coluna preexistente (54,0%; IC95% 49,5-58,4) (Tabela 2).

Entre as que moravam apenas com IIF, todas as variáveis apresentadas foram significativamente associadas à prevalência do relato de piora da AAS (Tabela 2).

Nota-se, a partir dos resultados apresentados no modelo de razão de prevalência bivariada (Tabela 3), que as características sociodemográficas foram associadas à piora da AAS na população de mulheres que residiam com idosos independentes (IIF), mas não se mostraram associadas entre mulheres que moravam com IDF. Entre aquelas que residiam com um IIF, ter menos de 60 anos (RP=1,67; IC95% 1,06-1,40), ser negra (RP=1,31; IC95% 1,21-1,41) e ter menos de um SM de renda per capita familiar (RP=1,20; IC95% 1,10-1,30) foram características associadas ao desfecho. Aquelas que residiam em domicílios com maior densidade tiveram sua saúde menos impactada (RP=0,82; IC95% 0,76-0,89).

O aumento da dificuldade para a realização de atividades cotidianas e prejuízos à renda e às condições de saúde na pandemia, estiveram fortemente associados à piora da AAS em ambos os grupos analisados, com exceção do sentimento de solidão, que não mostrou associação entre as mulheres corresidentes de IDF.

As variáveis mais associadas entre mulheres que residiam com IDF, em relação às que residiam com IIF, foram: o agravamento ou surgimento de problema de coluna (RP=4,92; IC95% 3,32-7,29 e RP=2,01; IC95% 1,85-2,19, respectivamente), a renda muito afetada (RP=2,43; IC95% 2,02-2,92 e RP=1,28; IC95% 1,18-1,38, respectivamente), a dificuldade na realização das atividades de rotina (RP=2,12; IC95% 1,80-2,51 e RP=1,78; IC95% 1,65-1,92, respectivamente) e o aumento do trabalho doméstico (RP=1,65; IC95% 1,22-2,22 e RP=1,50; IC95% 1,37-1,64, respectivamente).

Estiveram mais fortemente associadas entre aquelas que residiam com IIF, em relação às que residiam com IDF, as variáveis de estado de ânimo ruim, sono afetado e a AAS.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados do modelo hierárquico para o grupo de mulheres que residiam com IDF. Duas variáveis sociodemográficas que não apresentavam associação no primeiro estágio do modelo, passaram a apresentar associação quando consideradas as mudanças trazidas pela pandemia, sendo elas a raça/cor (a partir do segundo estágio) e a renda per capita domiciliar em SM (no último estágio). Ser negra (RP=0,76; IC95% 0,60-0,96) e ter menos de 1 SM de renda per capita (RP=0,78; IC95% 0,64-0,96) mostraram-se fatores inversamente associados à piora da AAS.

O aumento do trabalho doméstico na pandemia, que não havia demonstrado associação no estágio dois do modelo, apresentou associação no sentido inverso (RP=0,77; IC95% 0,60-0,98) quando controlado pelos efeitos da pandemia na saúde. Os fatores mais associados ao desfecho foram o estado de ânimo ruim (RP=2,91; IC95% 1,64-5,14), a piora ou surgimento de problema de coluna (RP=1,95; IC95% 1,24-3,06), o sono afetado (RP=1,73; IC95% 1,32-2,27) e a AAS (RP=1,71; IC95% 1,39-2,11). Sentir-se isolado, ter grande dificuldade de realização das atividades diárias e a renda muito afetada na pandemia apresentaram associações, embora sejam mais fracas (menor que 1,5). A idade e a densidade domiciliar não foram associadas ao desfecho.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados do modelo hierárquico para a população de mulheres que residiam com IIF. No primeiro e no segundo estágio do modelo, todas as variáveis mostraram-se associadas. Quando considerado os efeitos da pandemia na saúde (estágio três), a associação com a renda domiciliar per capita e com a dificuldade de realização de atividades de rotina perderam significância. Além disso, a renda muito afetada na pandemia inverteu o sentido da associação. Os fatores mais associados ao desfecho no último estágio do modelo foram a AAS (RP=2,42; IC95% 2,22-2,63), o estado de ânimo ruim (RP=1,98; IC95% 1,73-2,27) e o sono afetado (RP=1,67; IC95% 1,51-1,85). As demais variáveis apresentaram associações mais fracas (RP<1,5).

## Discussão

Analisar a qualidade de vida e saúde não apenas das cuidadoras principais, mas de todas as mulheres que residiam com IDF, é uma das contribuições deste artigo. No entanto, deve-se considerar que a seleção exclusiva de respondentes do sexo feminino torna central o papel do cuidado

na análise dos achados, haja vista que elas são as que majoritariamente assumem tais funções no espaço doméstico<sup>36</sup>. Os poucos estudos que analisaram os efeitos de residir com IDF evidenciaram uma alta prevalência de sintomas depressivos ou de ansiedade entre os corresidentes<sup>37,38</sup>. A desigualdade dessa associação foi demonstrada em estudo realizado na Índia, o qual relatou que mulheres, pobres, analfabetos, com emprego remunerado e cônjuges do IDF, estavam ainda mais suscetíveis a manifestar tais sintomas<sup>37</sup>.

Este estudo demonstrou que mulheres que viviam com IDF possuíam pior condição socioeconômica e que, com maior frequência, tiveram desdobramentos negativos no dia a dia, nas condições de saúde e na renda durante a pandemia, se comparadas àquelas que viviam com IIF. No que diz respeito aos resultados dos modelos hierárquicos, foi possível observar que as variáveis relacionadas aos efeitos da pandemia na saúde, à exceção do sentimento frequente de solidão, apresentaram as associações mais fortes com a piora da AAS entre os dois grupos.

Os fatores socioeconômicos associados à piora da AAS seguiram os padrões de desigualdade mais comumente relatados na literatura<sup>39</sup> entre aquelas que residiam com IIF. Mulheres negras e mais pobres mostraram-se mais vulneráveis ao deterioramento de sua saúde e qualidade de vida na pandemia, embora a associação com a renda tenha perdido significância quando considerados os efeitos da pandemia na saúde. Tais achados corroboram o estudo de Szwarcwald *et al.*<sup>40</sup>, realizado para a população brasileira adulta em geral.

Entre as mulheres que residiam com IDF a desigualdade socioeconômica na piora da AAS só foi identificada quando considerado os efeitos de fatores intrínsecos à pandemia. Controlando tais fatores, observou-se que mulheres brancas e de maior renda tiveram, mais frequentemente, a percepção de piora da sua saúde. Esse resultado, embora esteja fora do padrão esperado, é similar ao encontrado em estudo que avaliou o aumento da carga do cuidado de familiares de IDF residentes no Brasil, o qual demonstrou que os mais afetados na primeira onda da pandemia foram homens, de maior renda e brancos<sup>9</sup>.

Algumas hipóteses poderiam explicar o comportamento inusual dos fatores socioeconômicos associados à piora da AAS na população de mulheres que residiam com IDF durante a pandemia. No que diz respeito à raça/cor, deve-se considerar que a formação histórica da cultura do cuidado naturalizou o papel da mulher negra como cuidadora no ambiente doméstico<sup>41</sup>. A escravidão

e o racismo estrutural, condicionaram mulheres negras ao cuidado não apenas de suas próprias famílias, mas também ao de famílias brancas<sup>42</sup>. Desse modo, é razoável inferir que para as mulheres negras a “crise dos cuidados” não começou com a pandemia. Por sua vez, mulheres brancas, especialmente de maior renda, passaram a assumir mais responsabilidades do cuidado com a chegada da pandemia<sup>43</sup>.

A maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) entre as populações mais pobres<sup>44</sup> também pode ter impactado na manutenção da qualidade de vida em tempos de pandemia. A ESF, além de ser porta de entrada frequente para os casos de COVID-19, realizou, em alguns casos, ações sociais padronizadas no território para apoiar o distanciamento social de seus usuários, estabeleceu rotinas de entregas domiciliares de medicamentos e estratégias de comunicação equipe-território via internet e telefone para o acesso a informações, monitoramento de pessoas adoecidas e continuidade do cuidado. Além disso, manteve, ainda que parcialmente, serviços de rotina, como as visitas domiciliares<sup>45</sup>. Entretanto, deve-se considerar que a capacidade de atuação da ESF na pandemia foi comprometida pelo deterioramento que o modelo vem sofrendo desde a Política Nacional de Atenção Básica de 2017<sup>46</sup> e do novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde<sup>47</sup>.

Neste estudo, demonstrou-se que menores níveis de renda foram mais frequentes entre adultas que moravam com IDF se comparadas àquelas que residiam com IIF. A alta demanda de tempo, dinheiro e perda de oportunidades no mercado de trabalho<sup>28</sup> são explicações plausíveis para as desvantagens socioeconômicas da população analisada. Por outra parte, o maior impacto da pandemia na renda daquelas que residiam com IDF exacerbou as desvantagens desse grupo. Ainda que a variável de impacto da pandemia na renda não tenha se mostrado associado ao desfecho, sabe-se que a renda é preditora da qualidade de vida e saúde, seja por facilitar o acesso às necessidades materiais da vida, seja pela possibilidade de obtenção de uma nutrição e habitação adequadas<sup>48</sup>. A fragilização econômica de cuidadores familiares na pandemia também foi demonstrada em estudos internacionais<sup>11,49</sup>. Desse modo, mostra-se imprescindível a implementação de políticas que garantam uma segurança de renda para esta população, especialmente em emergências sanitárias<sup>49</sup>.

Não apenas a piora da AAS (no sentido da mudança), mas também a autopercepção geral

da saúde foi pior entre mulheres que residiam com IDF. Este achado está de acordo com a literatura, que atribui ao cansaço, ao estresse e à sobrecarga das pessoas cuidadoras, as causas da pior auto percepção da saúde<sup>50,51</sup>.

A piora na qualidade do sono foi uma característica associada à piora da AAS em ambos os grupos analisados, achados que condizem com estudo focado na população adulta brasileira no geral<sup>40</sup>. No entanto, a piora da qualidade do sono se mostrou mais prevalente entre as mulheres corresidentes de IDF, o que pode ser explicado pela sobrecarga no trabalho de cuidar<sup>9</sup> e pelo significativo deterioramento das condições socioeconômicas e de saúde nesse grupo.

O problema de coluna é uma das principais causas de perda de vida com qualidade<sup>52</sup> e está fortemente associado à auto percepção da saúde<sup>43</sup>, o que explica a forte associação com o desfecho, evidenciada em ambos os grupos. Todavia, a prevalência de surgimento/agravamento problema de coluna também foi maior entre mulheres corresidentes de IDF. Isso se deve, possivelmente, ao aumento na carga do trabalho de cuidar<sup>9</sup> e do trabalho doméstico. Estudos demonstraram que ambos os tipos de trabalho (doméstico<sup>53</sup> e de cuidado<sup>54</sup>) estão associados ao problema de coluna. Isso ocorre porque, no geral, são atividades que demandam longas jornadas de trabalho, sendo, muitas vezes, realizadas em posturas inadequadas e com movimentos repetitivos<sup>55</sup>.

O estado de ânimo ruim na pandemia foi a característica que apresentou maior associação

com a piora da AAS entre mulheres corresidentes de IDF, além de ser mais prevalente entre elas. Por ser uma medida subjetiva, a AAS é diretamente influenciada pelas condições emocionais dos indivíduos<sup>20,27</sup>. A sobrecarga do cuidado<sup>8,9</sup> e o medo de contagiar um ente familiar de maior vulnerabilidade<sup>7</sup> são possíveis explicações para o pior estado emocional daquelas que residiam com IDF.

Diante da situação observada, evidencia-se a necessidade de aprimoramento das políticas públicas que atuem no suporte aos familiares que residem IDF. Camarano<sup>34</sup> aponta uma série de políticas intersetoriais que poderiam apoiar o cuidado familiar de IDF, como: o apoio financeiro aos cuidadores; a inclusão dos cuidadores no sistema de seguridade social, devido ao impacto da morte do idoso na renda familiar; a qualificação para o cuidado; e o fornecimento de cuidador formal em frequência regular.

Limitações do estudo devem ser consideradas. A utilização de inquérito online pode ter enviesado a amostra, selecionando aqueles com melhores condições socioeconômicas, acesso à meios digitais e maiores níveis de escolaridade. No entanto, o grande número e a ponderação da amostra mitigaram tal limitação. Outra limitação é assumir que só um respondente de cada residência participou do inquérito. Não obstante, os resultados apresentados evidenciam que a análise foi suficientemente sensível para apontar as piores condições na qualidade de vida e saúde das mulheres que residiam com IDF durante a pandemia.

## Colaboradores

DE Romero participou da concepção, análise, interpretação, redação e revisão do manuscrito. L Maia participou da concepção, curadoria do banco de dados, análise, interpretação, redação e revisão do manuscrito. J Muzy participou da curadoria do banco de dados, análise, interpretação, redação e revisão do manuscrito. N Andrade participou da concepção, análise, interpretação, redação e revisão do manuscrito. PRB Souza Júnior participou da curadoria do banco de dados, análise, interpretação e revisão manuscrito.

## Referências

- Barbosa IR, Galvão MHR, Souza TA, Gomes SM, Medeiros AA, Lima KC. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(1):e200171.
- Romero DE, Muzy J, Damascena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, Malta DC, Barros MBA, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Gracie R, Pina MF, Lima MG, Machado ÍE, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRP. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):e00216620.
- Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P, Verduri A, Pearce L, Stechman M, Short R, Price A, Collins JT, Bruce E, Einarsson A, Rickard F, Mitchell E, Holloway M, Hesford J, Barlow-Pay F, Clini E, Myint PK, Moug SJ, McCarthy K; COPE Study Collaborators. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health* 2020; 5(8):e444-e451.
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, Ferreira A, Victor A, Teixeira C, Machado DB, Paixão E, Alves FJO, Pilecco F, Menezes G, Gabrielli L, Leite L, Almeida MCC, Ortelan N, Fernandes QHRE, Ortiz RJE, Palmeira RN, Junior EPP, Aragão E, Souza LEPE, Netto MB, Teixeira MG, Barreto ML, Ichihara MY, Lima RTRS. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 1):2423-2446.
- Lightfoot E, Moone RP. Caregiving in Times of Uncertainty: Helping Adult Children of Aging Parents Find Support during the COVID-19 Outbreak. *J Gerontol Soc Work* 2020; 63(6-7):542-552.
- World Health Organization (WHO). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020* [Internet]. 2020 [cited 12 Jan 2021]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V. The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry* 2020; 17(2):41.
- Archer J, Reiboldt W, Claver M, Fay J. Caregiving in Quarantine: Evaluating the Impact of the Covid-19 Pandemic on Adult Child Informal Caregivers of a Parent. *Gerontol Geriatr Med* 2021; 7:2333721421990150.
- Romero DE, Maia LR, Muzy J, Andrade N, Szwarcwald CL, Groisman D, Souza Júnior PRB. O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19. *Cad Saude Publica* 2022; 38:e00216821.
- Ribeiro AP, Moraes CL, Sousa ER, Giacomini K. O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia? Abrasco GT *Violencia Saude* 2020; (n. esp.):1-5.
- Bennet MR, Zhang Y, Yeandle S. *Caring and COVID-19: hunger and mental wellbeing*. Sheffield: CIRCLE, University of Sheffield; 2020.
- Larson ME, Chavez JV, Behar-Zusman V. Family functioning in an international sample of households reporting adult caregiving during the COVID-19 pandemic. *Families Systems Health* 2021; 39(4):609-617.
- Noguchi T, Kubo Y, Hayashi T, Tomiyama N, Ochi A, Hayashi H. Social Isolation and Self-Reported Cognitive Decline Among Older Adults in Japan: A Longitudinal Study in the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22(7):1352-1356.e2.
- Machado CLF, Pinto RS, Brusco CM, Cadore EL, Radaelli R. COVID-19 pandemic is an urgent time for older people to practice resistance exercise at home. *Exp Gerontol* 2020; 141:111101.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
- Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* 2019; 52(Supl. 2):9s.
- 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.
- Pereira MG, Carvalho H. Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas Psicol* 2012; 20(2):369-384.
- Hearson B, McClement S, McMillan DE, Harlos M. Sleeping with One Eye Open: The Sleep experience of Family Members Providing Palliative Care at Home. *J Palliat Care* 2011; 27(2):69-78.
- Washington KT, Oliver DP, Smith JB, McCrae CS, Balchandani SM, Demiris G. Sleep Problems, Anxiety, and Global Self-Rated Health Among Hospice Family Caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 2018; 35(2):244-249.
- von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Ziegler MG, Mills PJ, Allison MA, Patterson TL, Ancoli-Israel S, Grant I. Refining caregiver vulnerability for clinical practice: determinants of self-rated health in spousal dementia caregivers. *BMC Geriatr* 2019; 19(1):18.
- Xian M, Xu L. Social support and self-rated health among caregivers of people with dementia: The mediating role of caregiving burden. *Dementia* 2020; 19(8):2621-2636.
- Abdollahpour I, Nedjat S, Noroozian M, Salimi Y, Majdzadeh R. Caregiver Burden: The Strongest Predictor of Self-Rated Health in Caregivers of Patients with Dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2014; 27(3):172-180.
- Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(11):836-840.
- McGee DL, Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol* 1999; 149(1):41-46.
- Vyas S, Kumaranayake L. Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis. *Health Policy Plan* 2006; 21(6):459-468.
- Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002; 359(9302):187-188.

28. José JS. A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: complexidades, desigualdades e preferências. *Sociol Problemas Praticas* 2012; 69:63-85.
29. Villalobos Dintrans P. Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. *Health Policy Planning* 2019; 34(10):792-799.
30. Ceccon RF, Vieira LJES, Brasil CCP, Soares KG, Portes VM, Garcia Júnior CAS, Schneider IJC, Carioca AAF. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1):17-26.
31. Campos PFS. Cuidadoras negras do Brasil. *actacientifica* 2014; 21(3):11-20.
32. Okin SM. Gênero, o público e o privado. *Rev Estud Fem* 2008; 16:305-332.
33. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13(1):e0189874.
34. Camarano AA. Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. *Nota Técnica Ipea* 2020; 64:20.
35. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Malta DC, Barros MBA, Romero DE, Almeida WS, Azevedo LO, Machado ÍE, Lima MG, Werneck AO, Silva DRP, Gomes CS, Ferreira APS, Gracie R, Pina MF. ConVid - Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):268320.
36. Hirata H. O trabalho de cuidado. *SUR* 2016; 13(24):53-64.
37. Malik MK, Jacob K. Psychological morbidity among co-residents of older people in rural South India: Prevalence and risk factors. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61(2):183-187.
38. Honyashiki M, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Llibre-Rodrigues JJ, Salas A, Sosa AL, Williams J, Prince MJ. Chronic diseases among older people and co-resident psychological morbidity: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(9):1489-1501.
39. Romero D, Maia L, Castanheira D. Desigualdade em saúde no século XXI: Conceitos, Evidências e políticas públicas. In: Mattos FAM, Hallak Neto J, Silveira FG, organizadores. *Desigualdades: visões do Brasil e do mundo*. São Paulo: Hucitec; 2022.
40. Szwarcwald CL, Damacena GN, Barros MBA, Malta DC, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado ÍE, Lima MG, Romero D, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRPD, Gracie R, Pina MF. Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):e00182720.
41. Menezes CR, Sá Neto CE, Ferreira T. Branca cansada, preta morta: Apontamentos sobre o trabalho doméstico e de cuidados e o contexto de pandemia de COVID-19. *Rev Feminismos* 2020; 8(3):190-207.
42. Davis AY. *Women, race & class*. Repr. London: Women's Press; 1991.
43. Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM, Sabbadini L. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(2):e00012817.
44. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
45. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46:131-151.
46. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.
47. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* 2022; 38:e00164621.
48. Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Davey Smith G, Marmot M. Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(9):718-723.
49. Beach SR, Schulz R, Donovan H, Rosland AM. Family Caregiving During the COVID-19 Pandemic. *Gerontologist* 2021; 61(5):650-660.
50. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychol Aging* 2011; 26(1):1-14.
51. Brigola AG, Luchesi BM, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K, Pavarini SCI. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017; 20(3):409-420.
52. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24(6):769-781.
53. Dahlberg R, Karlqvist L, Bildt C, Nykvist K. Do work technique and musculoskeletal symptoms differ between men and women performing the same type of work tasks? *Appl Ergon* 2004; 35(6):521-529.
54. Suzuki K, Tamakoshi K, Sakakibara H. Caregiving activities closely associated with the development of low-back pain among female family caregivers. *J Clin Nurs* 2016; 25(15-16):2156-2167.
55. Habib RR, El Zein K, Hojeij S. Hard work at home: musculoskeletal pain among female homemakers. *Ergonomics* 2012; 55(2):201-211.

Artigo apresentado em 31/08/2022

Aprovado em 25/10/2022

Versão final apresentada em 27/10/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva