



Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos

Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives

Ana Elizabeth dos Santos Lins^{1,2}
Carola Rosas³
Anita Liberalesso Neri¹

Resumo

Objetivo: Investigar associações entre a satisfação de cuidadores familiares de idosos com as relações familiares; variáveis sociodemográficas; tipos, direções, suficiência e ônus dos apoios familiares; e número de parceiros sociais envolvidos. *Método:* Estudo transversal descritivo e analítico com amostra de conveniência de 148 idosos cuidadores de familiares que respondiam pelo cuidado a idosos com dependência física e cognitiva, recrutados em clínicas médicas e serviços domiciliares em cidades do interior de São Paulo, Brasil. Responderam escala de funcionalidade familiar (adaptação, companheirismo, crescimento, afetividade e capacidade resolutive) e a questões sobre estrutura da família, dinâmica e avaliação dos apoios. Utilizou-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher para comparar frequências para pontuação dos dois níveis de satisfação (baixo e intermediário, e alto). Para analisar relações entre alta satisfação e demais variáveis usou-se análise de regressão logística univariada e hierárquica. *Resultados:* Alta satisfação associou-se com reciprocidade e suficiência dos apoios emocionais e com ausência de ônus na oferta de ajudas instrumentais. Suficiência dos apoios emocionais foi a variável que se associou de forma mais robusta com alta satisfação com às relações familiares. *Conclusão:* Para a satisfação de cuidadores de idosos com a funcionalidade familiar, a qualidade do apoio é melhor do que quantidade, a reciprocidade é mais importante do que unidirecionalidade e o suporte emocional mais importante do que outros tipos de suporte.

Palavras-chave: Dinâmica Familiar. Suporte Social. Avaliação. Idoso Fragilizado. Cuidador Familiar.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to investigate the associations between the satisfaction of family caregivers and family relations; sociodemographic variables; the type and direction, sufficiency and burden of family support, and the number of social partners involved. *Method:* A total of 148 caregivers of elderly relatives who were physically and cognitively dependent were recruited from medical clinics and home care

Keywords: Family Dynamics. Social Support. Evaluation. Frail Elderly. Family Caregiver.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Centro de Ciências da Saúde, Núcleo de Saúde do Adulto e Idoso. Maceió, Alagoas, Brasil.

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

services in cities in the state of São Paulo and invited to respond to a questionnaire about family support, and to a scale of satisfaction with family relationships with reference to adaptation, partnership, growth, affection and resolutive capacity. The chi-squared and Fisher's exact tests were used to compare frequencies for the scores of the two satisfaction levels (low and intermediate, and high). To analyze the relationship between high levels of satisfaction and other variables, univariate and hierarchical logistic regression analysis was used. *Results*: High levels of satisfaction were related to the reciprocity and sufficiency of received emotional support, and absence of burden associated to giving support. The adequacy of emotional support was most strongly associated with high levels of satisfaction with family relationships. *Conclusion*: For the satisfaction of caregivers of elderly persons with family functioning, quality of support is better than quantity, reciprocity is more important than unidirectionality and emotional is the most important type of support.

INTRODUÇÃO

O apoio familiar envolve complexas relações de dar e receber ajuda material, suporte instrumental orientado aos comportamentos ou ao contexto do cuidado e apoio emocional expresso em presença, companheirismo, afeto, empatia, escuta e confirmação¹. Várias perguntas permeiam o estudo teórico e a intervenção orientadas a compreensão e ao manejo do suporte e dos relacionamentos no âmbito da família com idosos. O que é mais importante para os idosos: dar ou receber apoios? Não há resposta única para esta questão, que se subordina à idade, ao gênero, ao tamanho da rede social mais próxima e aos motivos dos envolvidos¹⁻³. Quem ajuda mais no âmbito das relações familiares, as mulheres idosas ou os homens idosos? De modo geral, as mulheres oferecem mais apoios instrumentais e afetivos aos contemporâneos e aos descendentes do que os homens, que por sua vez ofertam mais apoios materiais aos filhos do que elas². Ao se comportarem dessa forma, ambos respondem a normas sociais associadas a gênero e a condições específicas de posse de bens materiais^{4,5}. O que oferece mais garantia de ajuda aos idosos, arranjos domiciliares intergeracionais ou conjugais? A resposta é: Depende. Em casos de acentuada dependência física e cognitiva de um dos cônjuges, quando o outro já não tem mais condição de oferecer as ajudas instrumentais necessárias, a coresidência com descendentes pode favorecer a sua proteção^{3,4}. Frequentemente, a coresidência funciona como um arranjo de sobrevivência ou de conveniência para os membros de duas ou mais gerações empobrecidas e é nesse contexto de carências que ocorre a prestação

de cuidados a idosos frágeis⁴. Não necessariamente, a intergeracionalidade é garantia de suficiente oferta de cuidados^{2,4,5}.

A maioria dos idosos valoriza o apoio recebido como um reforço dos laços afetivos construídos na família. Outros percebem no apoio recebido o risco de parecerem dependentes e incompetentes^{1,6}. A prestação de apoios em contextos emocionais positivos, em associação com características pessoais dos receptores de cuidados que os predispõem à aceitação de ajuda aumentam a chance de bem-estar subjetivo dos receptores de cuidados⁶. Entretanto, apoios avaliados como exagerados ou disruptivos e falta de contato com parceiros de livre-escolha podem gerar mais estresse e prejuízos ao bem-estar dos idosos do que a escassez de apoios⁷.

Smilkstein^{8,9} descreve a funcionalidade familiar em termos de cinco recursos: adaptação, companheirismo, oportunidade para crescimento, afetividade e capacidade resolutive. No cotidiano do cuidado familiar a idosos, a funcionalidade das relações familiares é constantemente submetida à avaliação cognitiva, um processo que consiste em comparar o que é observado com as normas, os valores e as expectativas grupais e individuais. A satisfação com a dinâmica das relações familiares é um determinante robusto do bem-estar subjetivo que, por sua vez, relaciona-se com outros resultados positivos em saúde física e mental de cuidadores^{8,10}.

Conhecer como o idoso cuidador de outro idoso percebe a dinâmica da funcionalidade familiar e os intercâmbios de apoio no contexto do cuidado é fundamental para entender como as famílias se

organizam para atender às demandas do dia a dia e para prover os recursos necessários para o bem-estar dos membros da família.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar associações entre a satisfação de cuidadores familiares de idosos com as relações familiares; variáveis sociodemográficas; tipos, direções, suficiência e ônus dos apoios familiares; e número de parceiros sociais envolvidos.

MÉTODO

De natureza transversal descritiva e analítica, essa pesquisa utilizou a base de dados do estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família”, do qual as variáveis de interesse para o presente estudo foram extraídas. O tamanho da amostra foi estimado em 148 indivíduos, com base nas correlações entre as medidas de qualidade de vida^{11,12} e sobrecarga percebida^{13,14}, que integravam o protocolo da investigação principal (nível de significância de 1%, poder do teste de 90% e correlações mínimas de 0,40).

Os critérios de elegibilidade para a amostra foram: ter 60 anos ou mais, estar cuidando de um familiar idoso doente e com algum grau de dependência há seis meses ou mais e pontuar acima da nota de corte no teste CASI-S (*Cognitive Abilities Screening Instrument – mini-teste*)^{15,16}, na entrevista inicial. Por esses critérios foram selecionados 148 participantes, 48,0% dos quais foram indicados por serviços públicos e 8,8% por serviços privados de atendimento domiciliar; 39,9% por médicos geriatras ou de especialidades afins, de cujos consultórios os idosos eram receptores de cuidados e por profissionais do Programa Saúde da Família (3,4%), nas cidades de Jundiaí (38,5%), Indaiatuba (29,1%), Campinas (18,2%) e Vinhedo (14,2%), estado de São Paulo.

Para avaliar a satisfação com as relações familiares foi adotada a medida APGAR da Família^{8,9}, acrônimo que, na língua inglesa, corresponde a *adaptation*, *partnership*, *growth*, *affection* e *resolve*, recursos de funcionalidade familiar que os cuidadores avaliaram em cinco escalas de três pontos (0=nunca, 1= algumas vezes, ou 2 = sempre). Escores totais de 0 a 4 indicam baixa satisfação; 5 e 6, satisfação intermediária, e 7 a 10, alta satisfação.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram gênero, que comportou resposta sim ou não às alternativas masculino e feminino; idade, que solicitou menção ao número de anos vividos desde a data do nascimento; arranjos de moradia, que abrangeu as perguntas “mora sozinho?” (sim x não) e, para os que respondiam não, “com quem mora?”, com as alternativas marido, mulher ou companheiro(a), pai ou mãe, sogro ou sogra, filha ou filho, marido ou esposa de filha ou filho, netos, bisnetos, outros parentes e pessoas de fora da família, todas comportando respostas sim ou não. Corresidência foi avaliada pela pergunta “Reside com a pessoa de quem cuida?”, com possibilidades de resposta sim ou não.

As variáveis *dinâmica dos apoios materiais, instrumentais e emocionais na família e natureza do vínculo com os parceiros sociais envolvidos*, foram avaliadas mediante duas perguntas. A primeira focalizava se o cuidador recebia e oferecia apoio material, emocional e instrumental para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), no contexto da família. A segunda investigava quem era a pessoa com quem mantinha intercâmbios. As opções eram: cônjuge ou companheiro(a); pais e sogros; filhos(as), genro(s)/nora(s), neto(s) e bisneto(s); outros parentes; amigos ou vizinhos; voluntários; empregados domésticos; profissionais de saúde e pessoa a quem proporciona cuidados. As respostas sim ou não eram registradas em uma matriz derivada do estudo de Allen e Wiles¹, juntamente com os resultados da aplicação dos itens avaliativos descritos a seguir.

A avaliação da suficiência dos apoios recebidos e do ônus decorrente da oferta de apoios foi realizada logo depois da introdução dos itens sobre os suportes recebidos e ofertados. Para os recebidos perguntava-se se satisfaziam ou não as necessidades e expectativas. Para saber se cada tipo de apoio oferecido era gerador de ônus para o cuidador eram feitas perguntas diretas, com alternativas sim ou não.

Sete entrevistadores treinados realizaram entrevistas nos domicílios (61,5%), em consultórios médicos privados (25,0%) e no ambulatório de Geriatria de um hospital universitário (13,5%), devidamente autorizados pelos responsáveis pelos serviços e de acordo com a disponibilidade de tempo dos cuidadores. A duração média da sessão

única à qual cada cuidador foi submetido foi de 56,0 ($\pm 12,2$) minutos, computando-se nesse tempo os itens de interesse para a presente pesquisa e os demais itens do estudo sobre bem-estar psicológico de cuidadores familiares do qual ela faz parte. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE nº 35868514.8.0000.5404) o qual aprovou, também, o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido, discutido e assinado por todos os cuidadores.

Para analisar os dados, foram criadas duas faixas de pontos no APGAR da família: 7 a 10- alta satisfação, e 0 a 6- satisfação baixa e intermediária. Das respostas *sim* ou *não* às alternativas *recebo* e *ofereço* foi derivada a variável *direção dos apoios*, com as variações: unidirecionais (só recebem ou só oferecem), recíprocos (recebem e oferecem) e ausência (nem recebem e nem oferecem). Para cada tipo de apoio foi contado o número de parceiros sociais aos quais só ofereciam, dos quais só recebiam, ou com os quais mantinham apoios recíprocos. A natureza do vínculo não foi considerada. As alternativas para os arranjos de moradia foram reduzidas a cinco: cônjuge; cônjuge e ascendentes; cônjuge, ascendentes e descendentes; ascendentes e descendentes, e outros (outros parentes, amigos, pessoas de fora da família, vizinho).

Mediante o teste de Shapiro-Wilk foi analisada a adequação das distribuições ao uso de testes paramétricos. Confirmado seu caráter não paramétrico foram escolhidos os testes qui-quadrado e exato de Fisher, para a realização de comparações entre frequências de participantes que pontuaram para os dois níveis de satisfação (0 a 6 e 7 ou mais). O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar as distribuições das variáveis ordinais, conforme os dois níveis de satisfação.

Para analisar relações entre alta satisfação com as relações familiares e as demais variáveis foram feitas análises de regressão logística univariada, com base nas quais foram selecionadas aquelas com associação com a variável dependente com significância estatística indicada por $p \leq 0,30$. Essas variáveis foram organizadas em um modelo de regressão multivariada hierárquica, com três blocos de variáveis que foram introduzidos consecutivamente. No bloco 1 foram incluídas as variáveis tipos e as direções dos apoios;

no 2, o número de parceiros sociais disponíveis para as trocas de apoios e, no 3, a suficiência dos apoios recebidos e o senso de ônus pelos apoios oferecidos. Nessa análise multivariada, os dados foram ajustados por gênero e idade.

RESULTADOS

Os cuidadores tinham em média 69,8 ($\pm 7,1$) anos e os receptores de cuidados 81,2 ($\pm 9,9$). A duração do cuidado, desde o início, foi em média de 4,5 ($\pm 4,1$) anos, 31,1% dos receptores de cuidados pontuaram para demência grave, 24,2% para leve ou moderada, 23,6% para demência questionável e 21,1% para ausência de demência, conforme a pontuação atribuída pelos cuidadores no instrumento *Clinical Dementia Rating* (Escalonamento Clínico de Demência)^{17,18}; 21,0% foram descritos pelos cuidadores como pessoas com limitações na mobilidade; 44,3% como incapazes de realizar cinco ou seis ABVD sem ajuda e 66,2% como incapazes de realizar de cinco a sete AIVD sem ajuda.

A maioria dos cuidadores eram mulheres (77,0%). Houve predominância de famílias conjugais (39,9%) e das formadas por um casal de idosos, seus ascendentes (progenitores ou sogros) e descendentes (filhos e netos) (27,7%). A maioria residia com o idoso alvo de cuidados (85,7%).

A maioria dos cuidadores pontuou alto em satisfação com as relações familiares (68,1%). Tanto entre os cuidadores com alta satisfação quanto entre os com satisfação baixa ou intermediária, havia um percentual significativamente maior de pessoas que só recebiam ou que só ofereciam do que de pessoas que nem ofereciam e nem recebiam apoios instrumentais a ABVD.

Houve um percentual maior de cuidadores com alta satisfação entre os que relataram vivenciar reciprocidade de apoios emocionais e um percentual maior de cuidadores que só recebiam do que dos que nem recebiam e nem ofertavam apoios emocionais entre os cuidadores com satisfação baixa e intermediária com as relações familiares. Observou-se um percentual maior de idosos com alta satisfação entre os que tinham pelo menos um parceiro social para o intercâmbio de apoios e um

percentual maior de cuidadores com intermediária e baixa satisfação entre os que não tinham nenhum. Houve maior frequência de cuidadores com alta satisfação entre os que julgavam os apoios emocionais recebidos como suficientes e de satisfação baixa ou intermediária entre os que os julgavam insuficientes. A não oferta ou a oferta de apoios a AIVD, sem ônus, relacionou-se com alta satisfação, assim como o ônus associado à oferta de ajuda a AIVD relacionou-se com satisfação baixa ou intermediária (Tabela 1).

Foram realizadas análises univariadas de regressão para investigar associações entre alta satisfação com as relações familiares e as variáveis independentes. Foi utilizado um valor $p \leq 0,030$ como critério de seleção. Com relação aos tipos de

apoio e à natureza dos intercâmbios familiar foram selecionadas como relacionadas com alta satisfação com as relações familiares: nem oferecer e nem receber apoios materiais, em comparação com só oferecer e só receber apoios materiais; nem oferecer e nem receber apoio instrumental a ABVD e a AIVD, em comparação com só oferecem e só recebem esses apoios; nem oferecer e nem receber apoio emocional, em comparação com só oferecer e só receber esse tipo de apoio; ter um ou mais parceiros sociais de quem os cuidadores recebem apoios instrumentais em ABVDs e apoios emocionais, em comparação com não ter nenhum; ter um ou mais parceiros sociais para oferta de apoios materiais e instrumentais a ABVD e a AIVDs, em comparação com não ter nenhum parceiro (Tabela 2).

Tabela 1. Cuidadores conforme os níveis de satisfação com as relações familiares, considerando os intercâmbios de apoios, o número de parceiros sociais e a avaliação dos apoios recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2015-2016.

Variáveis	n	Satisfação com as relações familiares		p valor
		Baixa e intermediária (0-6) n (%)	Alta (7-10) n (%)	
Apoios em ABVD				
Só recebem/só oferecem	91	32 (68,08)	59 (59,00)	0,043*
Reciprocidade	10	5 (10,64)	5 (5,00)	
Nem recebem/nem oferecem	46	10 (21,28)	36 (36,00)	
Apoios emocionais				
Só recebem	12	5 (10,64)	7 (7,00)	<0,001*
Só oferecem	32	19 (40,43)	13 (13,00)	
Reciprocidade	90	19 (40,43)	71 (71,00)	
Nem recebem/nem oferecem	13	4 (8,51)	9 (9,00)	
Nº de parceiros sociais				
0	44	5 (10,64)	22 (22,22)	<0,001**
1	58	19 (40,43)	42 (42,42)	
≥2	43	19 (40,43)	35 (35,35)	
Avaliação dos apoios emocionais recebidos				
Não recebem	43	22 (47,83)	21 (21,65)	<0,001**
Suficientes	81	15 (32,61)	66 (68,04)	
Insuficientes	19	9 (19,57)	10 (10,31)	
Avaliação dos apoios oferecidos a AIVD				
Não oferecem/sem ônus	107	28 (68,29)	79 (86,81)	0,012**
Com ônus	25	13 (31,71)	12 (13,19)	

*Teste Exato de Fisher; **Teste qui-quadrado; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 2. Associações entre alta satisfação com relações familiares, variáveis sociodemográficas e intercâmbios de apoio familiar. Campinas, SP, 2015-2016.

Variáveis	RP*	IC 95%*	p
Gênero			
Masculino (ref.)	1,00	---	---
Feminino	1,02	0,45-2,32	0,957
Idade			
60-64 anos (ref.)	1,00	---	---
65-74 anos	0,85	0,37-1,93	0,694
≥75 anos	0,99	0,38-2,58	0,975
Corresidência com alvo de cuidados			
Não (ref.)	1,00	---	---
Sim	0,83	0,30-2,29	0,975
Arranjos de moradia			
Cônjuge (ref.)	1,00	---	--
Cônjuge, pais, sogros	0,66	0,19-2,32	0,521
Cônjuge, progenitor, sogros, filhos, netos, bisnetos	0,89	0,38-2,13	0,798
Progenitores, sogros, filhos, netos, bisnetos	0,91	0,28-3,03	0,881
Outros, sozinho	0,71	0,24-2,12	0,539
Apoio material			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	0,78	0,37-1,62	0,501
Nem oferecem, nem recebem	2,51	0,67-9,44	0,174
Apoio instrumental em ABVD			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	0,54	0,15-2,01	0,361
Nem oferecem/nem recebem	1,95	0,86-4,44	0,111
Apoio instrumental em AIVD			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	1,42	0,63-3,16	0,396
Nem oferecem/nem recebem	4,87	0,25-2,92	0,149
Apoio emocional			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	4,48	2,06-9,78	<0,001
Nem oferecem/nem recebem	2,70	0,72-10,10	0,140

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Para a associação entre alta satisfação e número de parceiros sociais envolvidos nos apoios foram selecionados: ter um ou mais parceiros sociais de quem podem receber apoio emocional *versus* não ter nenhum, e ter um ou mais parceiros sociais a quem podem oferecer apoios instrumentais a ABVD e a AIVD *versus* não ter nenhum (Tabela 3).

Para a associação entre alta satisfação e a avaliação da qualidade dos apoios foram selecionados avaliar como suficientes os apoios a ABVD e os apoios emocionais recebidos, e avaliar como não onerosa a oferta dos mesmos tipos de apoio (Tabela 4).

Tabela 3. Associações entre alta satisfação com relações familiares e número de parceiros sociais envolvidos nos intercâmbios de apoio familiar. Campinas, SP, 2015-2016.

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Recepção de apoio material			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,72	0,34-1,52	0,393
Recepção de apoio a ABVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,29	0,08-1,10	0,069
Recepção de apoio a AIVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,34	0,60-2,99	0,479
Recepção de apoio emocional			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	3,21	1,52-6,78	0,002
Oferta de apoio material			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,61	0,30-1,25	0,180
Oferta de apoio instrumental a ABVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,58	0,27-1,26	0,172
Oferta de apoio instrumental a AIVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,60	0,28-1,31	0,199
Oferta de apoio emocional			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,14	0,47-2,80	0,771

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 4. Associações entre alta satisfação com relações familiares e avaliação dos apoios familiares recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2015-2016.

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Apoio material recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	---
Suficiente	1,15	0,56-2,37	0,704
Apoio a ABVD recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	---
Suficiente	0,36	0,10-1,26	0,110
Apoio a AIVD recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	----
Suficiente	1,57	0,67-3,68	0,305

continua

Continuação da Tabela 4

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Apoio emocional recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	
Suficiente	4,40	2,08-9,31	<0,001
Apoio material oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	0,81	0,40-1,64	0,551
Apoio instrumental a ABVD oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	0,96	0,47-1,95	0,910
Apoio instrumental a AIVD oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	1,88	0,82-4,34	0,138
Apoio emocional oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	1,66	0,72-3,85	0,237

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Mediante análise de regressão hierárquica multivariada, foram investigadas as associações entre alta satisfação com as relações familiares e as variáveis independentes com $p \leq 0,30$ na análise univariada, que estudou as associações entre elas e a satisfação dos cuidadores com as relações familiares. Foi estruturado um modelo com três blocos, que foram incluídos sucessivamente. Foram feitos ajustes por gênero e idade. No bloco 1 entraram variáveis que representavam a natureza dos suportes materiais, instrumentais a ABVD e a AIVD e emocionais. No bloco 2 entraram o número de parceiros sociais envolvidos na recepção de apoios emocionais e na oferta de apoios a ABVD, a AIVD e de apoios emocionais. No bloco 3 entraram a suficiência dos apoios materiais, instrumentais a ABVD e a AIVD e dos apoios emocionais recebidos e o senso de ônus

decorrente da oferta de apoio instrumental a AIVDs e de apoios emocionais.

Do bloco 1, a análise selecionou apoios emocionais e instrumentais a ABVD como significativamente associadas com alta satisfação com as relações familiares. Essas variáveis mantiveram-se no modelo depois do teste do 2º bloco, mas não na solução final (bloco 3), em que apenas suficiência dos apoios emocionais recebidos apareceu como significativamente associada com alta satisfação com as relações familiares. Ou seja, independentemente das variáveis gênero e idade, a associação entre alta satisfação com as relações familiares e a avaliação do apoio emocional recebido como suficiente revelou-se como a mais robusta entre as associações testadas [RP= 3,8 (IC95% 1,34-11,18); valor- p = 0,010] (Tabela 5).

Tabela 5. Resultados da análise de regressão multivariada hierárquica das associações entre alta satisfação com as relações familiares, tipos e natureza dos intercâmbios de apoio familiar, número de parceiros envolvidos e avaliação dos apoios recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2016-2017.

Variáveis	1º bloco			2º bloco			3º bloco		
	RP	IC95%RP	p	RP	IC95%RP	p	RP	IC95%RP	p
Apoio emocional									
Só oferecem e só recebem (ref.)	1,00	---	---						
Reciprocidade	5,52	2,09-14,55	<0,001						
Nem oferecem e nem recebem	2,06	0,37-11,58	0,411						
Apoio a ABVD									
Só oferecem e só recebem (ref.)	1,00	---	---						
Reciprocidade	0,66	0,11-3,92	0,650						
Nem oferecem e nem recebem	3,15	1,01-9,81	0,048						
Apoio emocional									
Só oferecem e só recebem (ref.)				1,00	---	---			
Reciprocidade				2,84	0,94-8,65	0,066			
Nem oferecem e nem recebem				2,98	0,52-1,60	0,220			
Apoio a ABVD									
Só oferecem e só recebem (ref.)				1,00	---	---			
Reciprocidade				0,69	0,11-4,48	0,695			
Nem oferecem e nem recebem				2,74	0,85-8,88	0,092			
Nº parceiros oferta apoio a ABVD									
Nenhum (ref.)				1,00	---	---			
1 ou +				0,14	0,01-2,58	0,184			
Avaliação apoio emocional recebido									
Não recebe /insuficiente (ref.)							1,00	---	---
Suficiente							3,87	1,34-11,18	0,013

RP= Razão de prevalência; IC95%RP= Intervalo de Confiança para RP; Critério *stepwise* de seleção de variáveis com $p \leq 0,030$ na análise univariada; ref.= nível de referência; participaram 36 cuidadores com satisfação baixa ou intermediária e 79 com alta satisfação (n=115); variáveis consideradas no 1º bloco: apoios materiais, instrumentais e emocionais e natureza dos intercâmbios de apoio, 2º bloco: número de parceiros sociais nos intercâmbios de apoios, 3º bloco: suficiência dos apoios recebidos e senso de ônus pelos oferecidos; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária.

DISCUSSÃO

O dado mais importante trazido pelo estudo foi que, na opinião dos cuidadores, a qualidade dos intercâmbios de apoio é mais importante do que a quantidade de parceiros sociais neles envolvidos. O segundo dado importante produzido por essa

investigação diz respeito à primazia dos apoios emocionais sobre os demais tipos de apoio, na determinação da satisfação dos cuidadores com as relações familiares. Ambos os resultados estão em linha com a literatura teórica e empírica a respeito de suporte social e familiar e o bem-estar subjetivo entre idosos e entre cuidadores¹⁻³.

Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre o nível de satisfação dos participantes com as relações familiares e as variáveis gênero, idade, arranjos de moradia e coresidência, sugerindo que a influência da dinâmica dos apoios e da funcionalidade das relações familiares sobrepõem-se à influência das variáveis sociodemográficas. Outra interpretação possível é que esses resultados terão sido afetados pelo pequeno número de integrantes da amostra.

A maioria dos participantes eram filhas ou cônjuges um pouco mais jovens do que os receptores de cuidados. Esses dados são comparáveis aos de outras pesquisas^{4,5,19} e relacionam-se com normas sociais de gênero, retribuição e solidariedade^{4,5,18}, assim como a alta frequência de coresidência observada, evidencia a busca de arranjos facilitadores do cuidado^{4,5}. Quando desejada pelos idosos, a coresidência favorece a funcionalidade familiar^{2,4}.

Prevaleram arranjos bigeracionais ou trigeracionais, soluções mais funcionais à distribuição de bens e de apoios^{4,18-20}. Em famílias com bons níveis de adaptação e resolutividade traduzem-se em melhor distribuição de tarefas, bom gerenciamento de crises, suficiência objetiva de apoios, e apoio social de outros parentes e amigos^{10,14}. Ter um ou mais parceiros sociais ofertando apoio emocional e instrumental em ABVD relacionou-se com maior satisfação com as relações familiares, possivelmente facilitada pela convivência intergeracional e pela coresidência.

Com a idade, ocorre diminuição no tamanho da rede social, a qual tende a afetar mais os relacionamentos afetivamente periféricos dos adultos mais velhos e dos idosos do que os relacionamentos próximos²¹. Sob a influência da restrição na perspectiva temporal que caracteriza a velhice, pessoas idosas ou quase idosas tendem a privilegiar a manutenção dos relacionamentos que lhes são afetivamente significativos e a descartar aqueles que não o são²². Tendem a investir no conforto emocional do que na busca de informações e de *status*²². Assim, a partir da existência de um número mínimo de parceiros sociais, a qualidade do apoio e a ligação afetiva entre os parceiros sociais favorecem mais o bem-estar dos adultos mais velhos e dos idosos do que a quantidade de parceiros sociais^{23,24}.

A qualidade das interações sociais e dos laços afetivos tem mais relação com reciprocidade do que com unidirecionalidade dos apoios²²⁻²⁴. Ou seja, o apoio emocional é mediado por mecanismos de seletividade socioemocional que favorecem o senso de suficiência dos apoios emocionais, quando esses são provenientes de pessoas significativas que, por isso mesmo, são selecionadas pelos idosos para integrar a sua rede social mais próxima²¹⁻²⁴. Essas relações explicitam a principal razão pela qual o apoio emocional ocupou um lugar privilegiado na satisfação dos cuidadores com as relações familiares.

Nem sempre os idosos estão aptos para oferecer apoios instrumentais por causa de suas limitações físicas. Por outro lado, receber ajuda instrumental pode originar sentimentos de ineficácia e dependência². Assim, fazem sentido os dados de maior satisfação com as relações familiares entre os que nem ofereciam e nem recebiam ajudas instrumentais em AIVD e ABVD ou entre os que relataram haver reciprocidade nessas ajudas. Ter ajuda instrumental quando necessita, mas, também, poder oferecê-la são aspectos críticos à definição dos idosos como pessoas autônomas e capazes de participar dos intercâmbios de apoio na família. Igualmente importante é a possibilidade de ofertar apoios sem senso de ônus, provavelmente associada à presença de mais competências físicas e emocionais, e de relações familiares mais funcionais e prazerosas^{2,5,25-27}.

A oferta de apoios instrumentais e emocionais, sem o cultivo de sentimentos de ônus, é um indicador de solidariedade, desmistificando estereótipos negativos sobre velhice, segundo os quais os idosos são egoístas e autocentrados. Por outro lado, quando o apoio social é oriundo dos relacionamentos sociais mais próximos, tendem a diminuir os sentimentos de ônus para os cuidadores^{27,28}. No entanto, quando o idoso é parte de uma família disfuncional, oferecer apoio instrumental ou emocional pode predispor-lo ao risco de excessivo desgaste físico e emocional^{5,28}. A possibilidade de ofertar apoios emocionais e instrumentais em AIVDs contribui para o senso de autonomia e de controle, e assim, para a satisfação com as relações familiares nos cuidadores²⁹.

Na amostra investigada, a avaliação de suficiência dos apoios emocionais recebidos como equivalente à alta satisfação com a funcionalidade

das relações familiares, sugere presença de recursos para enfrentar estressores e de ligação afetiva com outros significativos.

Replicar o delineamento dessa investigação com amostra maior é a primeira sugestão para novos estudos. Outra sugestão é incluir no delineamento o nível de dependência dos alvos cuidados e o nível de sobrecarga dos cuidadores. Para controlar os efeitos das variáveis de contexto, seria interessante investigar a influência do nível socioeconômico e da raça em associação com o gênero e a idade dos cuidadores. Delineamentos estatísticos complexos utilizados em estudos comparativos e prospectivos, com amostras grandes e probabilísticas poderão ajudar a esclarecer as relações entre a satisfação com as relações e com a funcionalidade familiar, assim como a qualidade objetiva e subjetiva dos apoios.

CONCLUSÃO

O dado mais importante trazido pelo estudo é que, na opinião dos cuidadores, a qualidade dos intercâmbios de apoio é mais importante do que a quantidade de parceiros sociais neles envolvidos. O

segundo dado mais importante produzido por essa investigação é o da primazia dos apoios emocionais na determinação da satisfação dos cuidadores com as relações familiares.

A satisfação com a dinâmica familiar em cuidadores idosos que atendem a outros idosos guarda importantes relações com as trocas de apoio emocional, instrumental e material que ocorrem entre os membros da família, em resposta a normas sociais de solidariedade e retribuição.

A capacidade adaptativa da família, o companheirismo, a força da ligação afetiva, as oportunidades de crescimento pessoal que propicia a seus membros e sua capacidade de solucionar problemas são elementos centrais à boa funcionalidade familiar.

É grande a importância dos resultados obtidos, tanto para a teoria quanto para a aplicação, em contextos de oferta de informação e de apoio emocional a cuidadores de idosos, principalmente quando eles próprios são idosos duplamente fragilizados e onerados pelos efeitos da idade e da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Allen RES, Wiles JL. Receiving support when older: What makes it OK? *Gerontologist*. 2014;54(4):670-82.
2. Fuller-Iglesias HR, Webster NJ, Antonucci TC. The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological well-being. *Dev Psychol*. 2015;51(3):277-88.
3. Tomini F, Groot W, Tomini SM. Informal care and gifts to and from older people in Europe: The interlinks between giving and receiving. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1-15.
4. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras?: A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
5. Rabelo DF, Neri AL. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. *Psico-USF*. 2016;21(3):663-75.
6. Heid AR, Zarit SH, Fingerman KL. "My Parent is so stubborn!": Perceptions of aging parents' persistence, insistence, and resistance. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(4):602-12.
7. Feeney BC, Collins NLA. New look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personal Soc Psychol Rev*. 2015;19(2):113-47.
8. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
9. da Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2014 [acesso em 30 out. 2017];18(3):527-32 Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140075>
10. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol*. 2017;36(2):179-87.

11. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health.* 2003;7(3):186-94.
12. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP, et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. (Submetido à Revista Cad Saúde Pública em 26 fev. 2017).
13. Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging.* 1987;2(3):225-32.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7.
15. Teng EL, Hasegawa K, Homma A, Imai Y, Larson E, Graves A, et al. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *Int Psychogeriatr.* 1994;6(1):45-58.
16. Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2b):416-21.
17. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology.* 1993;43(11):2412-4.
18. Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):912-7.
19. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):663-80.
20. Cichy KE, Stawski RS, Almeida DM. A double-Edged Sword: Race, daily family support exchanges, and daily well-being. *J Fam Issues.* 2014;35(13):1824-45.
21. Antonucci TC, Birditt KS, Akiyama H. Convoys of social relations: an interdisciplinary approach. In: Bengtson VL, Gans D, Putney NM, Silverstein M, editors. *Handbook of theories of aging.* 2nd ed. New York: Springer; 2009. p. 247-60.
22. English T, Carstensen LL. Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *Int J Behav Dev.* 2014;38(2):195-202.
23. Böger A, Huxhold O. Age-related changes in emotional qualities of the social network from middle adulthood into old age: How do they relate to the experience of loneliness? *Psychol Aging.* 2018.[Epub ahead of print]
24. Fuller-Iglesias, Heather R. Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging Ment Health.* 2015;19(12):1103-12.
25. Polaro SIH, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):228-33.
26. Souza RA, da Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):469-76.
27. Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(1):102-10.
28. dos Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(5):1141-7.
29. Inagaki TK, Bryne Haltom KE, Suzuki S, Jevtic I, Hornstein E, Bower JE, et al. The Neurobiology of Giving Versus Receiving Support: The Role of stress-related and social reward-related neural activity. *Psychosom Med.* 2016;78(4):443-53.

Recebido: 11/11/2017

Revisado: 19/03/2018

Aprovado: 03/05/2018

