



Comparação da rede de suporte social e a expectativa para o cuidado entre idosos em diferentes arranjos domiciliares

Comparison of social support network and expectation of care among elderly persons with different home arrangements

Leila Auxiliadora José de Sant'Ana^{1,2} 
Maria José D' Elboux¹ 

Resumo

Objetivo: Comparar a rede de apoio social e a expectativa para o cuidado entre os idosos que moram sozinhos e os que coabitam. **Método:** Estudo transversal, realizado com 348 idosos vivendo em comunidade no município de Várzea Grande, Mato Grosso, Brasil. Os idosos foram entrevistados utilizando-se questionário composto por questões sociodemográficas; instrumentos de avaliação das atividades da vida diária, básicas e instrumentais; e expectativa de cuidado e rede de suporte social percebido. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e comparativa, Testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher ao nível de 5% de significância. **Resultados:** A maioria dos entrevistados foi composta por idosos jovens; mulheres. Entre eles, 14,66% moravam sozinhos e 85,34% moravam com outras pessoas, com arranjos familiares principalmente bigeracionais. A maioria declarou ter saúde regular, apresentou até duas doenças, dependência para as atividades instrumentais de vida diária e independência para atividades do autocuidado. Os idosos que moravam com alguém se apoiavam na família, e a expectativa do cuidado era direcionada à filha ou nora; os que moravam sozinhos esperavam contar com vizinhos ou amigos para ajudar nos afazeres, caso precisassem. **Conclusão:** Os familiares são os maiores provedores de apoio e cuidado e é com eles que os idosos esperam contar quando precisarem de ajuda para a execução de atividades de vida diária, básicas e instrumentais.

Palavras-chave: Idoso.
Saúde. Apoio Social.
Cuidadores.

Abstract

Objective: To compare the social support network and expectation of care among elderly persons who live alone and those who live with others. **Method:** A cross-sectional study with 348 elderly people living in the community in the municipal region of Várzea Grande, Mato Grosso, Brazil was performed. The elderly were interviewed using a questionnaire composed of socio-demographic issues; evaluation tools of basic and instrumental activities of daily living; and care expectation and perceived social support network. The data

Keywords: Health of the
Elderly. Social Support.
Caregivers.

¹ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil.

² Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESP/MT), Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT). Cuiabá, MT, Brasil.

Correspondência
Leila Auxiliadora José de Sant' Ana
leilasantana.geronto@gmail.com

Recebido: 29/01/2019
Aprovado: 18/07/2019

were submitted to descriptive and comparative statistical analysis, the chi-squared test or Fisher's exact test at a significance level of 5%. *Results:* Most of the interviewees were younger elderly women. Of these, 14.66% lived alone and 85.34% lived with other people, with mainly bi-generation family arrangements. The majority stated that they had fair health, had up to two diseases, were dependent in instrumental activities of daily living and independent in self-care activities. Elderly persons who lived with others relied on their family, and the expectation of care was aimed at a daughter or daughter-in-law; while those who lived alone expected to rely on neighbors or friends to help with their tasks, if needed. *Conclusion:* Family members are the greatest providers of support and care, and the elderly hope to count on them when they need help in carrying out basic and instrumental activities of daily living.

INTRODUÇÃO

Formas protetivas às dificuldades cotidianas enfrentadas por idosos podem ser criadas a partir dos laços estabelecidos ao longo dos anos, formando-se redes de relações espontâneas e recíprocas que podem proporcionar o bem-estar individual e coletivo. Tais relações constituem a rede de suporte social informal na qual se cultivam sentimentos de afeto, proteção, segurança, cuidados comuns e mútuos, socialização de conhecimento e informações entre seus membros¹⁻⁷.

Os indivíduos estabelecem laços que formam uma rede de apoio social, que pode oferecer ajuda material, afetiva, informativa ou de interação social na velhice, configurando-se como fator importante na prevenção de vulnerabilidade e isolamento das pessoas idosas^{3,8-10}.

O apoio é geralmente oferecido por aqueles com os quais os vínculos foram mantidos, como familiares, amigos, vizinhos e ex-colegas de trabalho, compondo a rede de suporte social informal. Neste contexto, a família ocupa o lugar de principal suporte no cuidado ao idoso¹¹⁻¹⁵.

A rede social se efetiva nas relações sociais do cotidiano que se materializam em ajuda mútua e concreta nos aspectos financeiro, psicológico e social^{16,17}. Algumas vezes, a rede de suporte social está restrita aos membros da própria família, seja na área urbana ou rural, porém, é nesta última que a relação para o cuidado diário se apresenta mais facilitada, devido à proximidade geográfica^{14,18}.

Estudo sobre a representação da velhice mostra que a família é o suporte para viver uma boa velhice, espaço de troca, ajuda mútua, onde se encontra amparo, proteção e manutenção da saúde¹⁹. Neste sentido, traz aos idosos não somente a crença de que os outros se interessam por eles e estarão disponíveis quando eles precisarem, mas também a satisfação quanto às relações existentes^{8,19,20}, ampliando a sociabilidade e podendo influenciar na capacidade funcional física, cognitiva e psicológica da pessoa idosa^{3,4,6}.

As amizades entre idosos são bastante benéficas, pois são escolhas livres que suprem suas necessidades afetivas, de diálogo e podem auxiliar na solução de questões do cotidiano⁹. Mas, estudos mostram que é com a família que eles mantêm sua relação principal e mais próxima, de provimento de convívio social, ajuda material e nas atividades de vida diária, culturais, de lazer e cuidado^{2,9,13,20,21}.

Existem idosos que necessitam da ajuda de alguém para realizar determinadas tarefas, principalmente na condição de dependência, ausência de autonomia e outras vulnerabilidades. A rede de suporte e apoio social é acionada para prover-lhes o cuidado pessoal, higienização e alimentação, quando acometidos por doenças incapacitantes^{2,15} ou acamados¹⁴.

Muitos idosos se deparam com uma estrutura de serviços sociais e de saúde insuficientes e, para a maioria deles, a família é a única a prover apoio e ajuda. Desta forma, fazem-se relevantes a identificação e a caracterização da rede de apoio social existente nas comunidades, assim como

estudos que possam subsidiar o desenvolvimento de ações direcionadas ao cuidado e ao apoio aos idosos, familiares e cuidadores.

Visando subsidiar a elaboração de políticas de atenção à população idosa e contribuir no conhecimento e direcionamento de novas pesquisas, este estudo objetivou comparar a rede de apoio social e a expectativa para o cuidado entre os idosos que moram sozinhos e os que coabitam.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo, realizado com idosos da comunidade, atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Várzea Grande, Mato Grosso, Brasil.

Visando à diversidade de moradia e arranjo familiar da população, foram recrutados idosos moradores de áreas distintas - uma de abrangência central e outra de área verde. Em consulta à Secretaria Municipal de Saúde, foram apontadas UBS localizadas nos bairros Souza Lima e Água Vermelha. A partir dessas unidades, foram entrevistados idosos residentes nas áreas verdes, beira-rio e urbana, atendidas pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), descritas a seguir:

UBS Souza Lima: abrange as áreas verdes, urbana e beira-rio, contém nove áreas de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em sete bairros: Bonsucesso, Conjunto Habitacional Gilson de Barros, Gonçalo Botelho, Pai André, Parque Boa Vista, Souza Lima e Vale Verde.

UBS Água Vermelha: abrange a área urbana e conta com duas equipes, totalizando 12 ACS em cinco bairros: Água Vermelha, Jardim Glória I, Jardim Marajoara, Jardim Paula I e II. Nessa unidade, oito ACS colaboraram no processo de coleta de dados, sendo seis da Equipe Água Vermelha e dois da Equipe Jardim Glória I. Embora não tenham sido coletados dados em todas as áreas dos agentes, houve representação de todos os bairros cobertos.

Na ocasião da coleta de dados, realizada no período de fevereiro a setembro de 2017, não havia

registro sistematizado dos usuários acompanhados pelos PACS das unidades. Deste modo, o cálculo amostral foi realizado com base no número de atendimentos realizados: 362 idosos na UBS Souza Lima e 450 na UBS Água Vermelha. Foram elegíveis, neste estudo: indivíduos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, atendidos pelas UBS selecionadas, com os quais foi possível estabelecer uma comunicação (escuta e compreensão de fala) para realização da entrevista.

O cálculo amostral foi de 50% da população idosa cadastrada, nível de confiança 95% e margem de erro 5%, sendo 208 amostras da UBS Água Vermelha e 187 da UBS Souza Lima. Os participantes da amostra foram selecionados por conveniência, considerando a dificuldade de localização dos endereços, aceitação dos entrevistados sem a presença dos ACS e que nem todos da UBS Água Vermelha tiveram disponibilidade para acompanhar ou coletar os dados.

Atenderam aos critérios de elegibilidade 164 (36,4%) idosos do total da UBS Água Vermelha e 191 (52,7%) da UBS Souza Lima, somando 355 idosos, representando 43,8% do total cadastrado pelo PACS; dentre esses, foram validados 348 questionários para a análise do estudo.

A maioria das entrevistas foi realizada nos domicílios; na UBS Souza Lima, também houve encontros com os idosos após reuniões de grupo e consultas. Foram envolvidos no processo de coleta de dados oito ACS de cada unidade, sendo que cinco colaboraram no recrutamento e entrevista, e três somente no recrutamento, tanto na UBS Souza Lima quanto na Água Vermelha. Todos os colaboradores participaram previamente de um treinamento sobre o protocolo, os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

O instrumento aplicado na coleta de dados foi elaborado com questões dos protocolos utilizados nos estudos Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP)²², e Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana/Organização Mundial de Saúde (OPA/OMS), no Brasil, conduzido pela

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)²³. Considerou-se sua validade, uma vez que os protocolos dessas pesquisas foram construídos, aplicados e avaliados por especialistas na área de saúde do idoso e epidemiologia.

Para este estudo, foram selecionadas as variáveis: sociodemográficas; arranjo domiciliar; autoavaliação de saúde e doenças autorrelatadas; capacidade funcional; expectativa de cuidado e suporte percebido, conforme descrição a seguir:

As variáveis sociodemográficas foram compostas por respostas autorreferidas: a) idade: número de anos calculados a partir da data de nascimento até o dia da entrevista, agrupado posteriormente, em duas faixas etárias (60 a 74 anos; 75 anos e mais); b) sexo: duas categorias (masculino; feminino); c) estado civil: autorreferido, com quatro categorias (casado(a)/vive com companheiro(a); divorciado(a); separado(a)/desquitado(a); solteiro(a); viúvo(a)); d) escolaridade: calculada em anos de estudo e agrupadas em quatro categorias (<1; 1-4; 5-8; >8); e) trabalha atualmente: *sim*; *não*; f) aposentado(a)/pensionista: inclusos aqueles que recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC), em quatro categorias (recebe aposentadoria; recebe pensão; recebe aposentadoria e pensão; não recebe).

A variável *arranjo de moradia* foi identificada com base nas respostas às perguntas: *Por favor, começando pelo(a) senhor(a), diga-me quantas pessoas residem na casa*. A partir da pergunta foram classificados: a) condição de moradia: sozinho; coabitando; b) arranjo familiar: perguntou-se quando o idoso morava com alguém, *Qual é o grau de parentesco com o(a) senhor(a)?*. Com base nas respostas, foram reagrupados de acordo com a composição de coabitantes.

A saúde abrangeu: a) autoavaliação de saúde: as respostas foram agrupadas em três categorias (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim); b) número de doenças autorrelatadas: perguntou-se se o médico, alguma vez, já havia informado sobre a existência de uma ou mais doenças: do coração (angina, infarto do miocárdio, ataque cardíaco, etc.); pressão alta/ hipertensão; derrame/acidente vascular cerebral (AVC)/isquemia; diabetes mellitus; tumor maligno/ câncer; artrite ou reumatismo; do pulmão (bronquite,

enfisema etc); depressão; osteoporose e, em seguida, as respostas foram agrupadas, por número de doenças, em duas categorias (0 a 2; 3 ou mais).

A capacidade funcional foi avaliada em: a) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), por meio da Escala de Lawton e Brody (usar telefone; usar transporte; fazer compras; preparar alimentos; realizar tarefas domésticas; usar medicação; manejar dinheiro)²⁴; b) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), por meio da Escala de Katz (tomar banho; vestir-se; usar o vaso sanitário; fazer transferência; controlar o esfíncter; alimentar-se)^{24,25}. Ambas as Atividades de Vida Diária (AVD) foram agrupadas como independente, dependente parcial e dependente total, e, posteriormente, reagrupadas em dependente e independente, para a análise estatística.

A variável *expectativa de cuidado* foi avaliada a partir da necessidade de ajuda para AVD. Iniciada com a pergunta *Caso precise ou venha precisar de ajuda para realizar quaisquer dessas atividades citadas anteriormente, o(a) senhor(a) tem com quem contar?* as respostas foram dicotômicas: *sim* ou *não* para cada item (esposo(a); filha ou nora; filho ou genro; outro(a) parente; um(a) vizinho(a) ou amigo(a); profissional pago(a)).

O suporte social percebido foi avaliado com base em cinco perguntas: *O(a) senhor(a) diria que tem várias pessoas com quem conversar, quando se sente sozinho(a)?*; *O(a) senhor(a) diria que encontra e conversa com amigos e familiares?*; *O(a) senhor(a) diria que tem facilidade em encontrar pessoas que possam ajudá-lo(a) em seus afazeres, caso venha a ficar doente?*; *O(a) senhor(a) diria que tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com algum problema?*; e *O(a) senhor(a) diria que tem, pelo menos, uma pessoa em cuja opinião confia plenamente?* As respostas tiveram quatro categorias: nunca; às vezes; maioria das vezes; sempre.

Na fase de organização e análise dos dados, após a realização das entrevistas e conferências das respostas no protocolo, os dados foram armazenados na planilha *Excel*, conferidos por filtro e todos os questionários foram revisados, confrontando-os com os registros da planilha (um a um). Utilizou-se da análise exploratória unidimensional e das frequências absolutas (n) e percentuais (%).

Na análise bidimensional, para avaliar a associação entre condição de moradia (sozinho ou coabitante) com as variáveis *idade* e *saúde dos idosos* empregaram-se os testes qui-quadrado ou exato de Fisher ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

A pesquisa atendeu às exigências das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por meio do parecer nº. 1.995.932, em 03 de abril de 2017.

RESULTADOS

O estudo mostrou que a maioria dos entrevistados ($N=348$) era composta por mulheres, com idade inferior a 75 anos e média de 70,1 (± 7) anos; a faixa etária variou entre 60 e 91. A maioria dos entrevistados residia com outras pessoas, predominando o cônjuge e a relação bigeracional, na qual se incluem cônjuges, filhos e filhas, genros e noras (Tabela 1).

Com relação à saúde, os idosos se autoavaliaram como tendo condições regulares (60,35%), referindo presença de até duas doenças (74,4%), ou seja, sem perfil de multimorbidade. Na avaliação das AIVD, constatou-se dependência de 57,8% dos idosos para todas as atividades. Para as atividades que envolvem o autocuidado (ABVD), a maioria dos idosos (85,9%) mostrou-se independente. A coabitação, condição relatada pela maioria dos entrevistados, não apresentou correlação com π idade, saúde, número de doenças ou funcionalidade (Tabela 2).

Em relação à expectativa do cuidado, os idosos que residiam com alguém esperavam contar, primeiramente, com a ajuda da filha ou nora, seguidas do filho ou genro e, posteriormente do cônjuge (Tabela 3).

Os dados mostram que em relação a maioria dos idosos sempre tinha com quem conversar, encontrava amigos e familiares, e tinha facilidade de encontrar pessoas para ajudar nos afazeres, caso ficasse doente, assim como de pedir opinião ou lidar com algum problema. Entretanto, não houve diferença significativa entre os idosos que residiam sozinhos e os que moravam com alguém (Tabela 4).

Tabela 1. Características sociodemográficas, de saúde e funcionalidade dos idosos (N=348). Várzea Grande, MT, 2017.

Variáveis	Categorias	n (%)
Idade (anos)	60 a 74	256 (73,6)
	75 ou mais	92 (26,4)
Sexo	Masculino	132 (37,9)
	Feminino	216 (62,1)
Estado civil	Casado(a) ou vive com companheiro(a)	200 (57,5)
	Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)	24 (6,9)
	Solteiro(a)	28 (8,1)
	Viuvo(a)	96 (27,6)
Escolaridade	<1	57 (16,4)
	1 a 4	191 (54,9)
	5 a 8	74 (21,3)
	>8	26 (7,5)
Trabalho	Sim	109 (31,3)
	Não	239 (68,7)
Aposentadoria/Pensão	Aposentadoria	224 (64,4)
	Pensão	36 (10,3)
	Aposentadoria e pensão	24 (6,9)
	Não recebe	64 (18,4)
Condição de moradia	Sozinho(a)	51 (14,7)
	Mora com alguém	297 (85,3)
Arranjo de moradia	Cônjuge	82 (27,6)
	Filho(a)	24 (8,1)
	Neto(a)	19 (6,4)
	Outro(a) familiar	7 (2,4)
	Cônjuge, filho(a)/cônjuge, filho(a), genro ou nora	60 (20,2)
	Cônjuge, filho(a), genro ou nora, neto(a)/cônjuge, filho(a), neto(a)/cônjuge, genro ou nora, neto(a)/cônjuge, filho(a), neto(a), outro(a) familiar não remunerado(a)	45 (15,2)
	Cônjuge, filho(a), pais/cônjuge, filho(a), neto(a), irmãos(ãs), cônjuge, neto(a), enteado(a), cônjuge, neto(a)	19 (6,4)
	Filho(a), genro ou nora, Filho(a), genro ou nora, neto(a), filho(a), neto(a)/genro ou nora, neto(a), outro(a) familiar	29 (9,8)
	Filho(a), irmãos(ãs) / filho(a), outro(a) familiar/neto(a), outro(a) familiar	5 (1,7)
	Outros(as) coabitantes*	7 (2,4)
Saúde	Boa/Muito boa	97 (27,9)
	Regular	210 (60,4)
	Ruim/Muito ruim	41 (11,8)
Doenças	0 a 2	259 (74,4)
	3 ou mais	89 (25,6)
AIVD**	Dependente	201 (57,8)
	Independente	147 (42,2)
ABVD***	Dependente	49 (14,1)
	Independente	299 (85,9)

* Enteados(as), irmãos(ãs), pais, outros(as) familiares remunerados(as) ou não remunerados(as); **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); ***Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).

Tabela 2. Comparação entre a condição de moradia dos idosos com as variáveis sociodemográficas, saúde e funcionalidade (N=348). Várzea Grande, MT, 2017.

Variáveis		Mora sozinho(a)	Mora com alguém	p*
		n (%)	n (%)	
Idade (anos)	60 a 74	34 (13,3)	222 (86,7)	0,2997
	75 ou mais	17 (18,5)	75 (81,5)	
Saúde	Boa/Muito boa	18 (18,6)	79 (81,4)	0,2267
	Regular	30 (14,3)	180 (85,7)	
	Ruim/Muito ruim	3 (7,3)	38 (92,7)	
Doenças	0 a 2	40 (15,4)	219 (84,6)	0,5919
	3 ou mais	11 (12,4)	78 (87,6)	
AIVD**	Dependente	23 (11,4)	178 (88,6)	0,0676
	Independente	28 (19,1)	119 (81)	
ABVD***	Dependente	4 (8,2)	45 (91,8)	0,2427
	Independente	47 (15,7)	252 (84,3)	

* Teste Qui-quadrado ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$); **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); ***Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).

Tabela 3. Comparação entre a condição de moradia dos idosos e com quem podem contar (N=348). Várzea Grande, MT, 2017.

Variáveis*		Mora sozinho(a)	Mora com alguém	p**
		n (%)	n (%)	
Esposo(a)	Sim	6 (3,3)	176 (96,7)	<0,001
	Não	44 (27)	119 (73)	
Filha ou nora	Sim	33 (12,3)	236 (87,7)	0,0429
	Não	17 (22,4)	59 (77,6)	
Filho ou genro	Sim	23 (10,2)	202 (89,8)	0,0043
	Não	27 (22,1)	95 (77,9)	
Outro(a) parente	Sim	24 (14)	147 (86)	0,8960
	Não	26 (15,1)	146 (84,9)	
Vizinho(a) ou amigo(a)	Sim	29 (15,6)	157 (84,4)	0,6358
	Não	21 (13,2)	138 (86,8)	
Profissional pago(a)	Sim	16 (19,1)	68 (81)	0,2359
	Não	34 (13)	227 (87)	

* Responderam às questões referentes à expectativa de cuidado: 347 para filho ou genro; 343 para outro(a) parente; 345 para demais membros;

** Teste Qui-quadrado ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

Tabela 4. Comparação entre a condição de moradia dos idosos e a rede de suporte percebido (N=348). Várzea Grande, MT, 2017.

Variáveis*	Mora sozinho(a) n (%)	Mora com alguém n (%)	p**
Tem várias pessoas com quem conversar quando se sente sozinho(a)			
Nunca	1 (20)	4 (80)	0,5733
Às vezes	12 (15,8)	64 (84,2)	
Maioria das vezes	11 (18,3)	49 (81,7)	
Sempre	27 (13)	180 (87)	
Encontra e conversa com amigos e familiares			
Nunca	0 (0)	4 (100)	0,2063
Às vezes	20 (21,5)	73 (78,5)	
Maioria das vezes	7 (13)	47 (87)	
Sempre	24 (12,3)	171 (87,7)	
Tem facilidade de encontrar pessoas que possam ajudá-lo(a) em seus afazeres, caso venha a ficar doente			
Nunca	3 (30)	7 (70)	0,3722
Às vezes	13 (15,5)	71 (84,5)	
Maioria das vezes	8 (17,8)	37 (82,2)	
Sempre	27 (13,1)	179 (86,9)	
Tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com algum problema?			
Nunca	2 (18,2)	9 (81,8)	0,9499
Às vezes	11 (14,7)	64 (85,3)	
Maioria das vezes	6 (13)	40 (86,7)	
Sempre	31 (14,5)	183 (85,5)	
O(a) senhor(a) diria que tem, pelo menos, uma pessoa em cuja opinião confia plenamente?			
Nunca	3 (23,1)	10 (76,9)	0,1828
Às vezes	11 (20,8)	42 (79,3)	
Maioria das vezes	6 (20)	24 (80)	
Sempre	31 (12,4)	219 (87,6)	

* Responderam às questões: 348 para a primeira; 345 para a terceira; 346 para as Demais; ** Teste Qui-quadrado ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O perfil socioedemográfico dos idosos entrevistados apresentou características semelhantes ao de outras pesquisas, ou seja, predomínio de mulheres^{4,26}, idade inferior a 75 anos^{1,4,18,27-30}, coabitação^{4,26,28,30}, existência de até duas doenças^{4,26-28} e independência para as ABVD (85,92%). É comum, como mostrou o estudo SABE, o desenvolvimento de dependência ser maior para as mulheres (33,2%), para os longevos (59,46%) e viúvos (37,3%)⁴.

O fato de os idosos morarem ou não com alguém não mostrou correlação com as variáveis *idade, saúde, número de doenças e funcionalidade*. Entretanto, os dados referentes à avaliação da dependência para as ABVD e AIVD seguem a mesma tendência dos resultados encontrados em outros estudos²⁸⁻³⁰.

Rabelo e Neri²⁸ mostram que idosos morando com alguém apresentam total independência para as ABVD (96,3%), para as AIVD (58,2%) e, menor envolvimento social (65,7%) entre os mais longevos.

Elias, Marzola e Molina³⁰ apresentaram, em seu estudo (N=637), que 20,3% dos idosos moram sozinhos e que uma funcionalidade familiar ruim foi associada à condição domiciliar unipessoal.

Análise das informações da Pesquisa Nacional de Saúde com indivíduos de 60 anos ou mais (N=11.967) aponta que 15,3% dos idosos no Brasil moram sozinhos. Essa condição foi 29% maior para mulheres e prevalente em quase 1/5 dos indivíduos com 75 anos ou mais²⁹.

Quase 1/3 dos residentes unipessoais apresentou queixa da existência de alguma doença nas duas semanas anteriores à entrevista, maior dificuldade autorreferida nas AIVD; quedas (últimos 12 meses) e pior padrão alimentar também estão relacionados aos idosos que moram sozinhos²⁹. A maioria dos idosos vive acompanhada^{1,27,28,30,31} e, entre seus familiares, através das gerações, se estabelecem reciprocidade confortável em dar e receber ajuda, principalmente material e emocional³².

Na correlação entre a expectativa de cuidados e condição de moradia, os dados mostraram centralidade na família e o cuidado provido, primeiramente, pela filha ou nora; em seguida pelo filho ou genro; e, posteriormente, pelo cônjuge, o que corrobora com os estudos de Souza et al.¹, visto que a esperança de cuidado é direcionada aos familiares. Oliveira et al.²⁷ apontam que 89,12% dos idosos relatam expectativa para o cuidado; 44% esperam receber cuidados de somente uma pessoa, sendo esta, muitas vezes, o cônjuge que normalmente também é uma pessoa idosa. E, entre os que moram sozinhos, há risco três vezes maior da ausência da expectativa de cuidado.

Lins et al.³³ relatam que os cuidadores são, na maioria das vezes, mulheres (77%), cônjuges (39,9%), e residem com os idosos (85,7%). Outro estudo sinaliza que, à frente do cuidado, estão as mulheres (40,4%); filhos (56,3%), cônjuges (13%) e amigos, vizinhos, pessoas próximas e do convívio do idoso (10,1%) e 85,1% dos cuidadores de idosos acamados residem com eles¹⁴.

A presença do cônjuge ou companheiro e um maior envolvimento em atividades sociais são

indicadores de melhor funcionalidade e saúde psicológica, e são menos onerosos ao idoso, sendo notório quando a família atinge as expectativas do cuidado²⁸.

Guedes et al.⁵ destacam que os cuidados informais são mais efetivos quando oferecidos por parentes próximos. Por outro lado, a falta e/ou o distanciamento geográfico dessas pessoas são associados a um suporte inadequado.

Nesta pesquisa, a comparação entre condição de moradia e rede de suporte, tanto para aqueles que moram sozinhos quanto acompanhados, mostrou a satisfação dos idosos com suas redes sociais, visto relatarem que sempre encontram pessoas para conversar ou ajudar nos afazeres.

Os familiares costumam ser mais próximos e, por isto, são considerados importantes no que se refere ao apoio emocional¹⁴, e a percepção satisfatória sobre o suporte familiar influencia na saúde mental e nas situações de estresse, além de oportunizar bem-estar social, sentimento de segurança e autonomia^{28,31}. As pesquisadoras destacam que a rede composta por familiares e amigos é maior do que a rede familiar, quando relacionada aos filhos que não moram com o idoso. Ainda que esta rede seja menor, é a que mais expressivamente apoia o idoso⁴.

Familiares, vizinhos, amigos e comunidade são fundamentais nas situações de crise, socialização e redução do estresse em geral, sendo conceituados como rede de suporte informal e frequente provedora frente à insuficiência da rede social ofertada pelo poder público^{5,7}.

Como limitação do estudo, em razão da homogeneidade da amostra, embora realizada em áreas diferentes, destaca-se a impossibilidade de pontuação das significâncias estatísticas na rede de suporte social, em relação ao perfil dos idosos entrevistados. O estudo transversal também não possibilita investigar a efetividade e a dinâmica da rede familiar, destacando diferenças mais específicas para os mais longevos e com capacidade funcional comprometida. Apesar disso, os resultados do presente estudo poderão subsidiar futuras pesquisas.

CONCLUSÃO

A população do estudo foi composta principalmente por mulheres, tinha idade inferior a 75 anos, era independente para atividades básicas e apresentou significativo comprometimento para as atividades instrumentais. A maioria dos idosos que morava com outras pessoas apresentou expectativa para o cuidado e mostrou confiança nas pessoas próximas para auxiliar nas atividades diárias, quando necessário, principalmente em relação aos seus filhos, tendo a filha ou a nora como principal cuidadora.

Ainda que não haja significância estatística, notaram-se relações de convívio entre os idosos, pois eles declararam que sempre encontraram pessoas para conversar, ajudar nas tarefas e dar sugestões e opiniões. Em geral, a família apareceu como principal suporte social para atividades fora de casa ou do autocuidado, mas amigos e outros da comunidade

também foram provedores de apoio emocional e moral, pois reservaram espaços para conversas e interação social.

Embora não tenha sido o caso da maioria, chamou atenção a proporção de idosos que moravam sozinhos ou somente com seus cônjuges e apresentaram limitações para as atividades instrumentais. Essa condição de moradia sugeriu insuficiência da rede de suporte, além do não atendimento efetivo às necessidades cotidianas dos idosos.

Uma rede de suporte mais diversificada poderia suprir, de alguma forma, a insuficiência do suporte social do poder público. Sugere-se, portanto, a continuidade de pesquisas relativas ao suporte e ao apoio social, e espera-se que este estudo, de alguma forma, incentive a busca por estratégias e pela implementação de programas de cuidado e apoio aos idosos e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Souza DS, Berlese DB, da Cunha GL, Cabral SM, dos Santos GA. Análise da relação do suporte social e da síndrome da fragilidade em idosos. *Psicologia, saúde e doenças* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jun. 2018];8(2):420-33. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200011&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.15309/17psd180211>
2. Lemos ND, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, organizadoras. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 3153-66.
3. Domingues MARC, Ordóñez TN, da Silva TBL. Instrumentos de avaliação de rede de suporte social. In: Freitas EV, Py L, organizadoras. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p.3490-508.
4. Brito TRP, Nunes DPI, Duarte YAO, Lebrão ML. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [acesso em 25 jun. 2019];21(Suppl 2):e180003 [15 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300400&lng=pt. Epub04-Fev-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>
5. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis* [Internet]. 2017 [acesso em 13 nov. 2018];27(4):1185-1204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401185&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
6. Rabelo DF, Neri AL. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando Fam* [Internet]. 2014 [acesso em 13 nov. 2018];18(1):138-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100012&lng=pt&tlng=pt
7. Guadalupe S, Cardoso J. As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Soc Estado* [Internet]. 2018 [acesso em 13 de nov. 2018];33(1):213-48. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
8. Neri AL. *Palavras-chave em Gerontologia*. 4.ed. Campinas: Alínia; 2014. Rede de suporte social. p. 289-95.
9. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 10 jun. 2018];17(2):250-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417205>

10. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 [acesso em 10 jun. 2018];8(1):e54856 [10 p.]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054856>
11. Shiba K, Kondo N, Kondo K. Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *J Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso em 10 de jun. 2018];26(12):622-8. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/26/12/26_JE20150263/_article/-char/ja/
12. Gouveia OMR, Matos AD, Schouten MJ. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 17 jun. 2018];19(6):1030-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-01030.pdf
13. Tarallo RS. As relações intergeracionais e o cuidado do idoso. *Rev Kairós* [Internet]. 2015 [acesso em 26 jan. 2019];18(19):39-55. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/26592>
14. Mendes PN, Figueiredo MLF, dos Santos AMR, Fernandes MA, Fonseca RSB. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 26 de jun. 2019];32(1):87-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000100087&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
15. dos Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jun. 2018];20(5):1321-30. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01321.pdf
16. Lee HS, Kim C. Structural equation modeling to assess discrimination, stress, social support, and depression among the elderly in South Korea. *Asian Nurs Res* [Internet]. 2016 [acesso em 02 ago. 2016];10(1):182-8. Disponível em: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(16\)30039-1/pdf](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(16)30039-1/pdf)
17. Li H, Ji Y, Chen T. The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 02 ago. 2016];9(3):e90051 [8 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24594546>
18. de Sousa FJD, Gonçalves LHT, Paskulin LGM, Gamba MA. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [acesso em 26 jan. 2019];12(4):824-31. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/178164>
19. Brito AMM, Camargo BV, Castro A. Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jan. 2019];9(1):5-21. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100002&lng=pt&nrm=iso
20. Santos AS, da Silveira RE, Farinelli MR. A dinâmica sociofamiliar do idoso. In: Campos ACV, Berlezi EM, Correa AHM, organizadores. *Direitos do idoso: os novos desafios das políticas públicas*. Ijuí: Unijuí; 2014. p.123-45.
21. Domingues MA, Ordóñez TN, Lima-Silva TB, Torres MJ, de Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 17 jun. 2018];16(1):49-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100006>
22. Neri AL, Guariento ME, organizadoras. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA*. Campinas: Alínea; 2011.
23. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 [acesso em 05 ago. 2016];8(2):127-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=pt&nrm=iso
24. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [acesso em 05 ago. 2016];41(2):317-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso
25. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho T, Busksman S. Cross-cultural adaptation of the independence in activities of daily living index (Katz index). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 07 jun. 2016];24(1):103-12. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100010&script=sci_arttext&lng=es

26. Murata C, Saito T, Saito M, Kondo K. The Association between Social Support and Incident Dementia: A 10-Year Follow-Up Study in Japan. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [acesso em 25 jun. 2019];16:239. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/2/239>
27. Oliveira DC, Neri AL, D'Elboux MJ. Ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 02 out. 2018];69(3):566-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0566.pdf>
28. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 26 jun. 2019];31(4):874-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400874&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087514>
29. Negrini ELD, do Nascimento CF, da Silva A, Antunes JLF. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 26 jan. 2019];21(5):542-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n5/pt_1809-9823-rbagg-21-05-00523.pdf
30. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, de Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 26 jan. 2019];21(5):582-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n5/pt_1809-9823-rbagg-21-05-00562.pdf
31. Maia CML, Castro FV, da Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2016 [acesso em 04 set. 2018];1(1):293-304. Disponível em: <http://infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279/182>
32. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Saúde da pessoa idosa: gerenciamento de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa [Internet]. São Paulo: SMS; 2015 [acesso em 10 jul. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ems/APOSTILA%20CURSO%20DE%20GERENCIAMENTO%20DE%20CUIDADOS%20DA%20PESSOA%20IDOSA_CD.pdf
33. Lins AES, Rosas C, Neri AL. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 30 set. 2018];21(3):341-52. Disponível em: <http://www.rbagg.com.br/arquivos/proximas-publicacoes/2017-0177.pdf>