

Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade

Social support and expectation of elderly care: association with sociodemographic variables, health and functionality

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

DOI: 10.1590/0103-1104201912117

RESUMO Este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre suporte percebido e recebido e a expectativa de cuidado com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e funcionalidade dos idosos da comunidade do município de Várzea Grande, no estado de Mato Grosso. Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada com 348 idosos. A coleta de dados foi efetivada por entrevistas, utilizando-se de um instrumento com questões sociodemográficas; estado de saúde; funcionalidade; e rede de suporte percebido e recebido. As análises foram realizadas pelos testes do Qui-quadrado ou Exato de Fisher. O suporte social foi avaliado positivamente entre os idosos, reconhecendo a família como principal provedora, principalmente as mulheres. A expectativa do cuidado foi associada ao cônjuge, por gênero, idade, estado civil e arranjo familiar, principalmente às filhas ou noras, enquanto os irmãos e o profissional pago foram pouco mencionados. Na velhice, há uma dependência maior do suporte, em razão da saúde e da incapacidade, entretanto, há uma tendência da redução da rede de apoio na idade avançada. É importante desenvolver estratégias de atenção aos idosos e cuidadores familiares. Espera-se que este estudo subsidie a implementação de ações de cuidados aos idosos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do idoso. Apoio social. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study aims to evaluate the association between perceived and received support and the expectation of care with the sociodemographic variables, health conditions and functionality of the elderly in the community of the municipality of Várzea Grande, Mato Grosso state. It is a cross-sectional study carried out with 348 elderly people. The data collection was carried out by interviews, using an instrument with sociodemographic questions; health condition; functionality; and perceived and received support network. Analyzes were performed using Chi-square or Fisher's Exact tests. Social support was evaluated positively among the elderly, recognizing the family as the main provider, especially women. The expectation of care was associated to the spouse, by gender, age, marital status and family arrangement, especially to daughters or daughters-in-law, while siblings and paid professional were little mentioned. In old age, there is a greater reliance on support, due to health and disability, however, there is a tendency to reduce the support network in old age. It is important to develop care strategies for the elderly and family caregivers. It is hoped that this study will subsidize the implementation of elder care actions.*

KEYWORDS *Health of the elderly. Social support. Primary Health Care.*

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (SP) – Brasil. leilasantana.geronto@gmail.com

² Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESP), Mato Grosso (MT) – Brasil.



Introdução

O envelhecimento ocorre em um contexto sociocultural e necessita de atenção e cuidados organizacionais. Para o indivíduo, viver a velhice satisfatoriamente depende não somente da sua competência frente às demandas externas e ambientais, mas também da sua inserção coletiva, cuja relação se efetiva na construção e na manutenção de seu bem-estar¹. No ambiente familiar e na relação entre amigos e vizinhos, são estabelecidos laços de enfrentamento das dificuldades e atividades cotidianas². Os indivíduos do ambiente familiar e comunitário são pessoas significativas, portanto, provedoras de suporte social, e formam uma rede de apoio informal, direcionada à ajuda cotidiana, que gera o bem-estar das pessoas envolvidas²⁻⁷.

A rede de apoio informal se concretiza nas relações sociais, na interação e no suporte material, instrumental e afetivo, proporcionando inclusão social, promoção da saúde e qualidade de vida aos idosos⁵⁻⁸. Entre os que possuem menos recursos financeiros, este tipo de ajuda é ainda mais necessário, visto que, em condições de agravos de saúde e dificuldades de acesso a uma rede formal de saúde, como medicação e tratamentos, eles podem se tornar mais dependentes de uma rede de apoio informal, normalmente situada em espaços mais próximos em termos geográficos, o que torna mais fácil o requerimento de ajuda^{4,7-16}.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que aponta para a necessidade de estudos que subsidiem ações de atenção e apoio a famílias e cuidadores de idosos. Faz-se relevante conhecer a rede de suporte e apoio social aos idosos existentes na comunidade do município de Várzea Grande, no estado de Mato Grosso. Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo avaliar a associação entre suporte percebido e recebido e a expectativa de cuidado com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e funcionalidade dos idosos desta comunidade.

Material e métodos

Realizou-se um estudo transversal com idosos da comunidade, atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Várzea Grande (MT). A Secretaria Municipal de Saúde apontou as UBS que incluíam idosos moradores das áreas urbana, rural e beira-rio, considerando a intenção de alcançá-los para o estudo. Na ocasião da coleta de dados, não havia registros sistematizados nas UBS, e o número de idosos foi informado a partir das fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A UBS Souza Lima contava com 362 idosos e a Água Vermelha, com 450.

Considerando que não houve adesão de todos os ACS na visita para coleta, optou-se pela amostra por conveniência, ou seja, 191 idosos (52%) da Souza Lima e 164 (36,4%) da Água Vermelha, totalizando 355 entrevistas. Participaram do processo de visita e coleta de dados, oito ACS, sendo que cinco colaboraram nas visitas e nas entrevistas, e três somente nas visitas, tanto na UBS Souza Lima quanto na UBS Água Vermelha, além destes mais três pesquisadoras voluntárias participaram da coleta de dados. Todos os colaboradores participaram previamente de um treinamento sobre o protocolo da pesquisa, seus objetivos e procedimentos.

Foram considerados, como critérios de inclusão: pessoas com 60 anos ou mais; atendidas nas unidades de saúde do local do estudo; com condições de comunicação (fala, audição e compreensão); que aceitaram participar voluntariamente da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos idosos institucionalizados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram, ainda, excluídos 7 sujeitos, permanecendo 348 idosos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas ocorridas, em sua maioria, nos domicílios, com acompanhamento dos ACS, e nas unidades de saúde, após as reuniões de grupos ou consultas. O instrumento utilizado foi elaborado a partir de um protocolo

de pesquisa (questionário), validado 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), e ‘Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe)’, no Brasil, conduzido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), sob a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). As perguntas foram selecionadas e adaptadas conforme o objetivo do estudo^{17,18}. O questionário foi estruturado em seis blocos: 1) identificação do participante; 2) variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, raça/cor, ocupação, escolaridade, arranjo de moradia e renda); 3) estado de saúde; 4) funcionalidade; 5) expectativa de cuidado e suporte social percebido; e 6) rede de apoio familiar e social.

Neste estudo, a rede de suporte e apoio social percebido e recebido, além da expectativa de cuidado das pessoas que residem ou não com os idosos, foram associadas às variáveis sociodemográficas e condições de saúde e funcionalidade categorizadas abaixo:

- Sociodemográficas: gênero (masculino; feminino); idade (60 a 74 anos; 75 anos ou mais), estado civil (casado ou vivendo com companheiro; divorciado, separado ou desquitado; solteiro; viúvo). A idade foi calculada com base na relação entre as datas de nascimento e da realização da entrevista.
- Saúde: autoavaliação de saúde (muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim); número de doenças (0 a 2; 3 ou mais).
- Funcionalidade: Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), baseadas na Escala de Lawton e Brody (usar o telefone; usar transportes; fazer compras; preparar alimentos; realizar tarefas domésticas; usar medicação; manejar dinheiro); e Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionadas

ao autocuidado, referenciadas na Escala de Katz (tomar banho; vestir-se; usar o vaso sanitário; transferir-se, controlar o esfíncter; alimentar-se)¹⁹. As AIVD e as ABVD foram avaliadas em independência, dependência parcial e dependência total. E, para a análise deste estudo, foram categorizadas em: dependente; independente.

- Expectativa de cuidado: avaliada a partir da necessidade de ajuda para Atividades de Vida Diária (AVD) – instrumentais e básicas. A pergunta ‘Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar quaisquer dessas atividades citadas anteriormente, o(a) senhor(a) tem com quem contar?’ teve as seguintes opções de resposta: ‘sim’; ‘não’; ‘NR’ (Não Respondeu). Para aqueles que responderam ‘sim’, seguiu-se a pergunta ‘Quem é essa pessoa?’, com as seguintes opções: cônjuge ou companheiro; filha ou nora; filho ou genro; outro parente; vizinho ou amigo; profissional pago.

- Suporte percebido: avaliado a partir de ‘nunca’; ‘às vezes’; ‘maioria das vezes’; ‘sempre’ como respostas às 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 de 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 sobre como lidar com algum problema?’; ‘O(A) senhor(a) diria que tem, pelo menos, uma pessoa em cuja opinião confia plenamente?’.

- Ajuda recebida dentro de casa: avaliada a partir da lista de pessoas que vivem na mesma residência que o idoso. Fez-se a seguinte pergunta: ‘Agora, me diga: alguma dessas pessoas o(a) ajuda? Se sim, com o quê?’. Na análise, as respostas foram categorizadas em: ‘sim’; ‘não’. O complemento à resposta positiva era livre.

• Ajuda recebida fora de casa: avaliada a partir das respostas à pergunta 'Agora quero perguntar: tem filhos que não moram na casa com o(a) senhor(a)?'. Registrou-se o número de filhos (próprios; enteados; adotivos) e seguiu-se a pergunta 'Agora me diga se: o(a) senhor(a) recebe algum tipo de ajuda desses filhos? Se sim, com o quê?'. As mesmas perguntas foram feitas relacionadas aos irmãos. Sobre outros familiares e outros amigos, perguntou-se: 'Existe algum outro familiar ou amigo, que não mora com o(a) senhor(a) na mesma casa, do qual recebe ajuda ou para o qual fornece algum tipo de ajuda? Poderia me dizer, por favor?'. As respostas foram 'sim'; 'não'; 'NS' (Não Sabe); 'NR' (Não Respondeu). Seguiram-se as perguntas 'Quem?' e 'Qual ajuda?'. As respostas foram agrupadas em 'filhos'; 'irmãos'; 'outros'.

Os dados foram inseridos na planilha Excel, conferidos por filtro e revisão de todos os questionários, um por um. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Software R*, versão 3.5.0. R Core Team (2018). Foram realizadas análises descritivas com valores de frequência absoluta (n) e relativa (%). Para a análise da associação entre o suporte percebido e recebido e a expectativa de cuidado com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e funcionalidade dos idosos, foram utilizados os testes Qui-quadrado ou

Exato de Fisher ao nível de 5% de significância (valor $p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, com o parecer nº 1.995.932, de 3 de abril de 2017, e atendeu às exigências para pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta ocorreu após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

Resultados

Dos 348 idosos entrevistados: a maioria era de mulheres (62,07%); coabitavam com alguém (85,34%); casados ou com companheiros, seguido dos viúvos; tinham escolaridade e renda baixas. A faixa etária variou de 60 a 91 anos, com média de 70,1 (dp=7) e com a maior parcela tendo idade inferior a 75 anos (73,56%).

A ajuda recebida ou não de pessoas que residiam com os idosos não apresentou associação com as variáveis sociodemográficas, entretanto, mais de 92% dos idosos responderam que recebiam ajuda das pessoas com as quais coabitavam principalmente mulheres (95,03%), idosos jovens (95,41%), viúvos e casados ou com companheiros (96,83% e 95,31%, respectivamente), como se vê na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição de frequência e associação para ajuda recebida de pessoas que residem e não residem com os idosos e as variáveis sociodemográficas, condições da saúde e funcionalidade. Várzea Grande (MT), Brasil, 2017

Variáveis	Ajuda recebida ou não de pessoas que residem com os idosos (n=289)			Ajuda recebida ou não de pessoas que não residem com os idosos								
				Filhos (n=315)			Irmãos (n=308)			Outros familiares e amigos (n=347)		
	Sim n (%)	Não n (%)	Valor-p ^(a)	Sim n (%)	Não n (%)	Valor-p	Sim n (%)	Não n (%)	Valor-p	Yes n (%)	Não n (%)	Valor-p
Gênero												
Masculino	105 (97,22)	3 (2,78)	0,5446 ^(a)	80 (68,38)	37 (31,62)	0,0090 ^(b)	21 (17,95)	96 (82,05)	0,0961 ^(b)	58 (43,94)	74 (56,06)	0,0700 ^(b)
Feminino	172 (95,03)	9 (4,97)		161 (81,31)	37 (18,69)		50 (26,18)	141 (73,82)		116 (53,95)	99 (46,05)	
Idade												
60 a 74	208 (95,41)	10 (4,59)	0,7365 ^(a)	176 (74,58)	60 (25,42)	0,2134 ^(b)	50 (21,65)	181 (73,85)	0,3489 ^(b)	121 (47,45)	134 (52,55)	0,1214 ^(b)
75 ou mais	69 (97,18)	2 (2,82)		65 (82,28)	14 (17,72)		21 (27,27)	56 (72,73)		53 (57,61)	39 (42,39)	

Tabela 1. (cont.)

Estado civil												
Casado ou com companheiro	183 (95,31)	9 (4,69)	0,8916 ^(a)	148 (76,88)	45 (23,32)	0,1040 ^(a)	31 (17,03)	151 (82,97)	0,0070 ^(a)	95 (47,74)	104 (52,26)	0,0572 ^(b)
Divorc., separ., desq.	16 (100)	0 (0)		6 (60)	4 (40)		8 (40)	12 (60)		17 (70,83)	7 (29,17)	
Solteiro	17 (94,44)	1 (5,56)		17 (62,96)	10 (37,04)		5 (20)	20 (80)		10 (35,71)	18 (64,29)	
Viúvo	61 (96,83)	2 (3,17)		70 (82,35)	15 (17,65)		27 (33,33)	54 (66,67)		52 (54,17)	44 (45,83)	
Arranjo familiar												
Mora sozinho	-	-	*	34 (79,07)	9 (20,93)	0,8159 ^(b)	13 (27,66)	34 (72,34)	0,5309 ^(b)	29 (56,86)	22 (43,14)	0,3749 ^(b)
Mora com alguém	-	-		207 (76,1)	65 (23,9)		58 (22,22)	203 (77,78)		145 (48,99)	151 (51,01)	
Autoavaliação de saúde												
Boa/Muito boa	73 (93,59)	5 (6,41)	0,3211 ^(a)	70 (77,78)	20 (22,22)	0,4550 ^(b)	16 (18,6)	70 (81,4)	0,4543 ^(b)	47 (48,45)	50 (51,55)	0,5812 ^(b)
Regular	170 (97,14)	5 (2,86)		145 (73,6)	42 (21,32)		47 (25,41)	138 (74,59)		109 (52,15)	100 (47,85)	
Ruim/Muito ruim	34 (94,44)	2 (5,56)		26 (68,42)	12 (31,58)		8 (21,62)	29 (78,38)		18 (43,9)	23 (56,1)	
Nº de doenças												
0 a 3	204 (95,77)	9 (4,23)	1 ^(a)	179 (76,17)	56 (23,83)	0,9286 ^(b)	52 (22,91)	175 (77,09)	1 ^(b)	121 (46,72)	138 (53,28)	0,0388 ^(b)
3 ou mais	73 (96,05)	3 (3,95)		62 (77,5)	18 (22,5)		19 (10,87)	62 (89,13)		53 (60,23)	35 (39,77)	
AIVD												
Independente	105 (92,92)	8 (7,08)	0,0671 ^(a)	106 (78,52)	29 (21,48)	0,4660 ^(b)	26 (18,98)	111 (81,02)	0,1291 ^(b)	73 (50)	73 (50)	0,9640 ^(b)
Dependente	172 (97,73)	4 (2,27)		135 (75)	45 (25)		45 (26,32)	126 (73,68)		101 (50,25)	100 (49,75)	
ABVD												
Independente	236 (95,93)	10 (4,07)	0,6951 ^(a)	209 (76,56)	64 (23,44)	0,9581 ^(b)	59 (22,26)	206 (77,74)	0,4150 ^(b)	144 (48,32)	154 (51,68)	0,0940 ^(b)
Dependente	41 (95,35)	2 (4,65)		32 (76,19)	10 (23,81)		12 (27,91)	31 (72,09)		30 (61,22)	19 (38,78)	

Fonte: Elaboração própria.

*As variáveis não se associam, visto que se referem às pessoas que moram com os idosos.

^(a) Teste Exato de Fischer.

^(b) Teste Qui-quadrado.

Ainda na *tabela 1*, observa-se que a ajuda recebida ou não de pessoas que não residiam com os idosos mostrou associação entre filhos e gênero ($p=0,0090$); estado civil foi associado aos irmãos ($p=0,0070$); número de doenças teve relação com ajuda de outros familiares e amigos ($p=0,0388$). Em relação à ajuda recebida dos filhos, a maior proporção esteve entre as mulheres (81,31%); a ajuda recebida de irmãos e profissionais pagos foi pouco mencionada entre os idosos; e o requerimento de ajuda a outros familiares e amigos foi maior entre aqueles que apresentavam três ou mais doenças.

Nota-se que os idosos que esperavam ser cuidados por seus cônjuges apresentavam associação estatística significativa ($p<0,001$)

com todas as variáveis sociodemográficas analisadas, ou seja, gênero, idade, estado civil e arranjo familiar. Do mesmo modo, entre aqueles que esperavam ser cuidados por suas filhas ou noras também houve associação significativa ($p<0,001$), com exceção da variável idade. A expectativa do cuidado esteve centrada no seio da família. As filhas ou noras foram apontadas como principais cuidadoras, exceto pelos divorciados, separados ou desquitados. Em relação ao gênero, as mulheres esperavam, primeiramente, pelos cuidados das filhas ou noras (81,78%), mas não esperavam pelos cuidados dos maridos. Já os homens esperavam igualmente pelos cuidados das esposas e das filhas ou noras (71,76%);

filhos ou genros apareceram em terceiro lugar como expectativa de cuidados para homens e mulheres (62,88% e 66,05%, respectivamente), como se vê na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição de frequência e associação da expectativa de cuidado com as variáveis sociodemográficas. Várzea Grande (MT), Brasil, 2017

Variáveis ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	Cônjuge (n=345)			Filha ou nora (n=345)			Filho ou genro (n=347)		
Gênero									
Masculino	94 (71,76)	37 (38,24)	<0,001	94 (71,76)	37 (28,24)	0,0291	83 (62,88)	49 (37,12)	0,5491
Feminino	88 (41,12)	126 (58,88)		175 (81,78)	39 (18,22)		142 (66,05)	73 (33,95)	
Idade									
60 a 74	148 (58,27)	106 (41,73)	<0,001	195 (76,77)	59 (23,23)	0,4587	165 (64,71)	90 (35,29)	1
75 ou mais	34 (37,36)	57 (62,64)		74 (81,32)	17 (18,68)		60 (65,22)	32 (34,78)	
Estado civil									
Casado ou com companheiro	163 (83,32)	35 (17,68)	<0,001	166 (83)	34 (17)	<0,001	141 (70,5)	59 (29,5)	<0,001
Divorciado, separado, desquitado	4 (16,67)	20 (83,33)		7 (29,17)	17 (70,83)		5 (20,83)	19 (79,17)	
Solteiro	7 (25)	21 (75)		18 (64,29)	10 (35,71)		16 (57,14)	12 (42,86)	
Viúvo	8 (8,42)	87 (91,58)		78 (83,87)	15 (16,13)		63 (66,32)	32 (33,68)	
Arranjo familiar									
Mora sozinho	6 (12)	44 (88)	<0,001	33 (66)	17 (34)	0,0429	23 (46)	27 (54)	0,0043
Mora com alguém	176 (59,66)	119 (40,34)		236 (80)	59 (20)		202 (68,01)	95 (31,99)	
Variáveis ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	Outro parente (n=343)			Vizinho ou amigo (n=345)			Profissional pago (n=345)		
Gênero									
Masculino	63 (48,09)	68 (51,91)	0,6082	75 (56,82)	57 (43,18)	0,3940	27 (20,45)	105 (79,55)	0,1850
Feminino	108 (50,94)	104 (49,06)		111 (52,11)	102 (47,89)		57 (26,76)	156 (73,24)	
Idade									
60 a 74	118 (46,83)	134 (53,17)	0,0810	129 (50,99)	124 (49,01)	0,0919	56 (22,05)	198 (77,95)	0,1282
75 ou mais	53 (47,75)	38 (52,25)		57 (61,96)	35 (38,04)		28 (30,77)	63 (69,23)	
Estado civil									
Casado ou com companheiro	94 (47,47)	104 (52,53)	0,2601	99 (49,75)	100 (50,25)	0,2260	39 (19,6)	160 (80,4)	0,0020
Divorciado, separado, desquitado	16 (66,67)	8 (33,33)		12 (50)	12 (50)		3 (12,5)	21 (87,5)	
Solteiro	12 (42,86)	16 (57,14)		17 (60,71)	11 (39,29)		6 (21,43)	22 (78,57)	
Viúvo	49 (52,69)	44 (47,31)		58 (61,7)	36 (38,3)		36 (38,3)	58 (61,7)	
Arranjo familiar									
Mora sozinho	24 (48)	26 (52)	0,8960	29 (58)	21 (42)	0,6558	16 (32)	34 (68)	0,2359
Mora com alguém	147 (50,17)	146 (49,83)		157 (53,22)	138 (46,78)		68 (23,05)	227 (76,95)	

Fonte: Elaboração própria.

(a) Teste Qui-quadrado.

A expectativa do cuidado em relação às variáveis condições de saúde e funcionalidade mostrou associação entre o profissional pago e as AIVD ($p=0,0270$). Ainda que não tenha

havido significância estatística, a filha ou nora aparece, com elevada frequência, como a primeira menção na expectativa de cuidado entre os idosos, como se vê na *tabela 3*.

Tabela 3. Distribuição de frequência e associação para expectativa de cuidado com as variáveis condições de saúde e funcionalidade. Várzea Grande (MT), Brasil, 2017

Variáveis ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	Cônjuge (n=345)			Filha ou nora (n=345)			Filho ou genro (n=347)		
Autoavaliação de saúde									
Boa/Muito boa	50 (52,08)	46 (47,92)	0,7320	78 (80,41)	19 (19,59)	0,6430	64 (65,98)	33 (34,02)	0,8180
Regular	108 (51,92)	100 (48,08)		161 (77,78)	46 (22,22)		133 (63,64)	76 (36,36)	
Ruim/Muito ruim	24 (58,54)	17 (41,46)		30 (73,17)	11 (26,83)		28 (68,29)	13 (31,71)	
Número de doenças									
0 a 2	133 (51,55)	125 (48,45)	0,5178	201 (78,21)	56 (21,79)	0,9728	166 (64,09)	93 (35,91)	0,7099
3 ou mais	49 (56,32)	38 (43,68)		68 (77,27)	20 (22,73)		59 (67,05)	29 (32,95)	
AIVD									
Independente	69 (47,59)	76 (52,41)	0,1020	114 (79,17)	30 (20,83)	0,6500	97 (66,44)	49 (33,56)	0,5952
Dependente	113 (56,5)	87 (43,5)		155 (77,11)	46 (22,89)		128 (63,68)	73 (36,32)	
ABVD									
Independente	157 (52,86)	140 (47,14)	0,9200	233 (78,72)	63 (21,28)	0,4120	195 (65,44)	103 (34,56)	0,5670
Dependente	25 (52,08)	23 (47,92)		36 (73,47)	13 (26,53)		30 (61,22)	19 (38,78)	
Variáveis ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)	Sim	Não	Valor-p ^(a)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	Outro parente (n=343)			Vizinho ou amigo (n=345)			Profissional pago (n=345)		
Autoavaliação de saúde									
Boa/Muito boa	44 (45,83)	52 (54,17)	0,3040	53 (55,21)	43 (44,79)	1,0000	28 (29,17)	68 (70,83)	0,2920
Regular	110 (53,14)	97 (46,86)		114 (54,81)	94 (45,19)		49 (23,56)	159 (76,44)	
Ruim/Muito ruim	17 (42,5)	23 (57,5)		19 (46,34)	22 (53,66)		7 (17,07)	34 (82,93)	
Número de doenças									
0 a 2	122 (47,47)	135 (52,53)	0,1610	135 (53,33)	123 (47,67)	0,3712	60 (23,35)	197 (76,65)	0,5506
3 ou mais	49 (56,98)	37 (43,02)		51 (58,62)	36 (41,38)		24 (27,27)	64 (72,73)	
AIVD									
Independente	77 (53,1)	68 (46,9)	0,3030	80 (55,17)	65 (44,83)	0,6890	44 (30,34)	101 (69,66)	0,0270
Dependente	94 (47,47)	104 (52,53)		106 (53)	94 (47)		40 (20)	160 (80)	
ABVD									
Independente	143 (48,31)	153 (51,69)	0,1510	161 (54,03)	137 (45,97)	0,9150	69 (23,31)	227 (76,69)	0,2700
Dependente	28 (59,57)	19 (40,43)		25 (53,19)	22 (46,81)		15 (30,61)	34 (69,39)	

Fonte: Elaboração própria.

^(a)Teste Qui-quadrado.

A análise mostra que o suporte percebido foi avaliado de forma positiva pelos entrevistados, visto que a maioria dos idosos respondeu 'sempre' a todas as questões, mas houve associação somente entre a resposta 'tem várias

pessoas com quem conversar' com o estado civil ($p=0,0260$). As maiores proporções foram entre os viúvos (62,5%) e casados ou com companheiros (60,5%), como se vê na *tabela 4*.

Tabela 4. Distribuição de frequência e associação para suporte social percebido com variáveis sociodemográficas. Várzea Grande (MT), Brasil, 2017

Variáveis		Nunca n (%)	Às vezes n (%)	Majoria n (%)	Sempre n (%)	Valor-p ^(a)
Várias pessoas com quem conversar, quando se sente sozinho (n=348)						
Gênero	Masculino	3 (2,27)	37 (28,03)	20 (15,15)	72 (54,55)	0,0930
	Feminino	2 (0,93)	39 (18,06)	40 (18,52)	135 (62,5)	
Idade	60 a 74	3 (1,17)	59 (23,05)	41 (16,02)	153 (59,76)	0,5773
	75 ou mais	2 (2,17)	17 (18,48)	19 (20,65)	54 (58,7)	
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	0 (0)	45 (22,5)	34 (17)	121 (60,5)	0,0260
	Divorciado, separado, desquitado	1 (4,17)	10 (41,67)	3 (12,5)	10 (41,67)	
	Solteiro	0 (0)	7 (25)	5 (17,86)	16 (57,14)	
	Viúvo	4 (4,17)	14 (14,58)	18 (18,75)	60 (62,5)	
Arranjo familiar	Mora sozinho	1 (1,96)	12 (23,53)	11 (21,57)	27 (52,94)	0,7360
	Mora com alguém	4 (1,34)	64 (21,55)	49 (16,5)	180 (60,61)	
Encontra e conversa com amigos e familiares (n=346)						
Gênero	Masculino	1 (0,77)	38 (29,23)	17 (13,08)	74 (56,92)	0,6829
	Feminino	3 (1,39)	55 (25,46)	37 (17,13)	121 (56,02)	
Idade	60 a 74	4 (1,57)	71 (27,95)	42 (16,54)	137 (53,94)	0,4046
	75 ou mais	0 (0)	22 (23,91)	12 (13,04)	58 (63,05)	
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	2 (1,01)	47 (23,74)	34 (17,17)	115 (58,08)	0,2037
	Divorciado, separado, desquitado	0 (0)	9 (37,5)	1 (4,17)	14 (58,33)	
	Solteiro	2 (7,14)	9 (32,14)	3 (10,71)	14 (50)	
	Viúvo	0 (0)	28 (29,17)	16 (16,67)	52 (54,17)	
Arranjo familiar	Mora sozinho	0 (0)	20 (39,22)	7 (13,73)	24 (47,05)	0,2063
	Mora com alguém	4 (1,36)	73 (24,75)	47 (15,93)	171 (57,96)	
Facilidade de encontrar pessoas para ajudar nos afazeres (n=345)						
Gênero	Masculino	3 (2,33)	29 (22,48)	20 (15,5)	77 (59,69)	0,6937
	Feminino	7 (3,24)	55 (25,46)	25 (11,57)	129 (59,72)	
Idade	60 a 74	5 (1,98)	63 (24,9)	32 (12,65)	153 (60,47)	0,375
	75 ou mais	5 (5,43)	21 (22,83)	13 (14,13)	53 (57,61)	
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	3 (1,52)	50 (25,25)	23 (11,62)	122 (61,62)	0,0604
	Divorciado, separado, desquitado	3 (12,5)	6 (25)	6 (25)	9 (37,5)	
	Solteiro	0 (0)	9 (33,33)	4 (14,81)	14 (51,85)	
	Viúvo	4 (4,17)	19 (19,79)	12 (12,5)	61 (63,54)	

Tabela 4. (cont.)

Arranjo familiar	Mora sozinho	3 (5,88)	13 (25,49)	8 (15,69)	27 (52,94)	0,3722
	Mora com alguém	7 (2,38)	71 (24,15)	37 (12,59)	179 (60,88)	
Conta com alguém para sugestão em algum problema (n=346)						
Gênero	Masculino	5 (3,79)	30 (22,73)	23 (17,42)	74 (56,06)	0,2310
	Feminino	6 (2,8)	45 (21,03)	23 (10,75)	140 (65,42)	
Idade	60 a 74	8 (3,14)	49 (19,21)	35 (13,73)	163 (63,92)	0,3148
	75 ou mais	3 (3,3)	26 (28,57)	11 (12,09)	51 (56,04)	
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	4 (2)	44 (22)	30 (15)	122 (61)	0,1829
	Divorciado, separado, desquitado	2 (8,33)	6 (25)	5 (20,83)	11 (45,83)	
	Solteiro	2 (7,14)	3 (10,71)	2 (7,14)	21 (75)	
	Viúvo	3 (3,19)	22 (23,4)	9 (9,57)	60 (63,83)	
Arranjo familiar	Mora sozinho	2 (4)	11 (22)	6 (12)	31 (62)	0,9499
	Mora com alguém	9 (3,04)	64 (21,62)	40 (13,51)	183 (61,83)	
Alguém em quem confie plenamente (n=346)						
Gênero	Masculino	5 (3,85)	18 (13,85)	15 (11,54)	92 (70,77)	0,4950
	Feminino	8 (3,7)	35 (16,2)	15 (6,94)	158 (73,15)	
Idade	60 a 74	10 (3,94)	41 (16,14)	23 (9,06)	180 (70,86)	0,8198
	75 ou mais	3 (3,26)	12 (13,04)	7 (7,61)	70 (76,09)	
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	4 (2,02)	28 (14,14)	19 (9,6)	147 (74,24)	0,1086
	Divorciado, separado, desquitado	2 (8,33)	4 (16,67)	2 (8,33)	16 (66,67)	
	Solteiro	4 (14,29)	7 (25)	1 (3,57)	16 (57,14)	
	Viúvo	3 (3,13)	14 (14,58)	8 (8,33)	71 (73,96)	
Arranjo familiar	Mora sozinho	3 (5,88)	11 (21,57)	6 (11,76)	31 (60,79)	0,1828
	Mora com alguém	10 (3,39)	42 (14,24)	24 (8,14)	219 (4,23)	

Fonte: Elaboração própria.

⊕) Teste Exato de Fischer.

Na associação do suporte percebido e condições de saúde e funcionalidade houve associação significativa entre a resposta ‘tem facilidade de encontrar pessoas que possam ajudá-lo(a) em seus afazeres, caso venha a ficar doente’ com autoavaliação de saúde ($p=0,0418$) e número de doenças ($p=0,0207$); ‘tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar

com algum problema’ teve associação com autoavaliação de saúde ($p=0,0342$). Embora não tenha havido significância entre as variáveis, ‘ter pelo menos uma pessoa em cuja opinião confie plenamente’ mostrou as maiores proporções entre os idosos com 75 anos ou mais (76,09%) e que apresentam três doenças ou mais (76,14%), como se vê na *tabela 5*.

Tabela 5. Distribuição de frequência e associação para suporte social percebido com variáveis condições de saúde e funcionalidade. Várzea Grande (MT), Brasil, 2017

Variáveis		Nunca n (%)	Às vezes n (%)	Majoria n (%)	Sempre n (%)	Valor-p ^(a)
Várias pessoas com quem conversar, quando se sente sozinho (n=348)						
Autoavaliação de saúde	Boa/Muito boa	1 (1,03)	21 (21,65)	18 (18,56)	57 (58,76)	0,7791
	Regular	4 (1,9)	43 (20,48)	38 (18,1)	125 (59,52)	
	Ruim/Muito ruim	0 (0)	12 (29,27)	4 (9,76)	25 (60,98)	
Número de doenças	0 a 2	4 (1,54)	60 (23,17)	46 (17,76)	149 (57,53)	0,6564
	3 ou mais	1 (1,12)	16 (17,98)	14 (15,73)	58 (65,17)	
AIVD	Independente	2 (1,36)	27 (18,37)	28 (19,05)	90 (61,22)	0,5440
	Dependente	3 (1,49)	49 (24,38)	32 (15,92)	117 (34,69)	
ABVD	Independente	4 (1,34)	65 (21,74)	50 (16,72)	180 (60,2)	0,7310
	Dependente	1 (2,04)	11 (22,45)	10 (20,41)	27 (55,1)	
Encontra e conversa com amigos e familiares (n=346)						
Autoavaliação de saúde	Boa/Muito boa	2 (2,08)	18 (18,75)	18 (18,75)	58 (60,42)	0,3122
	Regular	2 (0,96)	60 (28,71)	31 (14,83)	116 (55,5)	
	Ruim/Muito ruim	0 (0)	15 (36,59)	5 (12,2)	21 (51,22)	
Número de doenças	0 a 2	3 (1,17)	73 (28,4)	46 (17,9)	135 (52,53)	0,0776
	3 ou mais	1 (1,12)	20 (22,47)	8 (8,99)	60 (67,42)	
AIVD	Independente	2 (1,36)	32 (21,77)	25 (17,01)	88 (59,86)	0,3057
	Dependente	2 (1,01)	61 (30,65)	29 (14,57)	107 (53,77)	
ABVD	Independente	3 (1,01)	76 (25,59)	50 (16,84)	168 (56,57)	0,2100
	Dependente	1 (2,04)	17 (34,69)	4 (8,16)	27 (55,1)	
Facilidade de encontrar pessoas para ajudar nos afazeres (n=345)						
Autoavaliação de saúde	Boa/Muito boa	1 (1,03)	14 (14,43)	17 (17,53)	65 (67,01)	0,0418
	Regular	8 (3,83)	59 (28,23)	26 (12,44)	116 (55,5)	
	Ruim/Muito ruim	1 (2,56)	11 (28,21)	2 (5,13)	25 (64,1)	
Número de doenças	0 a 2	6 (2,33)	71 (27,52)	37 (14,34)	144 (55,81)	0,0207
	3 ou mais	4 (4,6)	13 (14,94)	8 (9,2)	62 (71,26)	
AIVD	Independente	4 (2,72)	34 (23,13)	19 (12,93)	90 (61,22)	0,9658
	Dependente	6 (3,03)	50 (25,25)	26 (13,13)	116 (58,59)	
ABVD	Independente	9 (3,03)	71 (23,91)	42 (14,14)	175 (58,92)	0,4923
	Dependente	1 (2,08)	13 (27,08)	3 (6,25)	31 (64,58)	
Conta com alguém para sugestão em algum problema (n=346)						
Autoavaliação de saúde	Boa/Muito boa	0 (0)	15 (15,79)	14 (14,74)	66 (69,47)	0,0342
	Regular	7 (3,33)	52 (24,76)	29 (13,81)	122 (58,1)	
	Ruim/Muito ruim	4 (9,76)	8 (19,51)	3 (7,32)	26 (63,41)	
Número de doenças	0 a 2	7 (2,71)	61 (23,64)	34 (13,18)	156 (60,47)	0,3849
	3 ou mais	4 (4,55)	14 (15,91)	12 (13,64)	58 (65,9)	

Tabela 5. (cont.)

AIVD	Independente	5 (3,45)	28 (19,31)	18 (12,41)	94 (64,83)	0,7437
	Dependente	6 (2,99)	47 (23,38)	28 (13,93)	120 (59,7)	
ABVD	Independente	8 (2,68)	61 (20,47)	41 (13,76)	188 (63,09)	0,2259
	Dependente	3 (6,25)	14 (29,17)	5 (10,42)	26 (54,17)	
Alguém em quem confie plenamente (n=346)						
Autoavaliação de saúde	Boa/Muito boa	2 (2,08)	13 (13,54)	12 (12,5)	69 (71,88)	0,3172
	Regular	7 (3,35)	35 (16,75)	16 (7,66)	151 (72,25)	
	Ruim/Muito ruim	4 (9,76)	5 (12,2)	2 (4,88)	30 (73,17)	
Número de doenças	0 a 2	10 (3,88)	42 (16,28)	23 (8,91)	183 (70,93)	0,8420
	3 ou mais	3 (3,41)	11 (12,5)	7 (7,95)	67 (76,14)	
AIVD	Independente	5 (3,45)	20 (13,79)	12 (8,28)	108 (74,48)	0,8918
	Dependente	8 (3,98)	33 (16,42)	18 (8,96)	142 (70,65)	
ABVD	Independente	10 (3,37)	41 (13,8)	28 (9,43)	218 (73,4)	0,1088
	Dependente	3 (6,12)	12 (24,49)	2 (4,08)	32 (65,31)	

Fonte: Elaboração própria.

^(a)Teste Exato de Fischer.

Discussão

Neste estudo, observa-se o predomínio de idosos do sexo feminino. A maioria convive com o cônjuge e apresenta baixa escolaridade. Em se tratando do apoio, prevalece a ajuda recebida dos familiares, sejam aqueles com os quais coabitam ou não. A família é a principal provedora de cuidado, principalmente, por parte das mulheres, sejam filhas, noras ou esposas. O estudo, portanto, corrobora outras pesquisas em relação às características dos idosos, nas quais a maioria é composta por mulheres²⁰; indivíduos casados ou vivendo com companheiros, seguidos dos idosos viúvos^{8,21-24}; com escolaridade de até quatro anos de estudo²⁰; e renda baixa (até dois salários mínimos)^{8,21,22,24}.

Tanto dentro quanto fora de casa, os resultados apontam que os membros do núcleo familiar são os principais provedores de ajuda dos idosos, principalmente os filhos. É importante destacar que, entre os respondentes, mais de 60% são dependentes para AIVD. Os

idosos que recebem ajuda das pessoas com as quais residem são, na maioria, mulheres, idosos de 60 a 74 anos, viúvos e casados ou com companheiros. Dados do estudo Sabe mostram que as chances de baixa frequência de ajuda são maiores entre homens e mulheres que moram sozinhos, quando associados ao arranjo familiar; homens solteiros e viúvos, se associados ao estado civil; e, para ambos os gêneros, essas chances são maiores para os não casados²⁵.

Observa-se que, em relação à expectativa de cuidado, comparando-se os membros familiares, as filhas ou noras são apontadas em primeiro lugar, seguidas dos filhos ou genros⁸. Entre os homens, predomina a expectativa de serem cuidados por suas esposas; e, entre as mulheres, por filhas e noras^{26,27}. Homens casados e mais jovens são os que mais esperam ser cuidados pelas esposas. As mulheres, os idosos mais velhos e os viúvos esperam mais cuidados das filhas ou noras. Em relação a idade, gênero e cuidado pelo cônjuge, principalmente entre os homens, outros estudos

mostram que eles, comparando-se às mulheres, tendem a receber menos apoio social e têm mais risco de não obterem este apoio de forma adequada na rede informal¹⁶.

Os familiares cuidadores são predominantemente do sexo feminino²⁸⁻³¹ e residem nas casas dos idosos^{29,31}. De acordo com Liu²⁸, a provisão de cuidado, apoio e parentesco é centrada nas mulheres, que são responsabilizadas pelas teias de interdependência e facilitação dos laços intergeracionais no contextos familiares. Estudo realizado em áreas rurais da China mostra que as filhas, na ausência de irmãos, são provedoras de apoio emocional e instrumental para os pais em idade avançada, destacando, ainda, que este tipo de trabalho não é valorizado e compensado²⁸. Resultado semelhante ocorre no estudo realizado no Pantanal matogrossense³². A probabilidade de prover cuidados é maior para as filhas do que para os filhos, evidenciando a presença feminina na função do cuidado e, muitas vezes, esta centralidade acarreta a sobrecarga de uma só pessoa^{8,21,26,28,30,33-35}.

Sabe-se que as moradias são compostas por novos arranjos familiares, e que isto pode proporcionar a divisão da tarefa de cuidar do idoso. Isto auxilia a redução de internações hospitalares e do isolamento do idoso no domicílio, bem como nas instituições de longa permanência^{27,31}. Entretanto, sabe-se que tal tarefa pode ser desgastante e solitária, visto que, muitas vezes, como já foi dito, ela é realizada por uma única pessoa, sem nenhum preparo ou orientação. Inclusive, o cuidador do idoso pode vir a ser outro idoso, e todos estes fatores podem aumentar a probabilidade de riscos na empreitada^{27,31}.

O profissional pago é pouco mencionado, tendo em vista as características socioeconômicas dos participantes. É notório que idosos com menos recursos e problemas de saúde estejam condicionados à dependência de redes menores e mais próximas^{23,36}. Idosos em situação socioeconômica desfavorecida relataram rede social mais pobre¹⁶ e maior probabilidade de recebimento de cuidados

informais³⁷, ou seja, principalmente providos pelos familiares com os quais convivem. Os filhos são os maiores provedores de ajuda, se comparados a amigos, vizinhos e colegas^{14,31}, o que corrobora os dados desta pesquisa.

Em geral, os dados mostram que os idosos têm visão positiva acerca da sua rede de suporte social. As perguntas referentes a este suporte têm mais ênfase nos aspectos sociais e emocionais, e a maioria dos idosos respondeu 'sempre' para todas as questões, visto que considera ter com quem contar, de quem receber apoio emocional ou afetivo, instrumental e informativo⁷. Alguns autores destacam que o suporte para o cuidado está presente na maioria dos idosos e é oferecido, na maioria das vezes, pelos familiares, nesta ordem hierárquica: cônjuge, filhos e amigos^{11,21}, os quais auxiliam em atividades domésticas, cuidados pessoais, ajuda financeira, companhia e visitas^{21,32}.

Este estudo mostra que o suporte social percebido de forma positiva está entre as mulheres; idosos jovens; os que moram com alguém; são casados ou têm um companheiro; são independentes para AIVD e ABVD; e aqueles que apresentam três ou mais doenças. As mulheres estabelecem mais relações sociais, apresentam vida social mais orientada, o que oportuniza várias fontes de apoio e ajuda, ao passo que os homens tendem a confiar mais em suas esposas¹⁶. O estudo Sabe mostra que, em relação à diversidade e à frequência dos contatos, homens e mulheres solteiros apresentam mais chances de terem menos constância nesses contatos, e que as mulheres mais longevas (75 anos ou mais) têm menos chances de apresentarem grande diversidade de contatos²⁵.

O ato de confiar plenamente em alguém é positivamente destacado, principalmente entre aqueles considerados mais vulneráveis, ou seja, de idade avançada, menor escolaridade e renda, com avaliação ruim/muito ruim da saúde e que apresentam três ou mais doenças. Outros autores destacam que, nas idades mais avançadas, a rede social torna-se mais reduzida, focada na família, e apresenta maior proximidade geográfica²³. Esses idosos tendem a

ser mais seletivos sobre tempo e investimentos emocionais, isto resultando em menor frequência de contatos, sendo estes mais restritos aos parentes^{23,35}. Os mais longevos tendem a ser mais isolados e menos apoiados socialmente, visto que indivíduos com menos de 70 anos – principalmente, entre 60 e 64 – demandam mais apoio, e os de 80 anos ou mais são propensos à redução das relações sociais, em consequência de problemas de saúde, limitações funcionais e aposentadorias¹⁶.

A responsabilidade filial é definida como normativa social ou cultural frente ao cuidado com os pais na velhice, e pode ser considerada como atitude individual ou crença, ou seja, há a obrigatoriedade do comportamento de cuidar^{27,32,38}. Muitos idosos dependentes, em razão de alguma doença, não possuem rede formal de atenção e, em tais condições, a família é a principal fonte de apoio e ajuda^{4,6,11,26,32,39}.

O apoio social é multivariado, devendo ser considerado na atenção à saúde como um todo, e não exclusivamente em relação à doença, visto que mesmo quando muito restrito na vida do idoso, tem potencial multiplicador, favorece a integração e o bem-estar⁵. Neste sentido, é necessário que os profissionais da saúde reconheçam o cuidador familiar como o principal provedor do cuidado e o envolva em seus planos de cuidados em atendimento domiciliar³¹.

A limitação deste estudo pode ser considerada no perfil dos idosos, que, embora sejam provenientes de regiões distintas, apresentam características semelhantes, o que impossibilita maiores significâncias estatísticas acerca do suporte social percebido e recebido. Em linhas gerais, pode-se dizer que a família tem se manifestado como principal provedora de cuidados e de apoio social. A vulnerabilidade socioeconômica, a idade avançada, as doenças e incapacidades, juntas ou por si só, podem acarretar a restrição da rede de suporte dos idosos.

Na velhice, apesar de haver uma dependência maior de uma rede de apoio e suporte, esta

tende a se estreitar, limitando-se ao núcleo familiar. Sendo assim, é importante que haja suporte também para os cuidadores familiares, e, como estratégia de atenção, sugere-se a implantação, nas UBS, de grupos de cuidadores, buscando instrumentalizar essas pessoas para o cuidado do idoso e para o autocuidado. Isto é priorizar e estar atento aos idosos mais doentes, comprometidos funcionalmente, que moram sozinhos ou que coabitam com outros idosos, bem como aos cuidadores de idade mais avançada, com problemas de saúde já instalados.

Conclusões

O estudo mostra que os idosos sempre esperam encontrar, em suas famílias, suporte e apoio, quando necessário, principalmente em seus filhos, dentro ou fora de casa, tendo as filhas ou noras como principais cuidadoras, e as esposas são vistas como potenciais cuidadoras. Os idosos mais vulneráveis mostram avaliação positiva em relação às suas redes de apoio social.

Há uma centralidade na família, que, muitas vezes, não oferece cuidados suficientes ou adequados aos idosos doentes e incapacitados, sugerindo-se, assim, a necessidade de orientação e apoio da rede de suporte formal. Não há significância no estudo para apoio e suporte de amigos e vizinhos na expectativa do cuidado e suporte recebido, mas sabe-se que a existência de uma rede consistente, composta por essas pessoas, é importante na vida dos seres humanos, instrumental ou materialmente, e, em muitas ocasiões, como apoio emocional nos momentos de angústia e solidão.

Sugere-se a continuidade de pesquisas relativas ao suporte e ao apoio social na velhice, 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. A ausência ou precariedade do cuidado ao idoso é bastante pautada nas discussões de direitos sociais e em ações judiciais. Neste sentido, é fundamental

que haja responsabilidade compartilhada entre os órgãos do poder público e a sociedade civil, a fim de movimentar a efetivação das políticas de atenção aos idosos, de forma mais abrangente e com mais qualidade.

Colaboradores

Sant' Ana LAJ (0000-0002-1377-3112)*

participou substancialmente da concepção, planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo. D' Elboux MJ (0000-0002-7973-3439)* participou substancialmente da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, participou significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Santos J, Gico VV, Reis LA, et al. Construção social da velhice. In: Campos ACV, Berlezi EM, Correa AHM, organizadores. *Direitos do idoso: os novos desafios das políticas públicas*. Ijuí: Unijuí; 2014. p. 61-76.
2. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enferm*. [internet]. 2008 [acesso 2018 jun 10]; 17(2):250-257. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417205>.
3. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm*. [internet]. 2012 [acesso 2018 jun 10]; 65(5):829-823. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267025266017>.
4. Witter C, Camilo ABR. Família e envelhecimento. In: Witter C, Buriti MA, organizadores. *Envelhecimento e contingências de vida*. Campinas: Alínea; 2011. p. 83-102.
5. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis* [internet]. 2017 [acesso 2018 jun 29]; 27(4):1185-204. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017v27n4/1185-1204/pt>.
6. 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 2018 jun 29]; 33(1):213-48. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>.
7. Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 29]; 16(3):419-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300002&lng=en.
8. Souza DS, Berlese DB, Cunha GL, et al. Análise da relação do suporte social e da síndrome da fragilidade em idosos. *Psicol. Saúde Doenças* [internet]. 2017 [acesso 2018 jun 10]; 8(2):420-33. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862017000200011&lng=pt.
9. Faquinello P, Marcon SS. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Rev. Esc. Enferm. USP [internet]. 2011 [acesso 2015 jul 25]; 45(6):1345-1352. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600010&lng=en.
10. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso 2018 jun 10]; 20(5):1321-1330. 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.
 11. Santos AS, 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.
 12. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SV, et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 18]; 16(4):821-832. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8232013000400821&lng=en.
 13. 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 2016 ago 2]; 10(3):182-188. 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).
 14. Li H, Ji Y, Chen T. The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PLoSOne* [internet]. 2014 [acesso 2016 ago 2]; 9(3):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24594546>.
 15. Alvarenga MR, Oliveira MA, Domingues MA, et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso 2016 ago 5]; 16(5): 2603-2611. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232011000500030&lng=en.
 16. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura GT, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoSOne* [internet]. 2013. [acesso 2019 jun 10]; 8(1):1-10. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054856>.
 17. Neri AL, Guariento ME, organizadoras. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA*. Campinas: Alínea; 2011.
 18. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* [internet]. 2005 [acesso 2016 ago 5]; 8(2):127-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=pt&nrm=iso.
 19. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2007 [acesso 2016 ago 5]; 41(2):317-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso.
 20. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso 2018 out 27]; 41(113):553-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1042017000200553&lng=en.
 21. Domingues MA, Ordonez TN, Silva TBL, et al. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 17]; 16(1):49-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8232013000100006&lng=pt.
 22. Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 20]; 16(3):419-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300002&lng=pt.
 23. Iglesias HRF, Antonucci T. Convoys of social support

- in Mexico: examining socio-demographic variation. *Int. J. Behav. Dev.* [internet]. 2010 [acesso 2018 jun 18]; 40(4):324-333. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913785>.
24. Sudré MRS, Reiners AAO, Azevedo RCS, et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. *Ciênc. Cuid. Saúde* [internet]. 2014 [acesso 2018 jul 18]; 14(1):933-40. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19794>.
 25. Rosa TEC, Benício MHDA, Alves MCGP, et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso 2018 out 27]; 23(12):2982-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200019&lng=en.
 26. Fontes AP, Burgos ACGF, Mello DM, et al. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as redes sociais. In: Neri AL, Guariento ME, organizadoras. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA*. Campinas: Alínea; 2011. p. 55-73.
 27. Gutierrez LLP, Fernandes NRM, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso 2018 out 27]; 41(114):885-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300885&lng=en.
 28. Liu J. Ageing, migration and familial support in rural China. *Geoforum* [internet]. 2014 [acesso 2018 jun 10]; 51:305-312. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718513000857>.
 29. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 29]; 66(2):228-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>.
 30. Rocha BMP, Pacheco JEP. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul. Enferm.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 29]; 26(1):50-56. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026771010>.
 31. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso 2018 out 27]; 40(110):172-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300172&lng=pt&tlng=pt
 32. Pignatti MG, Barsaglini RA, Senna GD. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal mato-grossense. *Physis* [internet]. 2011 [acesso 2018 jun 29]; 21(4):1469-1491. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400016>.
 33. Jesus MCP, Merighi MAB, Caldeira S, et al. Cuidar da mãe idosa no contexto domiciliar: perspectiva de filhas. *Texto & Contexto Enferm.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 29]; 22(4):1081-1088. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71429843026>.
 34. Pillemer K, Suito JJ. Who provides care? A prospective study of caregiving among adult siblings. *Gerontol.* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 29]; 54(4):589-598. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/4/589/649545>.
 35. 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 2018 set 30]; 21(3):341-52. Disponível em: <http://www.rbgg.com.br/arquivos/proximas-publicacoes/2017-0177.pdf>.
 36. Iglesias HRF, Webster NJ, Antonucci TC. The complex nature of family support across the lifespan: implications for psychological wellbeing. *Dev. Psychol.* [internet]. 2015 [acesso 2018 jun 20]; 51(3):277-88. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25602936>.
 37. Tomini F, Groot W, Tomini SM. Informal care and gifts to and from older people in Europe: The inter-

- links between giving and receiving. *BMC Health Serv. Res.* [internet]. 2016 [acesso 2018 jun 18]; 16(1):1-15. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1830-7>.
38. Aires M, Mocellin D, Fengler FL, et al. Associação entre responsabilidade filial no cuidado aos pais e sobrecarga dos cuidadores. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2017 [acesso 2018 jul 10]; 70(4):800-807. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0767.pdf.
39. Rabelo DF, Neri AI. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2015 [acesso 2018 jun 29]; 18(3):507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300507&lng=en.

Recebido em 27/11/2018

Aprovado em 18/04/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve