

Ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade

Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults

Falta de expectativas de ayuda para el cuidado de adultos mayores residentes en la comunidad

Déborah Cristina de Oliveira¹, Anita Liberalesso Neri^{II}, Maria José D'Elboux^{III}

¹ University of Nottingham, School of Health Sciences, Postgraduate Program in Health Sciences. Nottingham, United Kingdom.

^{II} Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Departamento de Psicologia Educacional. Campinas-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira DC, Neri AL, D'Elboux MJ. Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):530-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690321i>

Submissão: 07-04-2015

Aprovação: 29-09-2015

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. **Método:** foram utilizados parte dos dados do estudo multicêntrico "Fragilidade em Idosos Brasileiros", pesquisa quantitativa, epidemiológica e transversal desenvolvida no período de 2008 a 2009. Foram realizadas análises de comparação e regressão dos dados de 671 idosos. **Resultados:** a avaliação da expectativa de suporte para o cuidado aos idosos mostrou-se um bom indicador de risco para ausência de expectativa de suporte em mulheres, idosos que residiam sozinhos e com percepção ruim da própria saúde. **Conclusão:** conclui-se que é preciso refletir sobre o sistema de suporte oferecido aos idosos no Brasil, visto que o perfil destes que estão em risco é cada vez maior na população. Ressalta-se também a importância da inserção de métodos subjetivos para avaliação da percepção dos idosos sobre suporte para o cuidado. **Descritores:** Idoso; Enfermagem Geriátrica; Apoio Social; Atenção à Saúde; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors associated with lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. **Method:** this study presents comparison and logistic regression analyses of data from 671 individuals who took part of the multicentric study entitled "Frailty in older Brazilians" - a quantitative, epidemiologic and transversal investigation carried out between 2008 and 2009. **Results:** the subjective evaluation of anticipated support for care for community-dwelling older adults was a good indicator of risk for lack of anticipated support for care in women, older adults who live alone and those with poor self-rated health. **Conclusion:** it is necessary to reflect upon the formal support system currently available for older people in Brazil, considering that those who most frequently presented lack of anticipated support for care are an increasing population. The study also highlights the importance of using subjective methods for the evaluation of the adequacy of older adults' support network. **Descriptors:** Older adults; Geriatric Nursing; Social Support; Health Care; Ageing.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados a la falta de expectativas de ayuda para el cuidado de adultos mayores residentes en la comunidad. **Método:** este estudio presenta un análisis de comparación y regresión logística de 671 individuos que tomaron parte del estudio multicéntrico titulado "Fragilidad en ancianos brasileños" - una investigación cuantitativa, epidemiológica y transversal llevada a cabo entre 2008 y 2009. **Resultados:** la evaluación subjetiva de expectativas de ayuda para el cuidado de adultos mayores residentes en la comunidad ha sido un buen indicador de riesgo para la falta de expectativas de ayuda para el cuidado en mujeres, adultos mayores que viven solas y aquellos con una mala auto percepción de su salud. **Conclusión:** es necesario reflexionar sobre el sistema de apoyo formal que actualmente existe disponible para las personas mayores en Brasil, considerando que aquellos

que presentan más frecuentemente una falta de expectativas de ayuda son una población creciente. El estudio señala además la importancia de usar métodos subjetivos para la calidad de la red de apoyo adecuada para adultos mayores.

Descritores: Adultos mayores; enfermería geriátrica; apoyo social; cuidado de salud; envejecimiento.

AUTOR CORRESPONDENTE Déborah Cristina Oliveira E-mail: oliveiradc.phd@gmail.com

INTRODUÇÃO

O suporte social oferecido à população idosa tem sido considerado fator protetor da saúde física e mental desta população, estando também associado com menores índices de mortalidade neste grupo etário⁽¹⁻²⁾. As relações de suporte social são também promotoras de saúde física e mental e auxiliam no enfrentamento de situações específicas, como em casos de doenças crônicas ou agudas, e vulnerabilidade física ou social⁽³⁾. Além disso, promovem a manutenção da capacidade funcional e significam apoio em situações de estresse, confirmando a importância das relações sociais e afetivas para o envelhecimento ativo⁽¹⁾. No entanto, como consequência das deficiências na oferta de suporte social formal oferecida por parte do setor público, o suporte informal oferecido pelas redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais tem sido a única fonte de suporte disponível para grande parcela da população idosa no Brasil⁽⁴⁻⁵⁾.

No que diz respeito à avaliação da presença ou importância destas redes na vida dos idosos, estudos têm demonstrado que variáveis subjetivas, tais como suporte percebido ou expectativa de suporte, são mais sensíveis para a predição de saúde física e mental quando comparados com medidas objetivas da avaliação do suporte social⁽⁶⁻⁷⁾, no sentido de que mais importante que a presença destas redes é o significado que estas têm para o idoso. Dentre os possíveis meios de avaliação subjetiva do suporte social, a expectativa de suporte para o cuidado pode ser definida como a crença que o idoso tem de que pessoas próximas lhes proverão o suporte necessário para o desempenho das atividades diárias caso haja necessidade no futuro⁽⁸⁾.

Sabe-se que a expectativa de suporte representa um mecanismo psicológico que incentiva o idoso a tentar a resolução de seus problemas com independência; e a experiência de passar positivamente por uma situação adversa sem a intervenção direta de outras pessoas, mas acreditando que terá ajuda caso seja necessário, pode ser uma forma extremamente eficaz na promoção de sentimentos de bem-estar, pois está ligado ao sentimento de autoeficácia⁽⁹⁾. Quando positiva, a expectativa de suporte pode aliviar a ansiedade, inibir o desenvolvimento de morbidades tais como a depressão⁽¹⁰⁾, exercer papel positivo na recuperação de doenças⁽¹¹⁾ e está associada a menores índices de mortalidade em idosos⁽¹²⁾.

Nesta perspectiva, ao identificar os idosos com ausência de expectativa de suporte, faz-se possível reconhecer indivíduos que estão mais susceptíveis ao estresse, solidão, piores condições de saúde física e mental, maiores índices de morbidade e mortalidade. Considerando a necessidade crescente de

cuidado à população longeva brasileira e o fato de que muitos vivem sem qualquer forma de suporte social formal — ou em condições de vulnerabilidade social e de saúde, com impacto sobre as mulheres, famílias e serviços públicos já disponíveis —, tornam-se indispensáveis estudos que avaliem a percepção desta população sobre a ajuda que lhes estará disponível em caso de necessidade e os fatores associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado.

Apesar de sua importância, ainda são poucos os estudos internacionais que investigam a expectativa de suporte a idosos, e nenhum estudo nacional sobre o tema foi encontrado até o presente momento exceto pelos dados preliminares desta presente pesquisa publicados anteriormente⁽¹³⁾. Portanto, esta pesquisa busca identificar variáveis associadas à ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. Em se tratando de um estudo epidemiológico com amostra expressiva da população de idosos de Campinas-SP, Brasil, os resultados apresentados possibilitarão conhecer aqueles que podem estar em maior estado de risco para a falta de suporte, possibilitando a atuação do enfermeiro de maneira a identificar idosos com o perfil de risco na comunidade, de forma a atender às principais necessidades destes indivíduos. Além disso, será possível refletir acerca do sistema de apoio formal oferecido aos idosos residentes neste município, considerando os grupos mais frequentemente associados à falta de expectativa de suporte.

MÉTODO

Os dados apresentados neste artigo são parte da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), estudo multicêntrico dedicado à pesquisa do fenômeno de fragilidade na população idosa brasileira e de suas relações com variáveis sociodemográficas, psicológicas, de saúde e cuidado, e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp. O processo de recrutamento aconteceu na casa dos idosos, que foram então encaminhados para uma sessão única de coleta de dados, realizada em local público de fácil acesso. No início da sessão, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido de acordo com as normas do CONEP.

A Rede FIBRA envolveu cerca de 8.000 idosos da zona urbana de 17 cidades localizadas de norte a sul do país. Foi realizada amostragem probabilística simples dos setores censitários de Campinas e a coleta de dados de setembro de 2008 a junho de 2009. Os critérios de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser morador permanente no domicílio e no setor censitário. Para o presente estudo,

incluiu-se como um critério de inclusão o idoso ter respondido às questões relacionadas às variáveis de interesse. Foram dispensados os idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência, com problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e de comunicação; cadeirantes ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; portadores de doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade; portadores de déficits de audição ou de visão graves que dificultassem fortemente a comunicação; ou em terminalidade.

Participaram do Estudo FIBRA Campinas, 835 idosos. O presente artigo apresenta dados de 671 idosos que responderam a todas as questões de interesse para este estudo. Após a assinatura do TCLE, estes idosos foram introduzidos à parte do protocolo de coleta de dados⁽¹⁴⁾, com a identificação e dados sociodemográficos, o minixame do estado mental (MEEM), medidas de pressão arterial e antropométricas, coleta de sangue, exame bucal e as medidas de um fenótipo de fragilidade de Fried et al.⁽¹⁵⁾ — força de prensão, velocidade da marcha, fadiga, perda de peso e inatividade física. O desempenho superior à nota de corte obtido no MEEM foi adotado para participação dos idosos nas demais medidas, em uma segunda parte do protocolo.

As variáveis de interesse foram investigadas mediante as condições que se seguem⁽¹⁴⁾.

Variáveis sociodemográficas

- Gênero: obtida por meio do autorrelato (feminino ou masculino).
- Faixa etária: obtida por meio do autorrelato (número de anos de vida), registrados como variável contínua, depois tabulados em faixas de 65 a 74 anos e 75 anos ou mais.
- Arranjo de moradia: foram avaliados com base na pergunta: “Com quem o(a) senhor(a) mora?”, a qual comportava sete possibilidades de respostas sim e não: sozinho(a); com o cônjuge; com filho(s); com neto(s); com bisneto(s); com outro(s) parente(s); com pessoas de fora da família. Para análise dos dados deste presente estudo, foram criadas duas categorias de respostas: “só” e “acompanhado”.
- Expectativa de suporte para o cuidado nas ABVDs e AIVDs: variável qualitativa, categórica e nominal. Foi questionado: “Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o senhor(a) tem com quem contar?” (sim ou não). Em resposta afirmativa, perguntava-se sobre quem seria esta pessoa (esposa, filha, sobrinha e outros). O idoso poderia responder a mais de uma opção. A resposta foi classificada em uma, duas ou mais pessoas. E em caso negativo, foi adotada para o presente trabalho a denominação de “ausência de expectativa de suporte para o cuidado”.
- Saúde percebida: item de natureza escalar e ordinal. Foi questionado: “De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual?”. As respostas permitiam cinco opções, variando de “muito boa” a “muito ruim”.

- Doenças autorrelatadas: foi questionado ao idoso se algum médico já diagnosticou alguma(s) dentre nove doenças listadas. Para cada doença, marcou-se: “sim”, “não”, sendo marcadas todas as que fossem citadas. Para fins de análise dos dados, as respostas foram agrupadas em número de respostas: zero a duas; três ou mais doenças.
- Medidas de fragilidade: São cinco os elementos da definição operacional da síndrome ou do fenótipo de fragilidade:
 1. Perda de peso não intencional no último ano: avaliada por meio de dois itens de autorrelato que perguntava ao idoso se ele havia perdido peso de forma involuntária no último ano. Em caso de resposta positiva, perguntava-se quantos quilos ele perdeu.
 2. Fadiga: avaliada por meio de dois itens escalares de autorrelato. Havia quatro possibilidades de resposta para cada uma delas: “sempre”, “na maioria das vezes”, “poucas vezes”, “nunca ou raramente”.
 3. Força de prensão manual: medida de força realizada com dinamômetro modelo Jamar (fabricado pela *Lafayette Instruments, Lafayette, IN, USA*), colocado na mão dominante do idoso.
 4. Nível de atividade física: obtido por meio do autorrelato da frequência semanal e duração diária de exercícios físicos e trabalhos domésticos desempenhados nos últimos sete dias, com base nos itens adaptados da versão brasileira do *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*⁽¹⁶⁾.
 5. Velocidade da marcha: indicada pelo tempo (em segundos) que o idoso levava para percorrer, em passo usual, a distância de 4,6 metros, demarcada com fita adesiva no chão plano. Foram feitas três tentativas cronometradas.

Os dados foram analisados e obtiveram-se notas de corte para cada critério de fragilidade, pois não há valores universais para este fenótipo.

- Independência funcional:
 - Atividades avançadas de vida diária (AAVDs): pediu-se ao idoso que escolhesse entre “nunca fez”, “parou de fazer” ou “ainda faz” para cada uma das AAVDs. Considerou-se para as análises as atividades que os idosos haviam “deixado de fazer”.
 - Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs): foi avaliado se eram totalmente independentes, se precisavam de alguma ajuda ou se precisavam de ajuda total para fazer cada uma das atividades. Para as análises, foram calculadas as respostas dos idosos que haviam recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.
 - Atividades básicas de vida diária (ABVDs): foi avaliado se eram totalmente independentes, se precisavam de alguma ajuda ou se precisavam de ajuda total para fazer cada uma das atividades. Foram utilizadas as respostas em que os idosos referiram ter recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.

Foram realizadas análises descritivas com as variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e distribuição relativa (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mediana. Para estudar os fatores associados com a ausência de expectativa de suporte para o cuidado, foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Os idosos participantes (n = 671) eram em sua maioria mulheres (68,70%), com idade inferior a 75 anos (69,15%) e residiam com alguém (83,91%). A faixa etária variou entre 65 e 90 anos, com média (dp) de 72,31 (5,33), e mediana de 72 anos, sendo que o primeiro quartil esteve nos 68 anos e terceiro quartil aos 76 anos de idade. Em relação às condições de saúde, 57,10% dos idosos têm nenhuma, uma ou duas doenças. Destes, cerca de 11% têm nenhuma doença. Cerca de metade da amostra foi considerada frágil ou pré-frágil (55,14%), e 58,77% avaliaram sua saúde como “boa” ou “muito boa”. A grande maioria dos idosos apontou pelo menos uma AVD comprometida (94,10%), sendo que 92,23% deixaram de realizar pelo menos uma AAVD, mas mantém sua independência para a realização das AIVDs (74,14%) e ABVDs (89,47%).

A expectativa de suporte para o cuidado esteve presente em grande parte dos idosos (89,12%), sendo que 44% esperam ajuda de apenas uma pessoa, e número semelhante de idosos espera ser cuidado por duas ou mais pessoas. Segue os resultados da comparação entre a expectativa de suporte para o cuidado e as variáveis de interesse (Tabela 1).

Maior percentual de idosos com expectativa de suporte para o cuidado esteve entre os homens, sujeitos que residem acompanhados, que deixaram de realizar uma ou mais AAVDs e nos que têm saúde percebida boa e muito boa. No entanto, maior número de idosos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim e idosos que residem sozinhos têm ausência de expectativa de suporte para o cuidado.

A análise de regressão logística univariada dos dados constatou que os idosos que avaliam a própria saúde como ruim ou muito ruim apresentam três vezes mais chance de ter ausência de expectativa de suporte para o cuidado. As mulheres têm duas vezes mais chance de não ter expectativa de suporte para o cuidado. E, se o idoso residir sozinho, tem três vezes mais chance de não ter esta expectativa presente (Tabela 2).

A análise multivariada dos dados confirma a análise anterior no que diz respeito ao arranjo de moradia e saúde percebida, quando o risco da ausência de expectativa de suporte para o cuidado está presente três vezes mais em idosos que moram sozinhos e quase quatro vezes mais nos idosos com a saúde percebida ruim ou muito ruim (Tabela 3).

Realizou-se também análise logística multivariada dos dados, controlado por gênero e idade, com resultados semelhantes aos encontrados anteriormente (Tabela 4).

Tabela 1 – Análise de comparação entre expectativa de suporte para o cuidado e as variáveis de interesse, 2008-2009, Campinas, São Paulo, Brasil

Variável	Expectativa de suporte para o cuidado		Valor de p
	Sim	Não	
Gênero			
Feminino	402 (87,20)	59 (12,80)	0,018
Masculino	196 (93,33)	14 (6,67)	
Idade			
65–74 anos	415 (89,44)	49 (10,56)	0,691
≥ 75 anos	183 (88,41)	24 (11,59)	
Arranjo domiciliar			
Só	83 (77,58)	24 (22,42)	< 0,001
Acompanhado	510 (91,39)	48 (8,60)	
Número de doenças			
0–2	345 (90,32)	37 (9,68)	0,300
≥ 3	252 (87,81)	35 (12,19)	
Fragilidade			
Não-frágil	271 (90,03)	30 (9,96)	0,494
Pré-frágil e frágil	327 (88,37)	43 (11,62)	
Incapacidade			
AAVDs			
nenhuma	50 (98,03)	1 (1,96)	0,034
≥ 1	535 (98,84)	70 (1,15)	
AIVDs			
nenhuma	441 (89,45)	52 (10,54)	0,548
≥ 1	151 (70,83)	21 (29,16)	
ABVDs			
nenhuma	532 (89,41)	63 (10,58)	0,830
≥ 1	62 (88,57)	8 (11,42)	
Incapacidade geral			
nenhuma	38 (97,44)	1 (2,56)	0,085
≥ 1	551 (88,58)	71 (11,41)	
Saúde Percebida			
Ruim e muito ruim	29 (74,36)	10 (25,64)	
Regular	212 (89,83)	24 (10,17)	0,009
Boa e muito boa	354 (90,31)	38 (9,69)	

Tabela 2 – Análise de regressão logística univariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado, 2008-2009, Campinas, São Paulo, Brasil

Variável	Categorias	Valor de p	O.R.*	IC 95% O.R.
Gênero	Masculino (ref.)	-	1,00	-
	Feminino	0,020	2,06	1,12–3,77
Idade	60–74 anos (ref.)	-	1,00	-
	≥ 75 anos	0,691	1,11	0,66–1,87
Arranjo de moradia	Acompanhado (ref.)	-	1,00	-
	Sozinho	< 0,001	3,07	1,79–5,28
Número de doenças	0 a 2 (ref.)	-	1,00	-
	≥ 3	0,301	1,30	0,79–2,11
Fragilidade	Não-frágil (ref.)	-	1,00	-
	Pré-frágil ou frágil	0,494	1,19	0,73–1,95
Incapacidade em AIVDs	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥ 1	0,549	1,18	0,69–2,02
Incapacidade em AAVDs	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥ 1	0,065	6,54	0,89–48,05
Incapacidade em ABVDs	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥ 1	0,830	1,09	0,50–2,38
Incapacidade geral	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥ 1	0,120	4,90	0,66–36,21
Saúde percebida	Boa ou muito boa (ref.)	-	1,00	-
	Regular	0,847	1,06	0,62–1,81
	Ruim ou muito ruim	0,004	3,21	1,45–7,10

Notas: *OR (Odds Ratio) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado; (n = 598 com expectativa e n = 73 sem expectativa); IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Ref.: nível de referência.

Tabela 3 – Análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado, 2008-2009, Campinas, São Paulo, Brasil

Variáveis Selecionadas	Categorias	Valor de p	O.R.*	IC 95% O.R.
Arranjo de moradia	Acompanhado (ref.)	-	1,00	-
	Sozinho	< 0,001	3,36	1,93–5,86
Saúde percebida	Boa ou muito boa (ref.)	-	1,00	-
	Regular	0,901	0,97	0,55–1,68
	Ruim ou muito ruim	0,002	3,74	1,65–8,48

Notas: *OR (Odds Ratio) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado; (n = 572 com expectativa e n = 71 sem expectativa); IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério Stepwise de seleção de variáveis.

Tabela 4 – Análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado, controlada por gênero e idade, 2008-2009, Campinas, São Paulo, Brasil

Variáveis	Categorias	Valor de p	O.R.*	IC 95% O.R.
Arranjo de moradia	Acompanhado (ref.)	-	1,00	-
	Sozinho	< 0,001	3,10	1,75–5,49
Saúde percebida	Boa ou muito boa (ref.)	-	1,00	-
	Regular	0,940	0,98	0,56–1,71
	Ruim ou muito ruim	0,003	3,45	1,51–7,88

Notas: *OR (Odds Ratio) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado (n = 572 com expectativa e n = 71 sem expectativa). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério Stepwise de seleção de variáveis.

DISCUSSÃO

Este estudo incluiu idosos com quadro cognitivo e capacidade funcional preservados. Portanto, idosos restritos a seus domicílios, com limitações físicas e cognitivas maiores não tiveram sua expectativa de suporte para o cuidado investigadas, sendo esta uma das limitações desta pesquisa. Ademais, considerando a natureza transversal deste estudo epidemiológico, não é possível afirmar relações de causa e efeito entre expectativa de suporte para o cuidado e outras variáveis estudadas, apesar de ter sido possível identificar fatores possivelmente associados à ausência de expectativa.

Embora grande parte dos idosos tenha relatado expectativa de suporte presente, parcela importante destes indivíduos referiu contar com apenas uma pessoa. Na medida em que grande parte deste grupo aponta o cônjuge idoso como figura mais frequentemente associada a este tipo de apoio, pode-se supor que ambos podem estar em situação de falta de suporte adequado para o cuidado⁽¹⁷⁾. Os resultados também apontam que aqueles que moram sozinhos ou tem má percepção da própria saúde têm maiores risco de não ter com quem contar em caso de necessidade de ajuda para a realização de suas AVDs. Estudo desenvolvido em São Paulo mostra que perfil semelhante de idosos apresenta baixos índices de suporte social recebido⁽¹⁸⁾. Neste sentido, pode-se crer que os idosos com estas características não só não esperam receber ajuda, como verdadeiramente não recebem ajuda quando necessitam.

A literatura aponta que quanto maior o número de pessoas vivendo com o idoso, melhores suas condições financeiras e de afeto recebido⁽¹⁹⁾. Quando residindo junto de seus filhos, os idosos muitas vezes colaboram financeiramente com sua aposentadoria para os gastos da casa e com isso recebem o cuidado necessário, sendo esta forma de arranjo um sistema de transferência intergeracional de duas vias⁽²⁰⁾. Assim sendo, apesar do fato de residirem sozinhos poder indicar melhores condições de saúde e capacidade funcional, idosos morando sozinhos correm risco de precisar de ajuda e não ter a quem recorrer e podem estar econômica e socialmente vulneráveis.

Esta realidade torna-se preocupante à medida que o número de idosos residindo sozinhos no Brasil aumenta a cada ano. Estatísticas recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios⁽²¹⁾ mostram que somente no período de 1992-2012 houve um crescimento de 215% no número destes idosos, representados em sua grande maioria pelo gênero feminino. No entanto, apesar desta realidade, políticas atuais de atenção ao idoso defendem o domicílio como o melhor local para o idoso permanecer e ser cuidado, possibilitando a manutenção de sua autonomia, identidade e dignidade⁽²²⁾.

Neste sentido, embora tenham por objetivo ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, estas políticas tornam-se excludentes à medida que não oferecem uma rede de suporte formal adequada ao idoso que não possui a rede informal de suporte. Em outras palavras, a situação

de dependência do sistema público sobre o cuidado provido por familiares ou pessoas próximas ao indivíduo longevo torna-se também motivo de especial preocupação na saúde pública, pois, conforme apontado, significativa parcela de idosos que residem sozinhos relatam não ter expectativa de suporte para o cuidado.

Outro dado alarmante é o fato de que os idosos com percepção ruim ou muito ruim de saúde apresentaram maior e significativo risco para ausência de expectativa de suporte para cuidado. Embora não tenham sido encontrados estudos correlacionando estas mesmas variáveis, a literatura aponta que a percepção de saúde de idosos está diretamente relacionada com a qualidade do suporte social recebido ou percebido⁽²³⁻²⁴⁾, bem como o estilo de vida e saúde destes indivíduos está diretamente relacionado com experiências positivas de suporte social⁽²⁵⁾. Ademais, dentre algumas das consequências da pior percepção de saúde estão perda da capacidade funcional⁽²⁶⁾ e maior risco de mortalidade em idosos⁽²⁷⁾.

Outrossim, corroborando ainda com dados da literatura⁽²⁸⁾, a autoavaliação de saúde esteve condizente com a avaliação objetiva do estado geral de saúde desta amostra, em que, apesar do relativo estado de independência, a maioria referiu ter três ou mais comorbidades e apresentaram estado de fragilidade ou pré-fragilidade, o que os coloca em maior risco para a dependência na realização de AVDs⁽²⁹⁾. E por fim, embora os estudos evidenciem que melhor capacidade funcional em idosos está associada a presença de expectativa de suporte⁽³⁰⁾, esta correlação não se mostrou significativa no presente estudo para o risco de ausência de expectativa.

Diante dos resultados encontrados e considerando a tendência de grande parcela da população idosa brasileira vivendo sozinha, com propensão para o crescimento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes e a necessidade de cuidado nesta população, é preciso repensar sobre as redes formais e informais de suporte para o cuidado à população longeva, a fim de melhorar sua percepção e condições objetivas de saúde, bem como preservar sua autonomia e bem-estar. Profissionais de saúde devem estar atentos a estas demandas e devem buscar identificar fatores de risco para ausência de expectativa de suporte em idosos no planejamento do cuidado ao idoso.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa aponta que idosos que residem sozinhos e aqueles com percepção ruim da própria saúde estão em maior risco para a ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Estes resultados poderão ser utilizados para guiar políticas públicas sociais e de saúde voltadas para indivíduos longevos, visto que o número de idosos com o perfil apontado é cada vez maior no Brasil. Conclui-se também que é preciso reavaliar o sistema de apoio formal oferecido aos idosos do município em questão e outros estudos devem ser realizados a fim de se compreender como a expectativa de suporte está associada com diferentes variáveis sociais e de saúde em idosos a longo prazo, bem como a sua relação com outras medidas de suporte social.

No que concerne ao impacto desta pesquisa para a prática de saúde, ressalta-se ainda a importância da inserção de métodos subjetivos de avaliação do idoso, tais como a expectativa de suporte, pois este mostrou ser um método prático e sensível de avaliação, passível de ser utilizado na

prática clínica. É preciso considerar a percepção e a expectativa de suporte para cuidado como parte do planejamento de cuidado do enfermeiro, com a finalidade de prover a atenção necessária a estes indivíduos de acordo com suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

1. d'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO Study. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 06];45(4):685-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/en_2626.pdf
2. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. [Social support and the frailty syndrome among elderly residents in the community]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];18(6):1835-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/34.pdf> Portuguese.
3. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. [Social support assessment in Brazilian studies: conceptual aspects and measures]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 06];16(3):1755-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf> Portuguese.
4. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];22(2):335-46. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a15.pdf>
5. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 06];27(1):165-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
6. Fiori KL, Jager J. The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood: a longitudinal, pattern-centered approach. *Int J Behav Dev* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 06];36(2):117-29. Available from: <http://jbd.sagepub.com/content/36/2/117.full.pdf+html>
7. Uchino BN. Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support perspectives on psychological science [Internet]. 2009[cited 2015 Apr 06];4(3):236-55. Available from: <http://pps.sagepub.com/content/4/3/236.full.pdf+html>
8. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychol Aging* [Internet]. 2007 [cited 2015 Apr 06];22(3):456-69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17874947>
9. Rodin J. Control by any other name: definitions, concepts, and process. In: Rodin J, Schooler C, Warner SK, editors. *Self-direction: cause and effects through the life course*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1990. p. 1-17.
10. Gautam R, Saitoa T, Houde SC, Kai I. Social interactions and depressive symptoms among community dwelling older adults in Nepal: a synergic effect model. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 06];53(1):24-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598380>
11. Wortman CB. Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. *Cancer* [Internet]. 1984[cited 2015 Apr 06];53(10 Suppl):2339-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6367944>
12. Krause N. Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *J Gerontol Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 1997[cited 2015 Apr 06];52(6):284-93. Available from: <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/52B/6/P284.full.pdf>
13. Oliveira DC, Neri AL, D'Elboux MJ. Variables related to the anticipated support for care in community-dwelling older adults. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];21(3):742-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0742.pdf>
14. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];29(4):778-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>
15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001[cited 2015 Apr 06];56(3):146-57. Available from: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.full.pdf+html>
16. Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Activities Questionnaire em idosos. *Ger Ger*. 2011;5:57-65.
17. Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 06];20(2):234-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a03v20n2.pdf>
18. Rosa TEC, Benício MHDA, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007;23(12):2982-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/18.pdf>
19. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2006[cited 2015 Apr 06];11(3):753-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30990.pdf>

20. 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, (ed). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, RJ: Ipea [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 06];93-122. Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf
21. IBGE. PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 06]; Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/.
22. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2004[cited 2015 Apr 06];6(2):254-71. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fer/article/view/812/929>
23. Caetano C, Cosme M, Vettore M. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];13(122):1-14. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/122>
24. Lino V, Portela M, Camacho L, Atie S, Lima M. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLOS ONE* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 06];8(8):e71712. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3741124/pdf/pone.0071712.pdf>
25. Croezen S, Picavet HSJ, Haveman-Nies A, Verschuren WMM, Groot LCPGM, van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health* [Internet]. [cited 2015 Apr 06];12(65):1-8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/65>
26. Alves L, Rodrigues R. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005[cited 2015 Apr 06];17(5/6):333-41. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
27. Brunner R, Stefanick M, Aragaki A, Beresford S, Hubbell F, La-Croix A, et al. Self-rated health and medical outcomes in the women's health initiative: the aging continuum, health, morbidity, mortality. *J Gerontol Geriat Res* [Internet] 2013[cited 2015 Apr 06];3(1):1-10. Available from: <http://omicsgroup.org/journals/self-rated-health-and-medical-outcomes-in-the-womens-health-initiative-2167-7182.1000139.pdf>
28. Nunes APN, Barreto SM, Goncalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 06];15(2):415-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>
29. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Socioeconomic and health differentials between two community-dwelling oldest-old groups. *Rev Saúde Públ* [Internet] 2011[cited 2015 Apr 06];45(2):391-400. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_1761.pdf
30. Shaw BA, Janevic M. Associations between anticipated support, physical functioning, and education level among a nationally representative sample of older adults. *J Aging Health* [Internet] 2004[cited 2015 Apr 06];16(4):539-61. Available from: <http://jah.sagepub.com/content/16/4/539.long>