

Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro*

Social support among elderly women in a low income area in the municipality of Rio de Janeiro

Apoio social entre ancianas de una localidad de baja renta en el Municipio de Rio de Janeiro

Ana Inês Sousa¹, Lynn Dee Silver², Rosane Harter Griep³

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de disponibilidade e oferta de apoio social informal e formal entre idosas de uma localidade de baixa renda do Município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo descritivo, de corte seccional realizado por meio de inquérito domiciliar com 369 (83,5%) idosas da comunidade. **Resultados:** As mulheres tinham condição social desfavorável (49,3% eram não letradas, 71,3% não tinham companheiro, 62,3% referiram renda mensal de até um salário mínimo e 22,0% não tinham renda). Os tipos de apoio informais mais recebidos foram dinheiro, cuidado pessoal e companhia para se locomover. No entanto, elas se apoiavam no cuidado dos netos, moradia e dinheiro. Apenas 20% declararam receber apoio do Estado ou instituições, destacando-se, sobretudo, a cesta básica. As três principais fontes desses apoios formais foram: governo municipal, Igreja e governo estadual. **Conclusão:** O fluxo das relações de troca foi maior no sentido das idosas para suas famílias do que o contrário. Ao cuidar dos netos, as idosas possibilitavam que seus filhos trabalhem e, conseqüentemente, aumentem a renda familiar.

Descritores: Saúde do idoso; Apoio social; Envelhecimento; Estudos transversais; Saúde da mulher

ABSTRACT

Objective: To identify the perceived availability and provision of informal and formal social support among elderly women in a low income area of the municipality of Rio de Janeiro. **Methods:** This is descriptive and cross-sectional study; done by using household survey with 369 (83.5%) elderly in the community. **Results:** Elderly women had an adverse social condition (49.3% were illiterate, 71.3% had no partner, 62.3% reported a monthly income of up to minimum wage and 22.0% had no income.) The most common informal types of support were: money, personal care and companionship for locomotion. However, they relied on the care of grandchildren, housing and money. Only 20% reported receiving support from the state or institutions, most of them as basic food. The three main sources of formal supports were: the municipal government, the church and, the state government. **Conclusion:** The trade of relations had more weight on the side of the older, because the when the elderly cares for their grandchildren, the parents could work and thus increase the household income.

Descriptors: Health of the elderly; Social support; Aging; Cross-sectional studies; Women's health

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción de disponibilidad y ofrecimiento de apoyo social informal y formal entre ancianas de una localidad de baja renta del Municipio de Rio de Janeiro. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, de corte seccional, realizado por medio de encuesta domiciliar con 369 (83,5%) ancianas de la comunidad. **Resultados:** Las mujeres tenían una condición social desfavorable (49,3% eran analfabetas, 71,3% no tenían compañero, 62,3% informaron una renta mensual de hasta un salario mínimo y 22,0% no tenían renta). Los tipos de apoyo informales más frecuentes fueron dinero, cuidado personal y compañía para la locomoción. Sin embargo, ellas apoyaban en el cuidado de los nietos, vivienda y dinero. Apenas 20% declararon recibir apoyo del estado o instituciones, destacándose, sobre todo, la alimentación básica. Las tres principales fuentes de esos apoyos formales fueron: gobierno municipal, iglesia y gobierno estatal. **Conclusión:** El flujo de las relaciones de intercambio fue más fuerte desde las ancianas hacia sus familias. Debido a que, al cuidar de los nietos, las ancianas posibilitaban que sus hijos pudiesen trabajar y, conseqüentemente, aumentar la renta familiar.

Descritores: Salud del anciano; Apoyo social; Envejecimiento; Estudios transversales; Salud de la mujer

* Trabalho realizado na comunidade Nova Holanda, localizada no bairro Maré, Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Doutora. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Doutora. Professora do Curso de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UNB – Brasília (DF), Brasil e Visiting Scholar of Division of International Health, Karolinska Institute.

³ Doutora. Pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma questão que há muito tempo constitui uma preocupação mundial⁽¹⁻²⁾. No Brasil, um dos países cuja população de idosos cresce vertiginosamente⁽³⁾ (de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002), pesquisadores alertam que este constitui “um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea”⁽⁴⁾ (p. 700). A sociedade precisa se organizar para se adequar às mudanças que vêm ocorrendo no perfil populacional, porque tais alterações trazem reflexos sobre demandas sociais específicas para esse grupo⁽⁵⁾.

Nesse contexto de mudanças e transformações, um dos principais fatores que tem contribuído para garantir a sobrevivência dos idosos, é a transferência de apoio intergeracional, ou seja, a relação de troca, ajuda mútua e solidariedade existente entre anciãos e família⁽⁶⁻⁷⁾. Autores⁽⁸⁾ (p. 52) destacam que “a família é uma das instituições mais importantes e eficientes no tocante ao bem-estar dos indivíduos e à distribuição de recursos” e que, em muitos países, a família constitui a única alternativa de apoio à população idosa. Para os idosos, sobretudo os de baixa renda, a existência do apoio social é fundamental para aumentar sua capacidade de sobrevivência nos meios adversos aos quais estão expostos e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida⁽⁹⁾.

Apoio social é um conceito multidimensional que diz respeito aos recursos fornecidos por outras pessoas em situação de necessidade⁽¹⁰⁾. Seja de forma direta ou indireta, desempenha um papel importante na determinação dos níveis de saúde e bem-estar dos indivíduos⁽¹¹⁻¹²⁾. O apoio social varia ao longo das etapas da vida, isto é, o apoio recebido na infância é muito diferente daquele que se necessita na velhice⁽¹¹⁻¹²⁾. Em seu aspecto multidimensional, pode ser classificado, segundo as seguintes características: direção (recebido ou fornecido); disposição (disponível ou executado); forma de medição (descrito ou avaliado); conteúdo (emocional, instrumental, informativo, avaliativo); rede social (família, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, comunidade e outros)⁽¹⁰⁾. Além disso duas modalidades de apoio social ainda têm sido consideradas: o apoio formal (sistema de apoio fornecido/provido pelo Estado e instituições), que possui uma infraestrutura com objetivo específico de apoio em determinadas áreas e utilizam profissionais ou voluntários para alcançar suas metas; e o *apoio informal* (fornecido/provido pela família, vizinho, amigos e comunidade), motivado por sentimentos afetivos e de obrigação⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano de 1999⁽¹⁵⁾, o apoio social exerce um papel fundamental na formação das capacidades humanas e no desenvolvimento humano. O Relatório enfatiza ainda que

“(…) a oferta de apoio social não é apenas um meio para o desenvolvimento humano. É também um resultado, uma capacidade intangível, contudo essencial – um fator de bem-estar humano”.

Nesse sentido, além do papel predominante do Estado para assegurar um envelhecimento digno e com qualidade, investigar a disponibilidade de apoio social informal aos idosos constitui uma medida importante no sentido de conhecer como estes vivem (ou sobrevivem), bem como apontar qual a melhor maneira de estimular e otimizar esse apoio da família. Considerando esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção de disponibilidade e oferta de apoio social informal por parte da família ou para ela, e o apoio social formal percebido pelas idosas de uma comunidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte seccional desenvolvido em duas fases: censo para identificação do universo de idosas residentes em uma das 16 comunidades que compõem o Bairro Maré, no Município do Rio de Janeiro; e inquérito domiciliar no qual todas as 442 mulheres idosas identificadas foram visitadas em seus domicílios por entrevistadores treinados para aplicação de um questionário⁽⁹⁾.

Com o objetivo de subsidiar a elaboração do questionário, foram realizados grupos focais com idosas moradoras da comunidade que participavam de um grupo de convivência do Programa Rio-Experiente, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Este Programa foi criado em 1994, e tem como objetivo “oferecer ao idoso de todas as regiões do município um atendimento que vise a mantê-lo ou reinseri-lo na família e em sua comunidade, reforçando suas potencialidades, preservando sua autonomia e independência e contribuindo para o resgate de sua cidadania”⁽¹⁶⁾.

Atualmente, existem 36 grupos de convivência em comunidades da cidade do Rio de Janeiro⁽¹⁷⁾. O referido grupo de convivência integra as atividades do Centro Municipal de Atendimento Social Integrado de Nova Holanda, vinculado à Coordenadoria de Programas Sociais da SMDS. Deste participam 120 idosos, divididos em quatro subgrupos que, na ocasião, se reuniam uma vez por semana durante três horas cada, em um galpão cedido pela Associação dos Moradores e Amigos de Nova Holanda.

Além do subsídio das discussões em grupo, o questionário foi elaborado com base nos questionários já testados em outros estudos epidemiológicos, que demonstraram bons resultados de validade e confiabilidade, como o *Brazil Old Age Schedule*⁽¹⁸⁾.

O questionário foi pré-testado e aprimorado. As seguintes variáveis do instrumento foram utilizadas no estudo: informações sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, renda e tamanho da família), estado de saúde autorreferido e a morbidade referida. O apoio informal foi analisado pelos seguintes aspectos⁽¹⁰⁾: “disponibilidade” de apoio diante de determinadas situações, isto é, o apoio que elas pensam dispor independentemente de ser real ou não; atenção recebida e valor social percebido pelas idosas; frequência com que as idosas recebem visitas de familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas; relacionamento com filhos e vizinhos; e Percepção das entrevistadas sobre a disponibilidade de apoio em algumas situações do cotidiano.

O apoio formal foi mensurado por meio de recursos recebidos por instituições, tais como: o Estado, a Igreja e Instituições não governamentais. Além da fonte do recurso, o tipo e a frequência com que recebiam o apoio social¹³, foram investigados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Em atendimento à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi anexado ao questionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que as idosas pudessem autorizar sua participação voluntária no estudo. Das 442 idosas elegíveis, 369 (83,5%) aderiram ao estudo.

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2000 por três entrevistadoras treinadas que moravam ou trabalhavam no local do estudo. Com o objetivo de testar a logística do estudo como um todo, foi realizado um estudo piloto, concomitante ao processo de treinamento dos entrevistadores.

Após a aplicação dos questionários, estes foram revisados e codificados. A seguir, procedeu-se à digitação dupla independente, utilizando-se o *software* Epi-Info 6 (versão 6.04) e a correção das inconsistências identificadas através do programa *validate* do Epi-Info. A análise estatística foi realizada por meio do *software* SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences), versão 9.0. Diferenças entre proporções foram testadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2), com nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

As principais características sociodemográficas investigadas mostraram que a idade das 442 idosas variou de 60 a 90 anos (média de 69 anos; DP=6,73), cerca de 60% delas tinham idade entre 60 a 69 anos e apenas 28,7% tinham companheiro. Um percentual considerável (49,3%) de idosas declarou-se não letrada (incluindo as que citaram não saber ler e escrever e as que só sabiam assinar o próprio nome). Entre aquelas que referiram ter frequentado escola, 83,9% não chegaram a concluir a primeira fase do ensino fundamental. Quanto à cor/ etnia, 48,0% declararam-se

pardas; 27,9%, pretas; 23,8%, brancas e 0,3%, amarelas. A maioria, ou seja, 95,1% referiram ter alguma religião (58,7% declararam ser católicas; 39,9%, protestantes; e 1,4%, espíritas).

Tabela 1 - Percepção das 369 idosas sobre tipos de apoio recebidos e oferecidos à família - Nova Holanda, Bairro Maré, Município do Rio de Janeiro, Brasil -2000

Tipos de apoio	n	%
Receberam apoio	108	29,3
Tipo de apoio recebido da família		
Dinheiro	66	61,1
Cuidado pessoal	34	31,5
Companhia para se locomover	20	18,5
Moradia	14	13,0
Outros	15	13,9
Forneceram apoio social à família	215	58,3
Cuidar de neto(s)	134	62,3
Moradia	99	46,0
Dinheiro	64	29,8
Outros	12	5,6

Obs: As perguntas que geraram esta tabela, possibilitaram a marcação de mais de uma opção de resposta.

Tabela 2 - Idosas que declararam receber algum tipo de apoio formal, fonte, tipo e frequência do apoio - Nova Holanda, Bairro Maré, Município do Rio de Janeiro, Brasil - 2000

Apoio formal	n	%
Recebiam apoio social formal	74	20,0
Fonte		
Governo Municipal	41	55,4
Igreja	17	23,0
Governo Estadual	10	13,5
Escola Pública	4	5,4
Serviço de Saúde	2	2,7
Tipo		
Cesta básica	62	83,8
Cheque cidadão	9	12,2
Medicamentos	2	2,7
Moradia	1	1,3
Frequência		
Mensal	73	98,6
Temporário	1	1,4

O apoio informal investigado em relação à sua direção (recebido ou fornecido) e o tipo de apoio recebido pela família são apresentados na Tabela 1, e apenas 29,3% das idosas declararam receber algum tipo de ajuda da família, 58,3% destas afirmaram fornecer alguma espécie de auxílio a seus familiares. Das 108 idosas que declararam receber algum apoio da família, 62,0% recebem apenas um tipo de ajuda e 38,0%, dois tipos. O auxílio mais frequentemente recebido pelas idosas foi dinheiro (61,1%), seguido de cuidado pessoal (31,5%), companhia para se locomover (18,5%) e moradia (13,0%). Os outros apoios

referiam-se a alimentos, remédios, roupas e plano de saúde. Portanto, o apoio recebido pelas idosas foi, em sua maioria, de ordem material.

Quanto ao apoio fornecido pelas idosas, das 215 que declararam fornecer algum auxílio às famílias, 56,3% fornecem apenas um tipo de ajuda e 43,7% dão dois tipos de ajuda. O apoio mais frequente foi cuidar de netos (62,3%), seguido de moradia (46,0%) e dinheiro (29,8%). Os outros apoios fornecidos referem-se a alimentos, roupas, cuidar da mãe e cuidar de sobrinho (Tabela 1).

O apoio formal foi analisado com base nas seguintes

dimensões: direção, tipo, fonte e frequência. Nos dados da Tabela 2, constata-se que apenas 20% das idosas recebiam algum tipo de ajuda por parte do Estado ou de instituições. As três principais fontes do apoio eram: governo municipal (55,4%), Igreja (23,0%) e governo estadual (13,5%). Quanto ao tipo de apoio, a maioria recebia cesta básica (83,8%), seguido de cheque cidadão, medicamentos e moradia. De modo geral, a frequência do apoio era mensal (98,6%).

Para identificar possíveis associações do apoio social informal e formal, três de suas variáveis (se recebe apoio

Tabela 3 - Apoio social recebido por 369 idosas e fornecido à família e associações com variáveis selecionadas - Nova Holanda, Bairro Maré, Município do Rio de Janeiro, Brasil - 2000

Variáveis	Recebe		Não recebe		Valor de P	Fornece		Não fornece		Valor de P
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Subgrupos etários (anos)					<0,001*					0,692
60-69	53	24,0	168	76,0		132	59,7	89	40,3	
70-79	35	31,8	75	68,2		63	57,3	47	42,7	
80 +	20	52,6	18	47,4		20	52,6	18	47,4	
Situação conjugal					0,022*					0,380
Com companheiro	22	20,7	84	79,3		58	54,7	48	45,3	
Sem companheiro	86	32,7	177	67,3		157	59,7	106	40,3	
Alfabetização					0,046*					0,993
Sim	46	24,6	141	75,4		109	58,3	78	41,7	
Não	62	34,1	120	65,9		106	58,2	76	41,8	
Renda familiar mensal (SM)					0,058					0,505
Sem renda	5	62,5	3	37,5		5	62,5	3	37,5	
De 0,01 a 1	40	28,6	100	71,4		74	52,9	66	47,1	
De 1,01 a 2	23	20,9	87	79,1		68	61,8	42	38,2	
Mais de 2	20	28,5	50	71,5		42	60,0	28	40,0	
Trabalha					<0,001*					0,661
Sim	1	2,6	38	97,4		24	61,5	15	38,5	
Não	107	32,4	223	67,6		191	57,9	139	42,1	
Número de filhos					0,365					0,002*
0	6	20,7	23	79,3		9	31,0	20	69,0	
1 a 2	26	25,7	75	74,3		52	51,5	49	48,5	
3 a 5	44	29,7	104	70,3		93	62,8	55	37,2	
Mais de 5	32	35,2	59	64,8		61	67,0	30	33,0	
Tamanho da família					0,305					0,000*
1	17	29,3	41	70,7		19	32,8	39	67,2	
2 a 3	44	25,1	131	74,9		92	52,6	83	47,4	
4 a 6	35	36,1	62	63,9		70	72,2	27	27,8	
Mais de 6	11	28,9	27	71,1		33	86,8	5	13,2	
Estado de saúde autorreferido					0,110					0,522
Ótimo/Bom	65	25,6	189	74,4		151	59,4	103	40,6	
Ruim/Péssimo	43	38,7	68	61,3		62	55,9	49	44,1	
Problema de saúde					0,143					
Sim	92	31,0	205	69,0		172	57,9	125	42,1	0,780
Não	16	22,2	56	77,8		43	59,7	29	40,3	
Satisfação com a vida					0,049*					0,190
Satisfeita	85	27,5	224	72,5		184	59,5	125	40,5	
Insatisfeita	22	40,7	32	59,3		27	50,0	27	50,0	

Valor de p = nível de significância do teste de Qui-quadrado; (*) = estatisticamente significativo.

Obs.: Alguns dos totais diferem em razão do número diferente de respondentes em cada variável.

da família, se fornece apoio à família, se recebe apoio formal) foram correlacionadas com algumas variáveis selecionadas (Tabelas 3 e 4). Quanto ao apoio recebido da família, foram encontradas associações estatisticamente significativas com as seguintes variáveis: subgrupos etários, situação conjugal, alfabetização, participação das entrevistadas no mercado de trabalho e satisfação com a vida. Os resultados apontaram que quanto maior a idade, maior a proporção de mulheres que declararam receber algum apoio da família, sendo 24,0% entre as de 60 a 69 anos, 31,8% entre as de 70 a 79 anos e 52,6% entre as de 80 ou mais anos de idade ($p < 0,001$). Foram encontradas ainda frequências mais elevadas de ter recebido apoio social entre aquelas sem companheiro, as não alfabetizadas,

Tabela 4 - Apoio formal recebido por 369 idosas e associações com variáveis selecionadas - Nova Holanda, Bairro Maré, Município do Rio de Janeiro, Brasil - 2000

Variáveis	Recebe		Não recebe		Valor de p
	n	%	n	%	
Subgrupos etários (anos)					0,049*
60-69	38	17,2	183	82,8	
70-79	31	28,2	79	71,8	
80 +	6	15,8	32	84,2	
Situação conjugal					0,112
Com companheiro	16	15,1	90	84,9	
Sem companheiro	59	22,4	204	77,6	
Alfabetização					0,070
Sim	31	16,6	156	83,4	
Não	44	24,2	138	75,8	
Renda familiar mensal					<0,001*
Sem renda	4	50,0	4	50,0	
De 0,01 a 1	38	27,1	62	72,9	
De 1,01 a 2	21	19,1	89	80,9	
Mais de dois	5	0,07	65	93,0	
Trabalha					0,013*
Sim	2	5,1	37	94,9	
Não	73	22,1	257	77,9	
Número de filhos					0,724
0	5	17,2	24	82,8	
1 a 2	24	23,8	77	76,2	
3 a 5	27	18,2	121	81,8	
Mais de 5	19	20,9	72	79,1	
Estado de saúde autorreferido					0,737
Ótimo/Bom	51	68,0	24	32,0	
Ruim/Péssimo	203	70,0	87	30,0	
Tem problema de saúde					0,236
Sim	64	21,5	233	78,5	
Não	11	13,3	61	84,7	
Satisfação com a vida					0,712
Satisfeita	64	20,7	245	79,3	
Insatisfeita	10	18,5	44	81,5	
Fornece ajuda à família					0,015*
Sim	53	24,7	162	75,3	
Não	22	14,3	132	85,7	

Valor de p = nível de significância do teste de Qui-quadrado; (*) = estatisticamente significativo.

Obs.: Os totais diferem pelo número diferente de respondentes em cada variável.

aquelas que citaram que não trabalhavam na época do estudo e entre aquelas que se declararam insatisfeitas com a vida. Por outro lado, não foi possível identificar associação entre receber apoio e as seguintes variáveis: número de filhos, tamanho da família, estado de saúde autorreferido e problemas de saúde.

Quanto ao apoio fornecido à família, foram encontradas associações estatisticamente significativas apenas com as variáveis número de filhos e tamanho da família (Tabela 3). O número de filhos foi diretamente proporcional ao fornecimento de apoio à família, ou seja, quanto maior o número de filhos, maior a proporção de mulheres que declararam fornecer apoio às suas respectivas famílias. A situação acontece também em relação à variável tamanho da família, isto é, quanto maior o tamanho da família maior a proporção de idosas que citaram ajudar seus familiares.

A maioria (83,2%) das entrevistadas citou sentir-se muito valorizada pelos filhos, e 73% afirmaram que eles as visitavam todo dia ou quase todo dia. Além disso, 22,5% e 70,1%, respectivamente, declararam ter um relacionamento ótimo e bom com os filhos.

Quanto ao apoio formal recebido (Tabela 4), observou-se que a proporção das que recebem apoio é maior entre as idosas de 70 a 79 anos (28,2%) do que entre as outras faixas etárias ($p=0,049$). Já a renda familiar mensal é inversamente proporcional ao recebimento de apoio formal, ou seja, quanto menor a renda maior a proporção de mulheres que recebiam apoio formal ($p < 0,001$). A proporção de mulheres que recebiam apoio maior entre as que não trabalhavam (22,1%) do que entre as que trabalhavam (5,1%) ($p=0,013$). Além disso, a proporção de idosas que recebiam apoio foi maior entre as que davam apoio à família (24,7%) do que entre as que não forneciam (14,3%) ($p=0,015$).

DISCUSSÃO

Na literatura, poucos estudos abrangem idosos residentes em localidades de baixa renda e são, ainda mais escassos, os que focalizam as mulheres. Estatística e socialmente, este é um grupo de alta relevância e magnitude. A tríade mulher-idosa-pobre coloca um desafio para a comunidade acadêmica e científica no sentido de produzir conhecimentos que possam subsidiar o poder público e a sociedade civil no alcance das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Identificou-se alta frequência de idosas sem companheiro. Resultados semelhantes foram encontrados em dois estudos⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Em especial, dois aspectos merecem destaque: a presença do cônjuge pode ser muito importante para segurança e estabilidade financeira e afetiva dos idosos; como consequência disso, essas mulheres acabam assumindo o papel de chefe de família

e todos os encargos financeiros dele decorrentes⁽⁶⁻⁷⁾.

O baixo nível educacional encontrado em nossa investigação também foi identificado no estudo realizado em área metropolitana da região sudeste⁽²¹⁾. Deve-se considerar ainda o fato de que essas idosas nasceram e cresceram em um período em que a dificuldade de acesso à educação era muito grande, sobretudo às mulheres, pois a prioridade era para os homens. Esses resultados ainda são reflexo dos baixos níveis educacionais vigentes no Brasil até bem recentemente. Os dados do IBGE⁽³⁾ apontam que houve um aumento significativo na proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade que declaram saber ler e escrever, passando de 55,8%, em 1991, para 64,8% em 2000, correspondendo, assim, a um aumento de 16,1%. Mesmo com esse crescimento, o quantitativo de idosos analfabetos continua alto – cerca de 5,1 milhões (35,2%). Na análise por sexo, as mulheres continuam na desvantagem em relação aos homens (62,6% das mulheres e 67,7% dos homens). Quanto ao número médio de anos de estudo, a pesquisa do IBGE evidenciou que a escolaridade entre os idosos é baixa sobretudo entre as mulheres. A média de anos de estudo entre os idosos brasileiros, em 2000, era de apenas 3,4 anos (3,5 aos homens e 3,1 as mulheres).

O presente trabalho identificou que, apesar das relações de troca entre as idosas e suas famílias ocorrerem nos dois sentidos, o fluxo é muito maior no sentido das idosas para as famílias do que o contrário. Quanto ao apoio fornecido pelas idosas, cabe mencionar, que, à medida que cuidam de seus netos, possibilitam que suas filhas trabalhem, o que, conseqüentemente, contribui para o aumento da renda familiar. No entanto, essa contribuição ainda é pouco valorizada pela família e comunidade⁽²²⁾.

Por outro lado, o apoio recebido pelas idosas foi, em sua maioria, de ordem material. Um autor⁽⁶⁾, “as relações de troca e ajuda mútua entre pais e filhos são o principal fator que tem assegurado, ao longo da história, a sobrevivência nas idades mais avançadas”. O autor observa que essas relações intergeracionais estão se dando de maneira bem diferente entre países desenvolvidos e menos desenvolvidos. Enquanto nos países desenvolvidos está havendo uma redução do papel da família como apoio básico para os idosos, à medida que as funções familiares vêm sendo gradativamente assumidas pelo setor público, na maioria dos países menos desenvolvidos a família continua sendo a fonte primordial de assistência para uma parcela importante da população idosa.

Embora entendendo que o apoio familiar não deve substituir o papel do Estado no que se refere à atenção ao idoso, os resultados encontrados neste estudo evidenciam que as famílias das idosas entrevistadas não constituem sua fonte primordial de assistência, como é o esperado para os países como o Brasil. Nesse grupo, não foi detectada uma transferência intergeracional relevante de suporte

familiar, como o encontrado pelo IBGE⁽²³⁾ nas transferências de apoio entre idoso e família de renda mais baixa no Brasil. As mulheres da comunidade de nosso estudo, ao invés de estarem recebendo apoio familiar na etapa de suas vidas em que mais precisam, são as grandes fornecedoras de apoio a suas famílias.

Considerando-se a condição de pobreza à qual as idosas da comunidade estavam expostas, os resultados encontrados são, no mínimo, preocupantes. A família, que poderia ser uma fonte importante de apoio informal para os idosos, não tem conseguido cumprir esse papel, provavelmente, por dificuldades econômicas. Por sua vez, o Estado, vem apresentando deficiências quanto ao acesso e ao processo distributivo, sobretudo nas áreas de saúde e de seguridade social que afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos. Portanto, o que se constata com esses resultados é que os objetivos da Política Nacional de Saúde do Idoso⁽²⁴⁾ ainda estão muito longe de serem alcançados.

Nesse sentido, alternativas de apoio devem ser buscadas coletivamente para dar suporte a esse grupo. Ao discorrer sobre o apoio informal provido pela família, Um autor⁽²⁵⁾, observa que esta deverá enfrentar dificuldades crescentes para cuidar e manter no próprio domicílio os idosos mais dependentes, pelos seguintes motivos: falta de políticas sociais de apoio aos cuidadores (pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias), em setores como a alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros; se, por um lado, o tamanho das famílias no Brasil vem diminuindo pela queda da fecundidade, por outro, a participação de mulheres no mercado de trabalho vem aumentando, o que, por conseqüente, diminui sua disponibilidade para cuidar dos idosos; o aumento das proporções de separações conjugais, de idosos residindo sozinhos, de casais que optam por não ter filhos e de mães que criam sozinhas os filhos; mais da metade dos idosos que residem com a família pertence a domicílios cuja renda total não ultrapassa três salários mínimos; o sistema de apoio formal não tem sido capaz de substituir o papel da família. Autores⁽²⁶⁾ destacam a necessidade da enfermagem “como disciplina voltada para o cuidado humano e o ensino do autocuidado” de “propiciar melhora na qualidade de vida, por meio de estratégias que visem à manutenção da autonomia e independência”.

Uma das limitações do presente estudo diz respeito ao uso de dados seccionais, reconhecidamente incapazes de estabelecer uma relação temporal entre os eventos estudados. Portanto, a causalidade reversa não pode ser descartada. Esta pesquisa foi uma primeira aproximação no sentido de captar como essas idosas (sobre)viviam, bem como apontar formas de otimizar o apoio social

disponível. Tal aspecto mereceria a realização de outros estudos visando à sistematização de informações sobre a rede de apoio formal e informal seus reflexos na saúde e qualidade de vida da população idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à disponibilidade de apoio social, apesar das relações de troca entre as idosas e suas famílias ocorrerem nos dois sentidos, o fluxo foi muito maior no sentido das idosas para as famílias do que o contrário. Na

localidade de Nova Holanda, alternativas de apoio devem ser buscadas coletivamente para dar suporte a esse grupo. Todavia, o apoio familiar não deve substituir o papel do Estado no que se refere à atenção ao idoso.

A questão social do idoso aliada à complexidade da vida em uma localidade de baixa renda exige medidas urgentes no intuito de se atingir o objetivo da Política Nacional de Saúde do Idoso, que é permitir um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Kalache A, Veraa RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
- Pereira RS, Curioni CC, Veraa R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento*. 2003;6(1):43-59.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003;19(3):700-1.
- Freire SA, Sommerhalder C. Envelhecer nos tempos modernos. In: Néri AL, Freire SA, organizadores. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus; 2000. p. 125-35.
- Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 169-209.
- Camarano AM, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 137-67.
- Camarano AM, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
- Sousa AI. A visão das mulheres idosas em relação à atenção à saúde e o apoio social em uma localidade de baixa renda do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 180p.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843-57.
- Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 1997;31(4):425-35.
- Klassen AC, Washington C. How does social integration influence breast cancer control among urban African-American women? Results from a cross-sectional survey. *BMC Womens Health*. 2008;8:4.
- Sánchez Ayéndez M. El apoyo social. In: Anzola Perez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas AR, Sánchez Ayéndez M, editores. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 360-8. (Publicação Científica n° 546).
- Ollonqvist K, Aaltonen T, Karppi SL, Hinkka K, Pöntinen S. Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons in Finland: randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2008;16(2):115-25.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 1999. Lisboa: Trinova Editora; 1999.
- Rio de Janeiro (Município). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Programa Rio-Experiente – SMDS. 1998. Mimeografado.
- Rio de Janeiro (Município). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Programa Rio-Experiente. [citado 2001 mar 28]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smds>.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; c1994.
- Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2007;23(12):2982-92.
- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 1999;33(5):445-53.
- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZMA, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 1993;27(2):87-94.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Mulheres Idosas e Sistemas de Previdência: novos desafios. Documento Informativo. Centro de Informação das Nações Unidas no Rio de Janeiro; 1998. Mimeografado.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 1999. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso: Lei n°8.842 de 4 de janeiro de 1994 e Decreto n° 1.948 de 03 de julho de 1996. 2a ed. Brasília, DF: MPAS, SAS, abr. 1998.
- Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
- Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari MH, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica [revisão]. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(4):649-53.