

## **Variables relacionadas a la expectativa de soporte para el cuidado de ancianos residentes en la comunidad<sup>1</sup>**

Déborah Cristina de Oliveira<sup>2</sup>

Anita Liberalesso Neri<sup>3</sup>

Maria José D'Elboux<sup>4</sup>

Objetivo: comparar la expectativa de soporte para el cuidado, el arreglo en la residencia y variables relacionadas a la salud en función del género y edad en ancianos de la comunidad. Método: fueron utilizados datos de la Red de Investigación de "Fragilidad en Ancianos Brasileños" (Red FIBRA), muestra de Campinas (n=671) y realizados los análisis de descripción y comparación de los datos. Resultado: las mujeres se encuentran en condiciones sociodemográficas, de percepción de salud, de dependencia y de expectativa de soporte para el cuidado malas cuando comparadas a los hombres, y aquellas que tienen expectativa, esperan recibir ayuda de apenas una persona. La edad avanzada estuvo relacionada a menores porcentajes de incapacidad y la mayor parte de los ancianos evalúa su salud como buena o muy buena, independientemente de la edad, pero en las mujeres predomina el grupo de los que evalúan la propia salud como mala o muy mala. Conclusión: el presente estudio orienta al enfermero en la identificación de los ancianos en situación de riesgo por la falta de expectativa de soporte para el cuidado e indica la necesidad de realizar intervenciones que tengan por objetivo dar soporte a ese grupo.

Descriptores: Apoyo Social; Ancianos; Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Expectativas de suporte para o cuidado em idosos da comunidade: Dados do FIBRA-Campinas", presentada a la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 555082/2006-7 y Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 10/13969-1.

<sup>2</sup> Enfermera, MSc, Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

---

Correspondencia:

Déborah Cristina de Oliveira  
Rua Francisco de Paula Pacheco, 185  
Bairro: Nova Sousas  
CEP: 13107-230, Campinas, SP, Brasil  
E-mail: oliveiradc.phd@gmail.com

## Introducción

Las condiciones de salud y bienestar en la vejez tienen diferentes resultados de acuerdo con el género, edad, condiciones sociales y de residencia. Estas pueden estar relacionadas a la capacidad funcional y a las percepciones de salud y cuidado en ancianos<sup>(1)</sup>.

La dependencia funcional para realización de las actividades de la vida diaria (AVDs) en ancianos es normalmente generada por la presencia de enfermedades crónicas, por la longevidad y por falta de apoyo social y de salud<sup>(2)</sup>. La peor autoevaluación de salud también se ha mostrado un marcador de peor estado de salud, mayor dependencia y factor de predicción de mortalidad en ancianos<sup>(3)</sup>. Existe también diferencias de género para las condiciones sociales y de salud y de necesidad de cuidado en ancianos, siendo que gran parte de las mujeres ancianas más longevas son viudas y viven solas, siendo también ellas las que presentan menor escolaridad, son más frágiles y tienen peor desempeño físico<sup>(4)</sup>.

En la atención a las necesidades de los ancianos, los sistemas de soporte social son esenciales, siendo divididos en formales e informales. Se entiende por sistema formal los servicios de tipo hospitalario, las instituciones de larga permanencia (ILPI) y la atención domiciliaria, por ejemplo. Ya el sistema informal o red de soporte social son las redes de relaciones entre miembros de la familia, amigos, relaciones de trabajo, de inclusión comunitaria y de prácticas sociales<sup>(5)</sup>. En este contexto, consideradas las deficiencias del sector público en relación al apoyo formal a los ancianos, la familia continúa representando la fuente principal y única de asistencia para gran parte de la población de ancianos<sup>(6)</sup>.

La expectativa de soporte para el cuidado es una forma de evaluación del apoyo percibido por el anciano, siendo definida como la creencia del anciano de que personas próximas proveerán su asistencia futura en caso de que exista necesidad. Esta evaluación subjetiva, cuando positiva, representa un mejor mecanismo de enfrentamiento del estrés en la vejez que el soporte de hecho recibido por los miembros de la red de soporte social, siendo, por tanto, considerado un factor de protección en el enfrentamiento de las adversidades y está relacionado al sentimiento de autoeficacia en ancianos más longevas<sup>(7)</sup>.

Los ancianos que tienen expectativa de soporte para el cuidado están menos propensos a la incapacidad funcional, ya que la seguridad de creer que el apoyo estará disponible en caso de necesidad parece proporcionar beneficios funcionales para los adultos más viejos. Además de eso, se resalta la superioridad de este constructo en relación al soporte recibido como forma de evaluación del soporte social en ancianos<sup>(8)</sup>.

En general, se espera que los cuidados informales ofrecidos a los ancianos dependientes sean dados por mujeres casadas o hijas<sup>(9)</sup>. Además de eso, es común la percepción de que los hijos deben cuidar de sus padres ancianos, siendo esta idea fuertemente influenciada por aspectos culturales y por la religión<sup>(10)</sup>. A pesar de que las normas culturales y las expectativas varíen conforme la obligación familiar o filial, cuidar de un miembro más viejo de la familia es muchas veces visto en el contexto de intercambios en la vida y de solidaridad familiar<sup>(11)</sup>. Los cónyuges, por ejemplo, frecuentemente mencionan el cumplimiento de votos matrimoniales, en cuanto los hijos adultos hablan de retribuir a los padres que se preocuparon con ellos cuando eran más jóvenes.

En un estudio realizado con 1.005 ancianos brasileños<sup>(12)</sup> fue constatado que el cuidado informal realizado por familiares cuidadores, con quien la mayoría de los ancianos espera contar en la vejez, está lentamente dejando de existir a medida que aumentan los cambios sociales y económicos de las familias. La población mundial está delante de una 'crisis global de cuidados', pudiendo haber un impacto en todas las sociedades, a menos que los individuos y gobiernos comiencen a prepararse para esto.

En la Red de Investigación sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños (Red FIBRA) - grupo multicéntrico de estudios dedicados al fenómeno de fragilidad de ancianos de la comunidad - fue abordado el grado de dependencia de los ancianos para realización de las AVDs y la expectativa de soporte para el cuidado, o sea, la presencia de alguien para ayudarlo en caso él lo venga a necesitar, de forma a verificar el grado de limitación presentado por los ancianos y el auxilio disponible percibido por el anciano<sup>(13)</sup>.

Así siendo, se buscó comparar la expectativa de soporte para el cuidado, el arreglo en la residencia y las variables relacionadas con la salud, en función del género e intervalo de edad, en ancianos de Campinas-SP. Se espera que los resultados aquí presentados puedan orientar al enfermero en la identificación de ancianos en situación de riesgo, ofreciendo subsidios para la elaboración de estrategias que busquen reducir y hasta mismo suplir las necesidades de cuidado del anciano y de su familia, y en la búsqueda de nuevos recursos de asistencia.

## Método

Sobre un estudio transversal realizado a partir de los datos de la ciudad de Campinas, Sao Paulo, Brasil, obtenidos en la Red de Investigación sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños (Red FIBRA). La Red tiene por enfoque el estudio del fenómeno de fragilidad en la población anciana brasileña y sus relaciones con variables

sociodemográficas, psicológicas, de salud y cuidado<sup>(14)</sup>. Los criterios de inclusión fueron: tener edad igual o superior a 65 años, comprender las instrucciones, concordar en participar y ser residente permanente en el domicilio y en el sector del censo. Fueron considerados inelegibles para la investigación: a) presencia de problemas de memoria, atención, orientación espacial y temporal, y de comunicación, sugestivos de grave déficit cognitivo; b) incapacidad permanente o temporaria para andar, permitiéndose el uso de bastón o andador, pero no de silla de ruedas; c) pérdida localizada de fuerza y afasia provenientes de grave Accidente Vascular Encefálico; d) comprometimientos graves de la motricidad, del habla o de la afectividad asociados a la enfermedad de Parkinson en estado avanzado o inestable; e) déficits de audición o de visión graves, dificultando fuertemente la comunicación, y f) ancianos en estado terminal. Para el presente estudio, se incluyó como otro criterio de inclusión el hecho del

anciano haber respondido a las preguntas relacionadas a las variables de interés. De los 835 ancianos entrevistados en Campinas, 671 se encuadraron en los criterios de inclusión y fueron seleccionados para el presente estudio.

La recolección de datos ocurrió de septiembre de 2008 a junio de 2009, en una sesión única con 40 a 120 minutos de duración, a partir de la firma del término de consentimiento libre e informado en formato aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp (208/2007). Seguían los cuestionarios de identificación y de datos sociodemográficos, el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), medidas de la presión arterial y las antropométricas, recolección de sangre, examen bucal y las medidas del fenotipo de fragilidad. El desempeño superior a la nota de corte obtenido en el MEEM fue adoptado para participación de los ancianos en las demás medidas. Las variables del presente estudio fueron investigadas mediante las condiciones presentadas en la Figura 1.

Variable	Pregunta	Tipo de variable	Alternativas de respuesta	
Género	-	Independiente, nominal.	Masculino; femenino	
Edad	-	Independiente, numérica y continua, posteriormente categorizada.	Registrados como variable continua, tabulados en intervalos de 65 a 74 años y 75 años y más.	
Arreglo de la residencia	"¿Con quién vive usted?"	Independiente y nominal.	Señalaron todas las que se aplicasen: si; no. En seguida, respondieron a las opciones: solo; con el cónyuge; con el hijo; con el nieto; con el bisnieto; con otro pariente; con personas de fuera de la familia.	Para el análisis de los datos, fueron creadas dos categorías: reside solo; reside acompañado.
Expectativa de soporte para el cuidado para realización de las ABVDs y AIVDs	"¿En caso de precisar de ayuda para realizar cualquier una de esas actividades usted tiene con quien contar?"	Dependiente, dicotómica y nominal.	Si; no. En caso afirmativo, se preguntaba quien sería la persona. El anciano marcaba las alternativas correspondientes a su realidad.	Siendo si, se clasificó en: una persona; dos o más personas.
Salud percibida	"De modo general, ¿cómo usted evalúa su salud en el momento actual?"	Independiente, categórica y ordinal.	Excelente; muy buena; buena; regular; muy mala	
Enfermedades auto-relatadas	"¿En los últimos 12 meses, algún médico le dijo que tenía alguno de los siguientes problemas de salud?"		Independiente y nominal, después categorizada.	Para cada enfermedad citada, respondió: si; no. Posteriormente la variable fue categorizada en 0-2; ≥3 enfermedades.
Independencia funcional	Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)	"¿Cuál es su relación con las siguientes actividades:"	Categórica y numérica	Para cada actividad: nunca hizo; paró de hacer; todavía hace. Se consideraron las actividades que habían "dejado de hacer"
	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	"Es totalmente independiente, precisa de alguna ayuda o precisa de ayuda total para hacer cada una de las siguientes cosas:"	Categórica y numérica.	Totalmente independiente; precisa de alguna ayuda; precisa de ayuda total. Se consideraron las actividades que habían "dejado de hacer"
	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	"Es totalmente independiente, precisa de alguna ayuda o precisa de ayuda total para hacer cada una de las siguientes cosas:"	Categórica y numérica.	Totalmente independiente; precisa de alguna ayuda; precisa de ayuda total. Se consideraron las actividades que habían "dejado de hacer"

Figura 1 - Caracterización operacional de las variables. Campinas, SP, Brasil, 2012

Fue realizado un análisis descriptivo de frecuencia de las variables categóricas, con valores de frecuencia absoluta (n) y distribución relativa (%), y estadística descriptiva de las variables numéricas, con valores de promedio, desviación estándar, mínimo y máximo. Para comparación de las principales variables categóricas entre género e intervalo de edad fueron utilizadas las pruebas Chi-cuadrado o Exacto de Fisher. El nivel de significancia adoptado para las pruebas estadísticas fue de 5%.

## Resultados

De los 900 ancianos que participaron de la primera fase de recolección de datos del Estudio FIBRA, 689 alcanzaron una puntuación mayor que la nota de corte para el MEEM e hicieron parte de la segunda fase de recolección. De estos, 671 respondieron a todas las preguntas de interés del presente estudio y formaron entonces la muestra final descrita a seguir.

Los ancianos eran en su mayoría mujeres (68,70%), con edad entre 65 y 90 años, siendo el promedio (DE) de 72,31 (5,33) y la mediana de 72 años. Más de la mitad

de los ancianos (57,10%) no tenía ninguna, una o dos enfermedades. De estos, aproximadamente 11% negaron tener alguna enfermedad. Cerca de 60% evaluaron su salud como "buena" o "muy buena".

De forma general los ancianos presentaban buen desempeño funcional, manteniendo su independencia para la realización de las AIVD's (74,14%) y ABVD's (89,47%). Sin embargo, 94,10% ancianos apuntaron por lo menos una AVD comprometida y 92,23% dejaron de realizar por lo menos una AAVD. Gran parte residía con alguien (83,91%) y relató tener expectativa de soporte para el cuidado (89,12%), siendo que 44% esperaban recibir cuidados de una persona, y un número semejante de ancianos lo esperaba de dos o más personas.

Al comparar las variables de interés en función del género, se encontró que un mayor número de mujeres residían solas (20,52%) y tenían un mayor número de enfermedades (49,02%). Cuando comparadas a los hombres, tienen mayor número de incapacidades en ABVD's (12,42%) y peor evaluación de la propia salud (7,39%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Análisis comparativo de las variables de interés del estudio en función del género (n=671). Campinas, SP, Brasil, 2008-2009

Variable	Género - n (%)		p-valor
	Masculino	Femenino	
	n=210 (100%)	n=461 (100%)	
Edad			0,221
65-74	152 (72,38)	312 (67,68)	
≥75	58 (27,62)	149 (32,32)	
Arreglo de residencia			<0,001
Solo	13 (6,28)	94 (20,52)	
Acompañado	194 (93,72)	364 (79,48)	
Expectativa de soporte para el cuidado			0,018
Si	196 (93,33)	402 (87,20)	
No	14 (6,67)	59 (12,80)	
Número de personas			<0,001
Ausencia de expectativa	14 (6,80)	59 (12,85)	
1	78 (37,86)	215 (46,84)	
≥2	114 (55,34)	185 (40,31)	
Número de enfermedades			<0,001
0-2	147 (70,67)	235 (50,98)	
≥3	61 (29,33)	226 (49,02)	
Salud Percibida			0,04
Mala y muy mala	5 (2,42)	34 (7,39)	
Regular	76 (36,71)	160 (34,78)	
Buena y muy buena	126 (60,87)	266 (57,83)	
Incapacidad			0,018
- Para ABVD			
Ninguna actividad	193 (93,69)	402 (87,58)	
≥1	13 (6,31)	57 (12,42)	

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variable	Género - n (%)		p-valor
	Masculino	Femenino	
	n=210 (100%)	n=461 (100%)	
- Para AIVD			0,627
Ninguna actividad	156 (75,36)	337 (73,58)	
≥1	51 (24,64)	121(26,42)	
- Para AAVD			0,031
Ninguna actividad	9 (4,41)	42 (9,29)	
≥1	195 (95,59)	410 (90,71)	
- Incapacidad general			0,064
Ninguna actividad	7 (3,38)	32 (7,05)	
≥1	200 (96,62)	422 (92,95)	

El porcentaje de hombres que dejó de realizar alguna AAVD (95,59%) fue mayor que el de las mujeres, así como la expectativa de soporte para cuidado estuvo más presente en los hombres (93,33%). El número de personas de quien esperan recibir cuidados en caso de necesidad también fue mayor entre los hombres (55,34%), siendo

que gran parte de las mujeres espera recibir ayuda de apenas una persona (46,84%).

En la comparación de las mismas variables en función de los intervalos de edad, se encontró que 22,55% de los ancianos más viejos viven solos y tienen incapacidad para las AIVD's (35,96%) (Tabla 2).

Tabla 2 - Análisis comparativo de las variables de interés del estudio en función de la edad (n=671). Campinas, SP, Brasil, 2008-2009

Variable	Intervalo de Edad - n (%)		p-valor
	65 - 74 años	≥ 75 años	
	n=461 (100%)	n=204 (100%)	
Arreglo de residencia			0,003
Solo	61 (12,23)	46 (22,55)	
Acompañado	400 (86,77)	158 (77,45)	
Expectativa de soporte para el cuidado			0,691
Si	415 (89,44)	183 (88,41)	
No	49 (10,56)	24 (11,59)	
Número de personas			0,918
Ausencia de expectativa	49 (10,65)	24 (11,71)	
1	204 (44,35)	89 (43,41)	
≥2	207 (45,00)	92 (44,88)	
Número de enfermedades			0,402
0-2	260 (56,03)	122 (59,51)	
≥3	204 (43,97)	83 (40,49)	
Salud percibida			0,37
Muy mala y mala	30 (6,48)	9 (4,41)	
Regular	168 (36,29)	68 (33,33)	
Buena y muy buena	265 (57,24)	127 (62,25)	
Incapacidad			<0,001
Para AIVD			
Ninguna actividad	363 (78,57)	130 (64,04)	
≥1	99 (21,43)	73 (35,96)	
Para AAVD			0,447
Ninguna actividad	38 (8,30)	13 (6,57)	
≥1	420 (91,70)	185 (94,43)	
Para ABVD			0,47
0	416 (90,04)	179 (88,18)	
≥1	46 (9,96)	24 (11,82)	
Incapacidad general			0,305
Ninguna actividad	30 (6,52)	9 (4,48)	
≥1	430 (93,48)	192 (95,52)	

## Discusión

Conforme a los criterios de participación en el presente estudio, fueron seleccionados ancianos con un cuadro cognitivo preservado y en su mayoría con capacidad funcional también preservada. Así, se debe resaltar que no fueron considerados los ancianos que estaban restringidos a sus domicilios, con limitaciones físicas y cognitivas mayores y la expectativa de soporte para el cuidado de estos individuos.

A pesar de eso, se pudo identificar diferencias estadísticamente significativas en relación al género e intervalo de edad en esta muestra en lo que se refiere a las variables estudiadas, estando las mujeres en peores condiciones sociodemográficas, de percepción de salud y de cuidado que los hombres ancianos. Ellas representan la mayor parte de la muestra de este estudio poblacional, reafirmando la cuestión de la feminización de la vejez en Brasil<sup>(15)</sup> y en otros países<sup>(16)</sup>, que viene acompañada de elevado número de mujeres viviendo solas<sup>(17)</sup>, con mayor número de enfermedades crónicas y peores índices funcionales, conforme obtenido en el grupo femenino<sup>(18)</sup>. Este dato está directamente relacionado a la probable disminución de la calidad de la vida, influenciada por los bajos niveles de escolaridad de la mayoría de los ancianos brasileños, y las condiciones económicas malas y la presencia de incapacidades.

Los ancianos con mayor número de enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de tornarse dependientes para las AVD's<sup>(2)</sup>, siendo que peores índices funcionales están presentes en las mujeres, conforme apuntan los datos del PNAD de 1998 a 2008<sup>(19)</sup>. La literatura apunta que ser mujer ha sido considerado como un factor de riesgo independiente para el declino funcional, y uno de los motivos sería el hecho de que ellas presentan mayor expectativa de vida, están sujetas a mayor número y a diferentes tipos de enfermedades crónicas por vivir en condiciones socioeconómicas peores que los hombres, lo que limitaría el acceso a los cuidados y a los cambios de comportamientos de salud<sup>(20)</sup>.

La expectativa de soporte para el cuidado y el número de personas de quien el anciano espera recibir ayuda estuvieron asociados al género, lo que significa que las mujeres tienen ausencia de expectativa de soporte para el cuidado en caso de que vengan a necesitar la ayuda. Aquellas que tienen expectativa, esperan recibir ayuda de apenas una persona, que en la mayoría de las veces es el compañero, también anciano.

Las mujeres ancianas son las principales cuidadoras de sus cónyuges, pero son menos propensas a recibir cuidados familiares. Este es uno de los factores que ayudan

a explicar porque, en general, las mujeres predominan en las instituciones de larga permanencia. Por tanto, si estas viven en condiciones de pobreza, no tienen expectativa de soporte para el cuidado o una forma de costear este servicio<sup>(9)</sup>.

En un estudio realizado con 1.103 ancianos en los E.U.A. las mujeres ancianas presentaron las peores condiciones funcionales y de expectativa de soporte para el cuidado<sup>(21)</sup>. Los autores concluyeron que las ancianas con esa expectativa estuvieron menos propensas a tener incapacidad funcional en comparación con aquellas con ausencia de expectativa. Esto tal vez explique el hecho de que las mujeres, del presente estudio, estaban en peores condiciones de salud y con ausencia de expectativa de soporte para el cuidado cuando comparadas a los hombres.

La incapacidad funcional en AAVDs, AIVDs y ABVDs estuvieron jerárquicamente relacionadas a los intervalos de edad; o sea, cuanto más longevos, peor es la capacidad funcional, proporcionalmente. Esta sería otra explicación para los peores índices de desempeño funcional de las mujeres evidenciados en el presente estudio, específicamente en ABVD's - éstas tienen mayor sobrevivencia, sin embargo viven más años con incapacidad. Estos resultados confirman que, a pesar de vivir más que los hombres, las mujeres pasan por un período mayor de incapacidad física antes de la muerte<sup>(22)</sup>.

El presente estudio mostró también que la mayoría de los ancianos evalúa la salud como buena o muy buena, coincidiendo con los hallazgos de la literatura<sup>(16)</sup>. No hubo diferencia significativa para los diferentes grupos de edad en la autopercepción de la salud. Sin embargo, en lo que se refiere al género, las mujeres lideran el grupo que evalúa la propia salud como mala o muy mala.

En un estudio realizado en Sao Paulo sobre los factores determinantes de la autopercepción de la salud<sup>(1)</sup>, la chance de autoevaluar la salud como mala fue 16% mayor para las mujeres. Las chances de los ancianos relatar una salud negativa fueron más altas en todos los grupos de edad, pero declinaron con el avance de la edad. El anciano que vive solo evaluó su salud más positivamente en relación a los que viven acompañados, mismo después del control con las variables: sexo y edad. Y la presencia de enfermedades crónicas asociadas al género fue el determinante más fuertemente relacionado con la autopercepción de la salud, siendo que, para los hombres, la presencia de cuatro o más enfermedades crónicas implicó un riesgo diez veces mayor de declarar una autopercepción mala de la salud. Para las mujeres, ese riesgo fue cerca de ocho veces mayor. En la ausencia o mismo en la presencia de dos o más enfermedades crónicas, las mujeres ancianas tuvieron mayor

probabilidad de relatar una buena autopercepción de salud en comparación con los hombres.

Considerando que la salud autoevaluada como mala está significativamente asociada con la mortalidad, las mujeres del presente estudio se encuentran en desventaja, en el sentido de que tienen mayor vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades, que sumado a la falta de expectativa de soporte para el cuidado, lleva a un mayor riesgo de mortalidad.

Las limitaciones del presente estudio estuvieron relacionadas a la falta de informaciones al respecto del tipo de cuidado o de las relaciones familiares. Sin embargo, fue posible constatar la relevancia de conocer la realidad social y de expectativa de soporte para el cuidado de ancianos viviendo en la comunidad para la práctica del enfermero y que el fortalecimiento de las redes de soporte para ancianos es fundamental.

## Conclusión

Este estudio orienta al enfermero en la comprensión de como el género, la edad, la percepción de la salud y el arreglo en la residencia, en la vejez, pueden estar relacionadas a la expectativa de soporte para el cuidado. Se concluye que la expectativa de soporte para el cuidado de los ancianos de la ciudad de Campinas, en Sao Paulo, está relacionada al género y es independiente de la edad. Otras variables demostraron que los ancianos no se consideran bien en relación a la percepción de la salud y cuidado, estando susceptibles al declino funcional y a la falta de soporte. Esto caracteriza la demanda por cuidados como siendo preponderantemente femenina, sin embargo, son ellas las que no tienen expectativa para el cuidado.

Políticas e iniciativas que tengan por objetivo dar apoyo a estos ancianos y familias se muestran necesarias, una vez que debe ser asegurado al anciano el derecho de ser cuidado. Más estudios que investiguen la expectativa de soporte para el cuidado de ancianos brasileños y formas de apoyo recibidas también son necesarios con la finalidad de comprender otros aspectos relacionados a esta variable en diferentes grupos poblacionales.

## Referencias

1. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41.
2. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos LF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Ver. Saúde Pública*. 2011;45(2):391-400.

3. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*. 2010;10:18.
4. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial; 2003. p. 183-200.
5. Bocchi SCM, Angelo M. Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(1):15-23.
6. Antonucci, TC, Birditt KS, Sherman CW, Trinh S. Stability and change in the intergenerational family: a convoy approach. *Ageing and Society*. 2011;31(7):1084-106.
7. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychol Aging*. 2007;22(3):456-69.
8. Shaw BA, Janevic M. Representative Sample of Older Adults. *J Aging Health*. 2004;16(4):539-61.
9. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5):1509-18.
10. De Valk HAG, Saad PM. Perceptions of filial obligation among migrant and non-migrant elderly: a comparison at the country of origin and destination. *European Population Conference*; 2008.
11. Katz R, Lowenstein A, Phillips J, Daatland SO. Theorizing intergenerational family relations: solidarity, conflict and ambivalence in cross-cultural contexts. In: Benston VL, Acock AC, Allen KR, Dillworth-Anderson P, Klein DM (org). *Sourcebook of Family Theory and Research*. Thousand Oaks (CA): Sage. 2005; p.393-420.
12. BUPA. Bupa Health Pulse, 2010. [disponível em: <http://www.bupa.com/about-us/information-centre/bupa-health-pulse-2010>].
13. Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira AA, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri AL, Guariento ME (org.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011; p.55-74.
14. Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres AVS, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME (org.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011. p.27-54.
15. Muranetti DB, Barbosa AR, Marucci MFN, Lebrão ML. Hipertensão arterial referida e indicadores

antropométricos de gordura em idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011;57(1):25-30.

16. Arai Y, Iinuma T, Takayama M, Takayama M, Abe Y, Fukuda R, et al. Study protocol The Tokyo Oldest Old Survey on Total Health (TOOTH): A longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. BMC Geriatrics. 2010;10(35):1-11.

17. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vandrúsculo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(1):18-25.

18. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In Lebrão ML, Duarte YAO. SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília (DF); 2003. p.73-92.

19. 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 (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea; 2010. p.93-122.

20. Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R, Katsoff M. Reliability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the third National and Nutrition Examination Survey. J Am Geriatr Soc. 2000;48(9):1136-41.

21. Shaw B. Anticipated Support From Neighbors and Physical Functioning During Later Lifes. Research on aging. 2005;27(5):503-25.

22. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev. bras. estud. popul. 2011;28(1):217-30.

Recibido: 12.9.2012

Aceptado: 11.4.2013

### *Como citar este artículo:*

Oliveira DCD, Neri AL, D'Elboux MJ. Variables relacionadas a la expectativa de soporte para el cuidado de ancianos residentes en la comunidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013 [acceso: / / ];21(3):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día | año  
mes abreviado con punto

URL