

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Elizandra Cristina Pedrazzi

**ARRANJO DOMICILIAR E APOIO DOS FAMILIARES AOS
*IDOSOS MAIS VELHOS***

Ribeirão Preto
2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Elizandra Cristina Pedrazzi

**ARRANJO DOMICILIAR E APOIO DOS FAMILIARES AOS
*IDOSOS MAIS VELHOS***

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do Título de Mestre
em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso
Orientadora: Prof^a Dr^a Rosalina Aparecida
Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Pedrazzi, Elizandra Cristina

Arranjo Domiciliar e Apoio dos Familiares aos *Idosos mais velhos*
Ribeirão Preto, 2008.

131f. : il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem
Fundamental.

Orientadora: Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.

1. Idoso *mais velho*. 2. Suporte Social. 3. Arranjo domiciliar. 4.
Gerontologia

FOLHA DE APROVAÇÃO

Elizandra Cristina Pedrazzi
Arranjo Domiciliar e Apoio dos Familiares aos *Idosos mais velhos*

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem Fundamental.
Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Aos meus pais, minha irmã pela simples presença, pela ajuda incondicional, pelas orações, pelas palavras de ânimo e incentivos constantes.

Aos meus avós, exemplos de idosos mais velhos, pela beleza do processo com que envelhecem que reforçam ainda mais meu amor pelo cuidado aos idosos.

Ao Vladimir, por caminharmos juntos, pelo encorajamento constante, pelos abraços e palavras de apoio, por entender minha ausência em tantos momentos e ser meu refúgio nos momentos difíceis.

Aos idosos que me receberam em suas casas se dispondo a participar desta pesquisa.

À professora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, pela orientação, que através de seu saber e competência soube conduzir-me nessa trajetória.

À professora Sueli Marques, pelo carinho e pelas sugestões pertinentes.

Ao professor Vanderlei José Haas pela sua competência, atenção e paciência no tratamento dos dados.

À Edma pelo carinho, pela boa vontade em ajudar sempre.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão de uma bolsa de estudos, que financiou esta pesquisa e pelo incentivo para meu crescimento profissional.

Às colegas, Aline, Suzele, Idiane, uma convivência muito importante, pelas discussões, contribuições teóricas e pela relação de amizade cultivada.

Às pessoas que colaboraram, cada um a sua maneira, para realização deste trabalho, nas sugestões, coleta dos dados, na digitação do banco de dados, Thais, Fábio, Cibele, Clarisse, Ana Eugenia, Bárbara, Talita.

Enfim, agradeço a Deus por ter me dado força, determinação e coragem para chegar ao final desta etapa.

À cada um de vocês e a tantos outros familiares e amigos que fazem parte da minha rede de relacionamentos, que, em momentos distintos, cada um a seu modo ofereceram apoio para a construção deste trabalho, meu muito obrigada.

RESUMO

PEDRAZZI, E.C. **Arranjo Domiciliar e Apoio dos Familiares aos *Idosos mais velhos***. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

O contexto do envelhecimento dos *idosos mais velhos* necessita ser considerado em decorrência dos fatores socioeconômicos, políticos e demográficos do país, além do processo de redefinição da família como instituição social. Dessa forma, a pesquisa relacionada aos arranjos domiciliares e a rede de suporte social, vem de encontro com as questões relacionadas ao cuidado do idoso no domicílio, principalmente dos *idosos mais velhos*. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, que teve por objetivo caracterizar o arranjo domiciliar e a rede de suporte social dos *idosos mais velhos* residentes na comunidade de Ribeirão Preto, SP, além da sua funcionalidade. A amostra constituiu-se de 147 idosos. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares, utilizando-se identificação e perfil social, o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) para investigar a rede de suporte, a Medida de Independência Funcional (MIF) e questões sobre os arranjos domiciliares. A idade média das idosas foi de 84,4 anos e dos idosos de 84,1 anos, sendo 63,3% na faixa etária de 80-84 anos, 27,2% na de 85-89 anos e 9,5% na de 90 anos ou mais. Há maior número de idosas viúvas, 91,3% e analfabetas, 83,3%. Do total dos idosos, 41,5% recebem aposentadoria, possuem de um a três salários mínimos (72,1%) e moram em casa própria quitada (74,1%). Os idosos possuem em média 4,08 filhos e residem com 2,8 pessoas. Quanto à funcionalidade, a variação dos escores observados foi igual à variação possível da MIF motora, cognitiva social e total, assim como em seus domínios, com a média das pontuações próxima aos valores máximos possíveis. A maioria dos idosos classificou-se na categoria independência completa/modificada, 81,6% e 15% na dependência mínima. À medida que os idosos se tornam mais velhos se tornam mais dependentes ($p < 0,001$). Não foi encontrada significância estatística entre a MIF total e arranjo domiciliar, apesar da tendência de morar sozinho aumentar conforme aumenta a pontuação na MIF. A relação com o suporte social também não foi significativa. Grande parte dos idosos vive com o cônjuge, 26,5% e 14,3% vivem sozinhos. Mais da metade dos domicílios são chefiados pelo próprio idoso, 57,1%. Conforme aumenta a faixa etária diminui o número de idosos que vivem com o cônjuge e aumenta os que vivem com os filhos. Quanto à configuração da rede de suporte social dos idosos, houve predomínio de pessoas no primeiro círculo, isto é, frequentemente, com ênfase para os filhos e familiares, para todas as funções analisadas. A média do número de amigos e pessoas da comunidade para todos os tipos de apoio foi menor que um, o que reforça a família como protetora e cuidadora dos idosos.

Descritores: *Idoso mais velho*, Suporte Social, Arranjo domiciliar, Gerontologia.

ABSTRACT

PEDRAZZI, E.C. **Domestic organization and Family Support to *older Elderly***. 2008. 131p. Thesis (Master). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2008.

The context of aging of the *elder elderly* needs to be considered due to the country's socioeconomic, political and demographic factors, besides the process of redefining family as a social institution. In this way, research regarding the domestic organization and the social support network, meets the questions related to elderly care at home, especially the *elder elderly*. It is an epidemiologic cross-sectional study, which aimed to characterize the domestic organization and the social support network of the *elder elderly* living in Ribeirão Preto, SP, as well as its functionality. The sample was made of 147 elderly. Data were collected in interviews at home, using the social identification and profile, the Minimum Map of Elderly Relations (MMRI) to investigate the support network, the Functional Independence Measure (MIF) and questions about the domestic organizations. The average age of female elderly was 84,4 years, and male 84,1 years, 63,3% were in the age group 80-84 years, 27,2% between 85-89 years and 9,5% were 90 years or more. There is a larger number of old widows (91,3%) and illiterates (83,3%). From the total of the elderly, 41,5% receive pension, earn from one to three minimum wages (72,1%) and live in their own house (74,1%). The elderly have 4,08 children and live with 2,8 people. Regarding functionality, the variation of the observed score was equal the possible variation of motor, social cognitive and total MIF, as well as its domains, with average scoring close to full score. Most elderly people (81,6%) was classified under the complete/modified independence category, and 15% as minimum dependence, as the elderly get older they become more dependent ($p < 0,001$). There was no statistic significance between total MIF and domestic organization, despite the increasing tendency to live alone as MIF scoring raises. The relation to social support was not significant either. Great part (26,5%) of the elderly lives with the spouse, and 14,3% live alone. More than half of the domiciles (57,1%) are lead by the elderly itself. As the age group increases the number of elderly living with the spouse decreases, and increases the ones living with sons/daughters. Regarding the elderly social support network configuration, there was prevalence of people in the first circle, that is, frequently with emphasis for children and family, for all off the analyzed functions. The average of the number of friends and people from the community for all kinds of support was lower than one, what reinforces family as protector and caregiver of the elderly.

Keywords: *older Elderly*, Social Support, Household arrangements, Geriatrics.

RESUMEN

PEDRAZZI, E.C. **Arreglo Domiciliario y Apoyo de los Familiares a los Ancianos Más Viejos**. 2008. 131h. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão, Universidad de São Paulo, 2008.

El contexto del envejecimiento de los *ancianos más viejos* precisa ser considerado en consecuencia de los factores socioeconómicos, políticos y demográficos del país, además del proceso de redefinición de la familia como institución social. De esa forma, la investigación relacionada a los arreglos domiciliarios y la red de apoyo social viene de encuentro con las cuestiones relacionadas al cuidado del anciano en el domicilio, principalmente de los *ancianos más viejos*. Es un estudio epidemiológico, transversal, que tuvo por objetivo caracterizar el arreglo domiciliario y la red de apoyo social de los *ancianos más viejos* residentes en la comunidad de Ribeirão Preto, SP, además de su funcionalidad. La muestra se constituyó de 147 ancianos. Los datos fueron colectados en entrevistas domiciliarias, utilizando identificación y perfil social, el Mapa Mínimo de Relaciones del Anciano (MMRI) para investigar la red de apoyo, la Medida de Independencia Funcional (MIF) y cuestiones acerca de los arreglos domiciliarios. La edad media de las ancianas fue de 84,4 años y de los ancianos de 84,1 años, siendo 63,3% en la franja etaria de 80-84 años, 27,2% en la de 85-89 años y 9,5% en la de 90 años o más. Hay mayor número de ancianas viudas (91,3%) y analfabetas (83,3%). Del total de ancianos, 41,5% reciben jubilación, ganan de un a tres salarios mínimos (72,1%) y viven en casa propia finiquitada (74,1%). Los ancianos tienen en media 4,08 hijos y viven con 2,8 personas. Cuanto a la funcionalidad, la variación de las escalas observadas fue igual a la variación posible de la MIF motora, cognitiva social y total, así como en sus dominios, con la media de las puntuaciones próxima a los valores máximos posibles. La mayoría de los ancianos (81,6%) se clasificó en la categoría independencia completa/modificada, y 15% en dependencia mínima, en la medida que los ancianos se tornan más viejos se tornan más dependientes ($p < 0,001$). No fue encontrada significancia estadística entre la MIF total y arreglo domiciliario, a pesar de la tendencia de vivir solo aumentar conforme aumenta la puntuación en la MIF. La relación con apoyo social también no fue significativa. Gran parte de los ancianos (26,5%) vive con el cónyuge, y 14,3% viven solos. Más de la mitad de los domicilios (57,1%) son dirigidos por el propio anciano. Conforme aumenta la franja etaria disminuye el número de ancianos que viven con el cónyuge y aumenta los que viven con los hijos. Cuanto a la configuración de la red de apoyo social de los ancianos, hubo predominio de personas en el primer círculo, esto es, frecuentemente con énfasis para los hijos y familiares, para todas las funciones analizadas. La media del número de amigos y personas de la comunidad para todos los tipos de apoyo fue menor que un, lo que refuerza la familia como protectora y cuidadora de los ancianos.

Palabras clave: *Anciano más viejo*, Apoyo Social, Arreglo familiar, Geriatria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------|---|----|
| Figura 1 - | Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO, et al. 2001)..... | 41 |
| Figura 2 - | Representação gráfica do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), DOMINGOS (2004) | 44 |
| Figura 3 - | Diagrama de dispersão ilustrando correlação entre idade (anos completos) e escore da MIF total de <i>idosos mais velhos</i> . Ribeirão Preto, 2008 | 58 |
| Figura 4 - | Diagrama de dispersão ilustrando correlação da MIF total e o arranjo domiciliar morar sozinho ou com alguém, dos <i>idosos mais velhos</i> . Ribeirão Preto, 2008 | 60 |
| Figura 5 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função visita. Ribeirão Preto, 2008 | 66 |
| Figura 6 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função companhia. Ribeirão Preto, 2008 | 67 |
| Figura 7 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função auxílio em atividades domésticas. Ribeirão Preto, 2008 | 69 |
| Figura 8 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função auxílio em cuidados pessoais. Ribeirão Preto, 2008 | 70 |
| Figura 9 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função auxílio financeiro. Ribeirão Preto, 2008 | 72 |
| Figura 10 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função auxílio emocional. Ribeirão Preto, 2008 | 74 |
| Figura 11 - | Configuração da rede de suporte social dos <i>idosos mais velhos</i> da comunidade no MMRI segundo a função auxílio de informação. Ribeirão Preto, 2008 | 75 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabela 1 - | População de idosos do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, por idade e sexo, 2004, Ribeirão Preto, 2008. | 35 |
| Tabela 2 - | Distribuição da amostra, segundo sexo e faixa etária de idosos (acima de 60 anos) em Ribeirão Preto no ano de 2004, Ribeirão Preto, 2008..... | 36 |
| Tabela 3 - | Distribuição da frequência das variáveis demográficas e socioeconômicas, segundo o sexo dos <i>idosos mais velhos</i> de Ribeirão Preto, 2008 | 52 |
| Tabela 4 - | Valores e variáveis da MIF total e seus domínios nos <i>idosos mais velhos</i> de Ribeirão Preto, 2008 | 54 |
| Tabela 5 - | Valores e variações das dimensões da MIF nos <i>idosos mais velhos</i> de Ribeirão Preto, 2008 | 55 |
| Tabela 6 - | Classificação do nível de dependência dos <i>idosos mais velhos</i> de Ribeirão Preto, 2008 | 55 |
| Tabela 7 - | Distribuição da dependência funcional dos <i>idosos mais velhos</i> nas dimensões e categorias da MIF total. Ribeirão Preto, 2008 | 56 |
| Tabela 8 - | Distribuição da frequência das variáveis que caracterizam o arranjo domiciliar segundo o sexo dos <i>idosos mais velhos</i> . Ribeirão Preto, 2008. | 61 |
| Tabela 9 - | Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a função visita, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 66 |
| Tabela 10 - | Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função companhia, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 68 |
| Tabela 11 - | Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função auxílio em atividades domésticas, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 69 |
| Tabela 12 - | Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função auxílio em cuidados pessoais, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 71 |
| Tabela 13 - | Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função auxílio financeiro, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 72 |

| | |
|--|----|
| Tabela 14 - Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função auxílio emocional, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 74 |
| Tabela 15 - Distribuição dos <i>idosos mais velhos</i> segundo a pergunta que identifica a função auxílio de informação, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008 | 76 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Envelhecimento populacional | 13 |
| 1.2 Funcionalidade | 17 |
| 1.3 Arranjos Domiciliares | 20 |
| 1.4 Redes de Suporte e Apoio Social | 25 |
| 2 OBJETIVOS | 32 |
| 2.1 Objetivo Geral | 33 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 33 |
| 3 METODOLOGIA | 34 |
| 3.1 Local do estudo | 35 |
| 3.2 População e Amostra do estudo | 35 |
| 3.3 Coleta dos dados | 38 |
| 3.3.1 Instrumentos utilizados | 38 |
| 3.4 Análise dos dados | 47 |
| 3.5 Procedimentos éticos | 48 |
| 4 RESULTADOS | 49 |
| 4.1 Características Sócio-demográficas | 50 |
| 4.2 Avaliação da funcionalidade | 54 |
| 4.3 Características do arranjo domiciliar | 61 |
| 4.4 Características da rede de suporte / apoio social, segundo o mapa mínimo de relações do idoso | 65 |
| 5 DISCUSSÃO | 78 |
| 5.1 Características sócio-demográficas | 79 |
| 5.2 Avaliação da funcionalidade | 83 |
| 5.3 Características do arranjo domiciliar | 88 |
| 5.4 Características da rede de apoio/suporte social | 93 |
| 6 CONCLUSÃO | 101 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 105 |
| APÊNDICES | 119 |
| ANEXOS | 122 |

1.1 Envelhecimento populacional

No Brasil a população idosa apresenta as maiores e mais rápidas taxas de crescimento, exemplificada pelo aumento da participação de pessoas com 60 anos ou mais no total da população nacional. À medida que a proporção de crianças e jovens diminui e a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais aumenta a pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025, característica de uma população mais envelhecida (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2005):

A expectativa de vida do ser humano tem aumentado consideravelmente dentro de um curto espaço de tempo. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Dados da pesquisa Tábua de Vida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2005a) mostraram que a esperança de vida ao nascer, aumentou de 71,9 em 2005, para 72,1 anos em 2006.

A população idosa brasileira hoje ultrapassa os 14 milhões, o que evidencia a importância desse contingente populacional no Brasil. No ano 2025 seus habitantes com 60 anos ou mais irão compor um contingente estimado de 32 milhões de pessoas, o que situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos (VERAS, et al., 2000). A participação de pessoas com mais de 80 anos de idade na composição da sociedade brasileira foi a que mais cresceu entre os grupos etários de idosos citados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2005b). Os dados apontam a existência de 2,4 milhões de brasileiros octogenários em 2005, que representam 1,3% da população. Em 1995, esses idosos eram 0,9%.

Atualmente os idosos são a parcela populacional que mais cresce no mundo e mais da metade deles vive em países em desenvolvimento. De 1980 a 2020, a população

mundial total deverá crescer 80% (passando de 4,4 para 7,8 bilhões), enquanto que a população de idosos crescerá 160% (passando de 375 para 975 milhões). A previsão é que cerca de 80% deste crescimento ocorra em países do terceiro mundo (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha também está envelhecendo. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (WHO, 2005).

O município de Ribeirão Preto possui 652 km² e abriga uma população estimada em 559.650 habitantes que faz da cidade o nono município mais populoso do estado e o quarto mais populoso do interior. Segundo estimativa populacional do datatus para o ano intercensitário de 2006, o número de idosos na cidade é de 56.743 habitantes, dos quais 31.637 possuem de 60 a 69 anos e aqueles que tem mais de 80 anos perfazem um total de 7.111 habitantes. A cidade possuía em 2000, uma expectativa de vida de 74,4 anos (BRASIL, 2006).

Segundo Camarano (2004) há uma diversidade de critérios para se definir idoso que permite agrupar estes indivíduos a partir de uma ou mais características sociais e biológicas, comuns a todos eles. A classificação do indivíduo como grupo social “idoso” simplifica a heterogeneidade deste segmento, por isso devem ser estudadas as peculiaridades que envolvem esta população. A classificação cronológica é um tanto limitante, mas necessária para estabelecimento de políticas públicas, além de auxiliar nas pesquisas.

No Brasil, idosos são todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade conforme definição da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Essa classificação segue o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde que conceitua o idoso pela idade e grau de

desenvolvimento do seu país, e estabelece o corte etário de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os em desenvolvimento. O termo “young-old” (idoso jovem) refere-se a pessoas com idade entre 60 e 69 anos, “old-old” (idoso velho) refere-se a pessoas entre 70 e 79 anos e “oldest-old” (idoso mais velho) refere-se a pessoas com 80 anos ou mais (WHO, 2004).

O processo de envelhecimento pode ser discutido sobre duas grandes vertentes. Enquanto em uma o envelhecimento é visto como dependente e vulnerável, em outra, este processo é o propício para novas conquistas e busca da satisfação pessoal, um grupo crescente nos países em desenvolvimento. Estes idosos fazem parte de um grupo que busca um envelhecimento ativo e participativo e neste caso, evidenciam-se as transferências intergeracionais de apoio que assumem cada vez mais um caráter bidirecional (LLOYD-SHERLOCK, 2002).

Estas duas realidades não são excludentes, mas sim convivem lado a lado na sociedade e cabe às políticas públicas atender adequadamente ambas as demandas.

Comparando-se os países desenvolvidos com os em desenvolvimento, esses não têm acompanhado o ritmo rápido de envelhecimento da população em termos de desenvolvimento sócio-econômico. Ainda que grande parte da população brasileira viva com baixa renda, condições precárias de moradia, saneamento, acesso à educação, em péssimas condições nutricionais e de saúde, as conquistas tecnológicas da medicina, provocaram uma queda da mortalidade infantil e conseqüente aumento da expectativa de vida ao nascer (GORDILHO et al., 2000).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade. Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por

mulher). Em 1975, apenas 22 países possuíam uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição, entretanto o número em 2005 era de 70 países (WHO, 2005).

Segundo estudo demográfico do IBGE (2004a) sobre a projeção da população, as famílias estão tendo cada vez menos filhos: em 1960, a média era de seis filhos por mulher, em 2000, caiu para 2,39 e para 2004 a projeção foi de 2,31. A população continuará crescendo, embora com taxas cada vez menores: dos 3% ao ano entre 1950 e 1960, a taxa caiu para 1,44% ao ano em 2004.

Não existe na literatura, consenso sobre até quando e como a mortalidade poderá cair e qual seu impacto na esperança de vida. Segundo Camarano (2004) um prognóstico entre os gerontólogos é de que a mortalidade entre os idosos pode ser reduzida em todo o mundo através da combinação entre o declínio das mortes prematuras, uma compressão da mortalidade próximo ao limite biológico e o estabelecimento de um padrão de morte natural ao fim do período de vida. Segundo Duchene e Wunch (1988) este período deveria variar entre 85 e 100 anos de vida.

Espera-se que no futuro as condições de saúde e bem estar dos idosos sejam afetadas positivamente tanto pela participação social e cultural quanto pelos melhores índices de escolaridade, além de um programa de políticas públicas voltados à promoção da saúde. Por outro lado, são observadas mudanças nos padrões de consumo e hábitos de vida da população, contribuindo para um aumento dos fatores de risco de determinadas doenças (MENENDEZ et al., 2005).

1.2 Funcionalidade

Além das mudanças demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações no quadro de morbimortalidade. Este fenômeno é o responsável pela necessidade de reorganização da atenção à saúde do idoso em âmbito nacional. Se por um lado, o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas parciais ou totalmente incapacitantes, pode acarretar para o idoso a perda parcial ou total da independência e da autonomia, determinando as necessidades de cuidados. Por outro, as modificações nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração, fazem com que estas enfrentem mais dificuldades para assistir adequadamente as demandas assistenciais dos idosos (DUARTE, 2003).

Este segmento populacional é bastante heterogêneo, dele fazem parte idosos com total autonomia, capazes de contribuir para o desenvolvimento econômico e social e com importantes papéis no contexto familiar, até os incapazes de desempenhar independentemente suas atividades cotidianas e muitas vezes sem rendimentos (CAMARANO, 2004):

O envelhecimento é acompanhado de vulnerabilidades, mudanças nos papéis sociais, aposentadoria, alterações na rede de suporte social, assim como o surgimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis.

A literatura aponta para uma maior dependência funcional com o avançar da idade girando em torno de 75 anos a idade em que o idoso pode tornar-se mais dependente de pessoas do seu círculo de relações para a realização de suas atividades cotidianas ou sociais (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; KINSELLA, 1994)).

Para a população idosa, a capacidade de realizar as atividades cotidianas de forma independente, é mais significativa na vida dos mesmos do que a presença de doenças (BALTES; SILVENBER, 1995). O aspecto central no envelhecimento é a autonomia, isto é, a

capacidade de decidir sobre os fatos que ocorrem em sua vida e expressar sua vontade. Um idoso pode ter sua independência limitada, ou seja, sua capacidade de executar as tarefas cotidianas, e manter a autonomia, de forma que possa gerenciar sua vida (WHO, 2005).

Segundo Gordilho et al. (2000) capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Sua prevalência geralmente é mensurada através da incapacidade em realizar as atividades da vida diária (AVDs) como as atividades básicas da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AVDIs) A primeira, descrita como atividades de auto-cuidado e essenciais à sobrevivência no dia-a-dia e a segunda como atividades necessárias para sustentar uma vida independente na comunidade.

Para Araoz (1994) capacidade funcional pode ser definida como a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social. Envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social, constituindo portanto um fato crítico para a saúde e o bem-estar dos idosos.

O resultado dessa avaliação representa o grau de dependência da ajuda de outras pessoas para o desempenho das atividades cotidianas que o idoso apresenta (RAMOS, 2003). A incapacidade funcional, decorrente do próprio processo de envelhecimento ou devido doenças crônicas não-transmissíveis, pode trazer conseqüências para a família, a qualidade de vida dos idosos e a requerer a necessidade de serviços de apoio (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996).

Entre os idosos com alguma dependência, um fator muito importante relaciona-se ao sistema de suporte disponível para auxiliá-los em suas necessidades. Embora muitos idosos ainda vivam de forma independente e em suas casas, muitos não contam com uma rede de suporte familiar disponível para atendê-los de imediato ou de serviços organizados para este fim.

Na gerontologia, a avaliação da capacidade funcional está relacionada à mensuração da capacidade com que um indivíduo realiza suas atividades básicas e complexas da vida diária. Esse conceito, aliado aos de autonomia e independência, levou a busca de uma escala que pudesse avaliar a função motora e cognitiva conjuntamente. Entre os vários instrumentos de avaliação da funcionalidade dos idosos, a Medida da Independência Funcional é um que abarca essas duas funções, além de avaliar o que o idoso, de fato, realiza em seu dia-a-dia e não se ele seria capaz em alguma circunstância.

O uso da MIF no Brasil envolve particularidades tais como, a sua aplicação por meio de entrevistas, com a observação direta durante a consulta e também o fato de que pacientes em reabilitação são tratados no ambulatório, com evolução crônica das doenças e não para a população para a qual foi desenvolvida, ou seja, pacientes com períodos mais curtos de incapacidades e institucionalizados. Sua versão em português foi validada por Riberto et. al (2004) em pacientes com lesão medular e lesão encefálica adquirida, além de testar sua sensibilidade às mudanças funcionais em pessoas sob reabilitação em ambiente ambulatorial, garantindo que o uso da MIF é válido por meio de entrevistas e observação em consultório de pacientes ambulatoriais.

A validade da MIF, internacionalmente, foi feita por diversos trabalhos e envolveu a avaliação de propriedades psicométricas e a comparação com outros instrumentos de avaliação funcional (MARSHALL; HEISEL; GRINNELL, 1999; HSUEH, 2002), sua aplicação em grupos de pacientes com deficiências específicas (OTA et al., 1996; LIEBERMAN et al., 1999) e faixas etárias definidas (POLLACK; RHEAULT; STOECKER, 1996).

Dentre outros estudos com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da MIF na população idosa, destaca-se um trabalho de revisão de literatura sobre a confiabilidade da MIF (OTTENBACHER et al., 1996a) e outro que associou a MIF com uma

escala de atividades instrumentais da vida diária (OTTENBACHER et al., 1996b). Ambos estudos demonstrou que o instrumento apresentou correlação com os itens avaliados, além da validade e da reprodutibilidade.

A MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional internacionalmente, além de este instrumento ser uma escala única, multidimensional, para avaliação abrangente das dimensões e também da inter-relação entre os dois domínios, motor e cognitivo (RIBERTO et al, 2004) e por sua reprodutibilidade para a versão brasileira.

1.3 Arranjos Domiciliares

O fenômeno do envelhecimento populacional traz implicações importantes tanto para a sociedade como para o idoso no que diz respeito à proteção social deste. O processo de nuclearização da família em áreas de urbanização é perceptível, acarretando prejuízos para os idosos, ao contrário do que ocorria nas tradicionais famílias extensas, nas quais estes eram parte integrante da família, e suas especificidades faziam parte da dinâmica da própria família (YAZAKI et al., 1991). Essas e outras mudanças têm origem em necessidades individuais, emocionais e sociais de indivíduos inseridos em contextos sociais.

O número crescente de divórcios, múltiplos casamentos, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, precisam ser considerados quando se avalia o suporte informal aos idosos na sociedade brasileira (GORDILHO et al., 2000).

A disponibilidade da mulher, que tradicionalmente, por razões culturais, tem sido delegada a tarefa dos cuidados básicos aos idosos, diminui à medida que aumenta sua

participação no mercado de trabalho, fora do domicílio (SAAD, 1996).

Nos últimos dez anos, a chefia feminina na família aumentou cerca de 35%, de 22,9%, em 1995, para 30,6% em 2005. A chefia feminina é mais expressiva entre as idosas (27,5%), reflexo da maior expectativa de vida destas e de sua maior presença em domicílios unipessoais (com um só morador). A importância do idoso na família e na sociedade brasileira também foi observada, em 2005, 65,3% dos idosos foram consideradas pessoas de referência no domicílio (IBGE, 2006).

A abordagem da rede de suporte presume que cada domicílio procure formular estratégias de organização, no sentido de suprir demandas que, de outra forma, não seriam satisfeitas. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, requerendo os mecanismos necessários de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio (GORDILHO et al., 2000).

A família é o menor núcleo social, considerado importante como fonte de apoio informal principalmente na fase da velhice. O apoio prestado pela família tende a aumentar com a idade. No entanto, pesquisas que consideram o apoio social numa perspectiva de intercâmbio entre gerações analisam não só o “receber ajuda” como também o “dar ajuda” na fase do envelhecimento, o que é mais coerente com o próprio conceito de rede de relações sociais (LEVITT; WEBER; GUACCI, 1993).

Os sistemas formais de apoio têm uma estrutura burocrática com objetivos específicos de suporte em determinadas áreas de atenção, com a participação de profissionais ou voluntários, para alcançar suas metas. Como exemplo, as unidades básicas de saúde, os hospitais, entre outros tem suas finalidades específicas e contam a participação de profissionais e outros para atenção à saúde da população. Os sistemas informais se diferenciam dos formais pelo modo de executar suas atividades. Seus procedimentos não são regidos por aspectos formais e técnicos, pois a assistência surge como consequência de

relações sociais ou afetivas. Não possuem uma construção previamente definida, vão sendo concebidos à medida que as necessidades emergem (DOMINGUES, 2004).

O estudo da composição dos domicílios nas quais os idosos vivem é importante quanto ao suporte que as famílias podem oferecer, ou seja, divisão de bens domésticos, renda, além do espaço físico e deve ser visto sob a ótica dos benefícios e custos em um contexto de inter-relação entre preferências e limitações. Os idosos desprovidos monetariamente podem contribuir para a economia domiciliar através do cuidado das crianças e da casa, pequenos reparos ou sendo o chefe da casa. Em contrapartida, outros membros familiares podem auxiliar o idoso, com a capacidade funcional diminuída, como por exemplo, no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes (VOS; HOLDEN, 1988; RAMOS, 1994).

Diversos estudos mostram que quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as suas chances de receber ajuda informal, e também, menor a sua probabilidade de prover algum tipo de apoio (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990). Um fator preponderante relacionado às limitações de co-residência é o tamanho e composição da rede familiar. A idade, o sexo e o estado conjugal dos filhos podem influenciar o arranjo do idoso, mesmo assim, muitos estudos apontam para uma associação entre número de filhos e a probabilidade de morar com eles (DA VANZO; CHAN, 1994; SAAD, 1996, DE VOS, 2000). O estado conjugal e o sexo (RAMOS, 1994) de pais idosos e filhos adultos podem influenciar a direção das transferências de apoio familiar, assim como, o número de filhos vivos, os recursos físicos, financeiros e a coabitação (DOWD, 1980; WOROBEY; ANGEL, 1990).

Modificações que vêm ocorrendo na esfera socioeconômica dos países latino-americanos têm levado muitos filhos a voltarem a residir na casa de seus pais, em geral acompanhados de suas novas famílias, o que nem sempre está associado a um potencial de ajuda disponível. Também é importante salientar o aumento do número de idosos sendo

cuidados por outros idosos, companheiros ou filhos e netos, formando grupos bi ou tri geracionais.

Muitas vezes a co-residência ocorre pela necessidade das populações mais jovens que permanecem economicamente dependentes de seus pais por períodos mais longos. Razões como instabilidade no mercado de trabalho, maior número de anos passados na escola e instabilidade nas relações afetivas são apontadas como as principais causas (CAMARANO et al., 2004).

Filhos únicos e mulheres não casadas são particularmente vulneráveis a assumir a função do cuidado ao idoso (DUARTE, 2001). É importante que outras opções de apoio sejam oferecidas as famílias com o objetivo de não sobrecarregar o cuidador familiar e adequar as necessidades às demandas dos idosos.

A co-residência por necessidade dos idosos tende a aumentar com o avançar da idade, o que pode estar relacionado à sua maior dependência física ou financeira, mas também é afetada por aspectos culturais (CAMARANO et al., 2004). Em relação aos custos da co-residência, poderiam citar-se a perda de privacidade de ambas as partes e a sobrecarga física e emocional aos familiares de idosos com deficiências físicas e/ou mentais (MARTIN, 1990).

Nos países desenvolvidos as funções de auxílio da família para seus membros incapacitados foram substituídas continuamente pelo setor público, já nos países em desenvolvimento o acelerado crescimento da população de idosos não permitiu que os serviços públicos se adaptassem às necessidades dessa população, por isso, a família, em especial os filhos adultos, continuam representando a principal fonte de auxílio aos idosos. Nos países latino-americanos a tendência de auxílio vindo de ambas as partes mostra ser cada vez mais acentuada (SAAD, 1999).

O suporte familiar extrapola os limites do domicílio, uma vez que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas. Para a

maioria dos estudos baseados em pesquisas domiciliares, a idéia de família coincide com o grupo residente na unidade doméstica. Entretanto, apesar das dificuldades em se delimitar empiricamente o grupo de pessoas que compõem uma família em pesquisas de grande abrangência, não parece adequado restringir o universo dos familiares ao grupo de habitantes de um mesmo domicílio (SAAD, 1999).

Há vários modos para se classificar a família. A família modificada é aquela que agrega, além dos parentes, os amigos íntimos e os vizinhos. Por família estendida entende-se a agregação de parentes, que podem ou não residir no domicílio, o fato de familiares residirem em casas separadas ou muito distantes, significa o rompimento de relações (AYENDEZ, 1994).

Por isso neste estudo o termo família refere-se à organização formada por um conjunto de pessoas com quaisquer laços reconhecidos de parentesco, independentemente de seu local de residência. Assim, nesta análise, os membros do que se considera uma família nem sempre coabitam no mesmo espaço, pois, muitas vezes, apesar da separação espacial, os membros de uma família continuam mantendo uma convivência intensa; além disso, a distribuição de trabalho e de recursos dos membros que vivem separadamente é importante na organização de suas vidas (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

A definição do que vem a ser domicílio segue os critérios do IBGE basicamente se refere às edificações que contenham paredes e teto de qualquer material destinadas à moradia de pessoas. Os domicílios podem ser particulares e coletivos. Nesse estudo pesquisar-se-á apenas os indivíduos que residem nos domicílios particulares (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

Por domicílio particular entende-se a moradia estruturalmente independente, constituída por um ou mais cômodos, com entrada privativa, que atende aos critérios de separação e independência. Faz parte ainda pessoas que vivem sós ou conjuntos de pessoas que vivem ligadas por laços de parentesco (admitindo-se qualquer grau de parentesco

reconhecido pelos indivíduos), dependência doméstica (relação entre empregados domésticos e empregadores) ou normas de convivência (regras estabelecidas para o convívio de pessoas sem laço de parentesco ou dependência doméstica que vivem juntas) (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

O arranjo domiciliar é formado por uma pessoa vivendo só ou por um grupo de pessoas que residem em um domicílio particular. Geralmente, esse grupo é constituído por familiares, mas há casos de grupos formados unicamente por pessoas que não reconhecem laços de parentesco entre si, como, por exemplo, as repúblicas de estudantes.

O IBGE considera que a pessoa, o chefe do domicílio, posteriormente denominado, pessoa de referência da unidade domiciliar, se define como “a pessoa (homem ou mulher) que é a (principal) responsável pelo domicílio” (IBGE, 1988). É difícil definir com exatidão o que venha a ser “principal responsável pelo domicílio”, algo que pode tanto estar relacionado à provisão de renda quanto à manutenção da residência ou o cuidado com os membros residentes. Trata-se, na verdade, de uma informação fortemente baseada nas opiniões dos moradores entrevistados (MEDEIROS; OSÓRIO; VARELLA, 2002).

No Brasil, estudos prévios sobre intercâmbio de apoio familiar são raros. Tal conjuntura evidencia a necessidade de se conhecer os mecanismos informais através dos quais se processa o intercâmbio de apoio entre o idoso e a família nas regiões em desenvolvimento, incluindo-se as diferentes formas de arranjos domiciliares.

1.4 Redes de Suporte e Apoio Social

Há investigações que são marcos no campo do apoio social pela conceitualização desse constructo, seus aspectos estruturais e funcionais, e por permitir conhecer os efeitos de

diferentes tipos de relações sobre a saúde e bem-estar (CAPLAN, 1974; CASSEL, 1974; COBB, 1976; VOGT, et al., 1992; BARRON, 1996;).

A rede social e o apoio social são constructos diferentes, porém relacionados. Para Bowling (1997) e Seeman (1996), rede social é o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social; entretanto O’reilly (1988) acrescenta às ligações importantes, os diferentes tipos de ajuda disponíveis. Para Ostergren et al. (1991) a rede social envolve aspectos mais quantitativos e características estruturais como o tamanho, frequência de contatos, além de enfatizar o envolvimento em atividades sociais.

Sluzki (1997, p.41) define rede social como:

“... a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem”.

Antonucci (1994) e Sluzki (1997) ressaltam que para uma configuração mais clara da dinâmica familiar na avaliação da rede social do idoso é preciso saber com quem o idoso se relaciona (redes formais e informais), o tamanho da rede, a proximidade com a pessoa e a função que ela desempenha, além da distância geográfica entre os membros e o idoso, a homogeneidade ou não dos integrantes da rede (sexo, idade,...) e a frequência de contatos. Outros autores (SUSSER; WATSON; HOPPER, 1985; HANSON; ÖSTERGREN, 1987) acrescentam às redes sociais as dimensões: simetria (grau com que os relacionamentos são recíprocos) e o enraizamento social (afinidade do indivíduo com seu meio familiar, área de moradia, grupos sociais).

O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica mais qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento (KAHN; ANTONUCCI, 1980; NERI, 2001). Entretanto, a frequência de contatos permite identificar o aspecto instrumental do vínculo estabelecido, a efetivação do apoio recebido, sendo

importante para os idosos, especialmente para os com capacidade funcional diminuída e requerem auxílio (ROBLES, 2000).

Na rede social do idoso podem ocorrer perdas, como mortes ou mudanças de parentes, fazendo com que este desfrute menos de companhias significativas. Outro aspecto relevante é o maior número de casais que optam por ter poucos filhos restringindo a rede de suporte familiar. Isso mostra a importância de valorizar as amizades e a comunidade como vínculos significativos do idoso (DOMINGUES, 2000a).

A rede social pode ou não oferecer diferentes tipos de apoio, em níveis variados. Os efeitos benéficos da rede social de apoio dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelo indivíduo.

Apoio social ou suporte social são termos utilizados na literatura como sinônimos, uma vez que ambos trazem implícito a existência de um benefício. Por isso neste trabalho, ora utilizaremos o termo apoio ora o termo suporte, com o mesmo significado, dependendo da bibliografia consultada.

Para Minkler (1992, p.47) apoio social pode ser conceituado como

“[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras.”

O apoio social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social, diz respeito a ter com quem contar em situações difíceis para receber auxílio material, emocional ou afetivo e inclui a percepção do indivíduo sobre a sua valorização no contexto dos grupos nos quais faz parte (NORBECK; LINDSEY; CARRIERI, 1981).

Para Caplan (1974) e Cobb (1976) apoio social é formado por relações formais e informais com obrigações mútuas de ajuda, por exemplo, emocional, cognitiva e material.

Outros autores conceituam apoio social como o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções em situações de necessidade, portanto é fundamental a percepção e avaliação da satisfação do indivíduo sobre a disponibilidade de apoio (SHERBOURNE; STEWART, 1991; BOWLING, 1997; DUE et al, 1999). Minkler (1985) ressalta a importância da reciprocidade nas relações de apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.

Rede e apoio social ou suporte social são conceitos ainda em construção, são amplos, abrangentes, mas identificam alguns aspectos comuns e básicos, como a existência de interações sociais e o objetivo de promover o bem estar como resultado delas. Pode-se dizer que o apoio se constitui em um pano de fundo, e a rede social atua mais como uma teia de relações sociais, que rodeiam o indivíduo, onde o apoio pode fluir ou não.

Há várias maneiras para classificar as diversas funções de apoio oferecido e recebido nas redes de relações sociais. Matos e Ferreira (2000) dividem em dois níveis: sócio-emocionais (afeto, simpatia, compreensão de pessoas significativas) e instrumental (conselhos, informação, ajuda com a família ou econômica). Alguns autores (OSTEREGREN, 1991; SHERBOURNE, 1991; BOWLING, 1997) classificam as funções em apoio material, instrumental, apoio afetivo, apoio emocional, apoio de informação e interação social positiva, também chamada de acompanhamento social, socialização. Barrón (1996) sintetiza o apoio emocional e afetivo em uma única função.

Neste estudo foi pesquisado as funções desempenhadas pela rede de suporte social de acordo com Domingues (2004) através do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) que tem por objetivo conhecer a composição, a proximidade das relações e as funções desempenhadas pelos componentes da rede:

- 1) Apoio material: caracteriza-se por ações ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas

cotidianas. Neste estudo, esta função foi subdividida em três, considerando o instrumento de coleta de dados sobre suporte social.

- 1.1) Apoio para atividades domésticas: ajuda requerida para cuidar das tarefas da casa, como arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras.
 - 1.2) Apoio para cuidados pessoais: ajuda necessária para trocar de roupa, tomar banho, comer, levantar-se ou deitar-se.
 - 1.3) Apoio financeiro: auxílio em dinheiro para pagar aluguel da casa, pagar contas, comprar comida, remédio.
- 2) Companhia social: disponibilidade de pessoas para atividades de lazer, culturais, companhia em casa ou na comunidade, faz com que a pessoa não se sinta isolada e pertencente à rede social. Neste estudo, seguindo a classificação de DOMINGUES (2004) foi utilizada a atividade visita e companhia para descrever esta função.
- 3) Apoio emocional: disponibilidade de alguém com quem se pode conversar, fazer confidências, e inclui condutas que fazem com que o indivíduo se sinta amado, querido, valorizado, tenha demonstrações de afeto e estima.
- 4) Apoio de informação: constitui o conjunto de informações, sugestões e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor, situações difíceis, facilitando a tomada de decisões.

Avaliar a estrutura de rede social permite avaliar o grau que um indivíduo está socialmente conectado com os outros. Em consequência, alguns estudos têm enfatizado a necessidade de implantação de estratégias para ampliar recursos sociais para idosos e para portadores de doenças crônicas (AYENDEZ, 1994; GRAYDON; ROSS, 1995; FRIEDMAN, 1997). Um princípio relevante para o envelhecimento ativo é a interdependência e a solidariedade entre gerações. Franssen e Knipscheer (1990) dizem que quando as relações sociais são baseadas na reciprocidade e solidariedade, podem proporcionar confiança, ajuda

emocional ou instrumental, influenciando o bem estar global e também a saúde física das pessoas idosas.

Especificamente para os idosos, diferentes redes sociais associaram-se positivamente a alguma medida de saúde, como a capacidade funcional (LITWIN, 1998). Existe na literatura trabalhos que apontam a relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais (COCKERHAM, 1991; HOUSE; ROBBINS; METZNER, 1998). Alguns estudos observaram a relação entre um maior contato com familiares e amigos e altos escores de satisfação com a vida (PINQUART; SÖRENSEN, 2002; THOMPSON; HELLER, 1990).

A longevidade humana vem sendo discutida sobre diversos pontos de vista. Na teoria geral das espécies sociáveis a duração de vida é selecionada socialmente, deste grupo fazem parte as espécies com extensivo cuidado familiar ou social. Assim, dentro de um mesmo contexto ambiental, as espécies mais solitárias seriam menos longevas que as espécies mais sociáveis. Dessa forma, o apoio familiar e a integração social tornam-se importantes no aumento da esperança de vida dos seres humanos (CAREY; JUDGE, 2001).

Mundialmente tem se discutido o impacto que as relações entre envelhecimento populacional, suporte familiar e políticas governamentais terão neste século. O relatório emitido pelas Organizações das Nações Unidas - ONU, concluiu que é preciso maior número de pesquisas comparativas sobre arranjos domiciliares para compreensão em nível global do processo de envelhecimento, além disso ressaltou a importância de compreender os arranjos domiciliares nos países em desenvolvimento uma vez que apresentam maiores fragilidades políticas e sociais e a necessidade de se conhecer esses arranjos para o planejamento de serviços de saúde especializados. Ainda enfoca as grandes áreas que precisam ser estudadas: mudanças nas estruturas familiares; transferências de recursos familiares; preferências dos idosos em termos de arranjos domiciliares e cuidados e tendências dos arranjos domiciliares em países em desenvolvimento onde os recursos de suporte formais são escassos

(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005).

O contexto do envelhecimento de *idosos mais velhos* necessita ser considerado em decorrência dos fatores sociais, econômicos, políticos e demográficos do país, além do processo de redefinição da família como instituição social. Dessa forma, a pesquisa relacionada aos arranjos domiciliares e a rede de suporte social, vem de encontro com a preocupação das questões relacionadas ao cuidado do idoso no domicílio, principalmente dos *idosos mais velhos*, com 80 anos ou mais, sujeitos a maior vulnerabilidade pelo próprio processo de envelhecimento.

Tais resultados possibilitarão às Secretarias Municipais de Saúde desenvolver propostas e estratégias para auxiliar a família no cuidado ao idoso, mais velho, no domicílio. A longevidade vivida com qualidade implica em um conjunto de fatores como, melhoria dos serviços de saúde, promoção de saúde da população geral e especificamente a idosa, integração familiar e social, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e apoio formal aos idosos mais dependentes.

A enfermagem gerontológica e geriátrica surge como uma especialidade essencial para a abordagem da pessoa idosa. É fundamental considerar que há especificidades biológicas, psicológicas, culturais e sociais que envolvem esta população. Suas fragilidades, tão acentuadas em nossa sociedade, são de grande complexidade, exigindo de qualquer profissional, conhecimentos e saberes particulares conformando um conjunto que demanda espaço próprio no campo do ensino.

2.1 Objetivo Geral

Descrever o arranjo domiciliar e a rede de suporte social dos *idosos mais velhos*.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os *idosos mais velhos* segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e a capacidade funcional,
2. Descrever o arranjo domiciliar dos *idosos mais velhos* segundo o tipo de arranjo, a chefia do domicílio, sua formação e as razões de moradia,
3. Descrever a rede de suporte/apoio social dos *idosos mais velhos* segundo o tamanho, natureza das relações, tipos de suporte/apoio recebido.

3.1 Local do estudo

O presente estudo, inserido no Projeto “Condições de vida e saúde de idosos de Ribeirão Preto, São Paulo” foi realizado na área urbana do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, no domicílio de *idosos mais velhos* que vivem na comunidade. Trata-se de um estudo epidemiológico, tipo transversal.

3.2 População e Amostra do estudo

A Tabela 1 apresenta a população estimada de idosos, para o ano de 2004 no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

Tabela 1 – População de idosos do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, por idade e sexo, 2004, Ribeirão Preto, 2008.

| FAIXA ETÁRIA | POPULAÇÃO | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | FEM | MASC | TOTAL |
| 60 – 64 | 9288 | 7512 | 16800 |
| 65 – 69 | 7596 | 5844 | 13440 |
| 70 – 74 | 5959 | 4316 | 10275 |
| 75 – 79 | 4155 | 2770 | 6925 |
| 80 ou mais | 4547 | 2250 | 6797 |
| TOTAL | 31545 | 22692 | 54237 |

Fonte (dados brutos): <http://www.datasus.gov.br> - acessado em 27/05/2004

Para a seleção da amostra foram respeitados os mesmos critérios estabelecidos para a seleção da população acima descritos. Para participar da pesquisa o idoso assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) com condições cognitivas para responder ao questionário, mediante avaliação do Mini Exame do Estado Mental

Foi selecionada uma amostra autoponderada, composta por no mínimo 795 idosos, para o projeto das “Condições de vida e saúde dos idosos de Ribeirão Preto, São Paulo”. Os erros de amostragem estão fixados em torno de 10% para prevalências de até 70%. Intervalos de confiança para prevalências, estimadas em pós-estratos definidos segundo sexo e idade, deverão considerar 10% como o limite máximo para o erro tolerado. A Tabela 2 apresenta a amostra estimada do projeto.

Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo sexo e faixa etária de idosos (acima de 60 anos) em Ribeirão Preto no ano de 2004, Ribeirão Preto, 2008.

| FAIXA ETÁRIA | POPULAÇÃO | | |
|--------------|------------|------------|------------|
| | FEM | MASC | TOTAL |
| 65 – 69 | 161 | 124 | 285 |
| 70 – 74 | 127 | 92 | 218 |
| 75 – 79 | 88 | 59 | 147 |
| 80 ou mais | 96 | 48 | 144 |
| TOTAL | 472 | 323 | 795 |

Como forma de prevenção em caso de recusas ou não-respostas, 180 pessoas com 80 anos ou mais foram sorteadas, número que resulta de correção para taxa de resposta prevista em 80%.

Para manter a autoponderação da amostra final de pessoas maiores de 80 anos de idade, realizou-se o processo de amostragem em dois estágios. No primeiro estágio,

considerou-se o setor censitário como Unidade Primária da Amostragem (UPA), e os domicílios, como a unidade sorteada no segundo estágio. No primário estágio foi utilizado o método de sorteio de conglomerados com probabilidade proporcional ao tamanho.

Os setores tiveram probabilidades proporcionais ao número de domicílios (D_i) identificados no último censo demográfico do ano de 2000. Portanto, para a definição de setores e domicílios a serem sorteados, foi utilizada uma amostra multifásica, duplo estágio por conglomerados, com sorteio probabilístico proporcional ao tamanho do setor e número fixo de domicílios por setor (SILVA, 2001).

Para se chegar ao número de idosos da amostra, foram sorteados 30 setores (por conveniência), devendo ser visitados no mínimo 110 domicílios em cada setor.

Após o sorteio dos setores, foi identificado no mapa do município de Ribeirão Preto, a localização de cada setor sorteado e visualização dos bairros e ruas que foram visitados. Foram listadas as ruas de cada setor sorteado, para que, num segundo momento, fosse realizado novo sorteio, determinando as ruas que foram visitadas pelos entrevistadores. Também foram impressos mapas de cada setor sorteado e divididas equipes de entrevistadores para os mesmos. Em caso de ausência de pessoas no domicílio, este somente foi excluído após três visitas sem atendimento.

Ao final das 110 entrevistas em cada setor, não conseguindo alcançar a densidade intradomiciliar proposta (3,7 idosos para cada 10 domicílios), os entrevistadores continuaram as visitas e entrevistas até atingi-las.

3.3 Coleta dos dados

A equipe de entrevistadores era composta pela própria pesquisadora, (4) bolsistas de iniciação científica, um mestrando e duas doutorandas, sob supervisão do orientador da pesquisa. Também fez parte da equipe, uma bolsista de apoio técnico para a conferência e digitação do banco de dados.

Foi realizado um treinamento com a equipe para padronizar as entrevistas. A seguir, realizado teste piloto (N = 20 idosos) com o intuito de verificar as dificuldades encontradas pelos entrevistadores e pelos idosos; após essa etapa iniciou-se a coleta de dados dos idosos.

Munidos de mapas dos setores censitários sorteados, com os respectivos quarteirões que compo a pesquisa, os endereços foram listados na folha de rolamento (Apêndice B), na qual os entrevistadores (equipe de trabalho da orientadora) anotaram o número de idosos residentes e a data da visita domiciliar para aplicação do questionário. Os entrevistadores foram munidos de identificação-crachá com foto e com um folder de apresentação sobre o estudo.

3.3.1 Instrumentos utilizados

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

A) Instrumento para caracterização do idoso (Anexo A)

O instrumento é composto por dois itens:

1) Identificação: sexo, idade, cor, local de residência, estado civil e número de filhos vivos, número de pessoas na casa, propriedade da moradia, arranjo domiciliar, chefia do

domicílio, configuração do arranjo e razões para o atual arranjo;

2) Perfil social do idoso: nível de escolaridade, renda do idoso e da família, fontes de rendimentos, propriedade do domicílio.

As variáveis para investigação do arranjo domiciliar do idoso, o arranjo domiciliar em si, a chefia do domicílio, os motivos que levaram à formação do arranjo e a razão de moradia na casa, foram selecionadas com base no questionário de coleta de dados do estudo SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Os arranjos foram agrupados em sete categorias: (A) o idoso vive sozinho; (B) vive somente com o cônjuge; (C) vive com o cônjuge e os filhos ou mora com o cônjuge, os filhos, o genro ou a nora, ou mora somente com os filhos; (D) arranjos trigeracionais, vive com os filhos e netos; (E) arranjos intrageracionais, mora somente com outros idosos além do cônjuge; (F) mora em arranjos intrageracionais ou somente com os netos (sem os filhos); e o (G) idoso mora com não familiares (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

No presente estudo optamos por subdividir algumas categorias de arranjos domiciliares acima citadas para maior especificidade da análise: O arranjo C foi subdividido em: vive com o cônjuge e os filhos; vive com o cônjuge, os filhos, o genro ou a nora e vive somente com os filhos. O arranjo F foi subdividido em, mora em arranjo intrageracional, ou seja, somente com outros idosos e mora somente com os netos (sem os filhos).

B) Medida da Independência Funcional – MIF (Anexo A)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige para realização de atividades motoras e cognitivas, tendo sido desenvolvido na América do Norte na década de 1980 (RIBERTO et al., 2001). Seu objetivo principal é quantificar o desempenho do indivíduo durante a realização de várias atividades cotidianas, diferenciar as dificuldades e incapacidades reais relatadas pelo indivíduo ou pelo cuidador, ou seja, o quanto o indivíduo efetivamente faz da ação, ao contrário de outros instrumentos de avaliação da capacidade funcional que avaliam se o indivíduo seria capaz de realizar algumas das atividades da vida diária se caso fosse preciso.

A MIF avalia a realização de uma série de 18 tarefas divididas entre motoras e cognitivas de vida diária, assim distribuídas: autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário); controle de esfíncteres (urinário e fecal); mobilidade ou transferência (leito, cadeira e cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira ou chuveiro); locomoção (marcha ou cadeira de rodas, escadas); comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). As motoras divididas em: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade ou transferência e locomoção e, as cognitivas em: comunicação e cognição social (Figura 1).

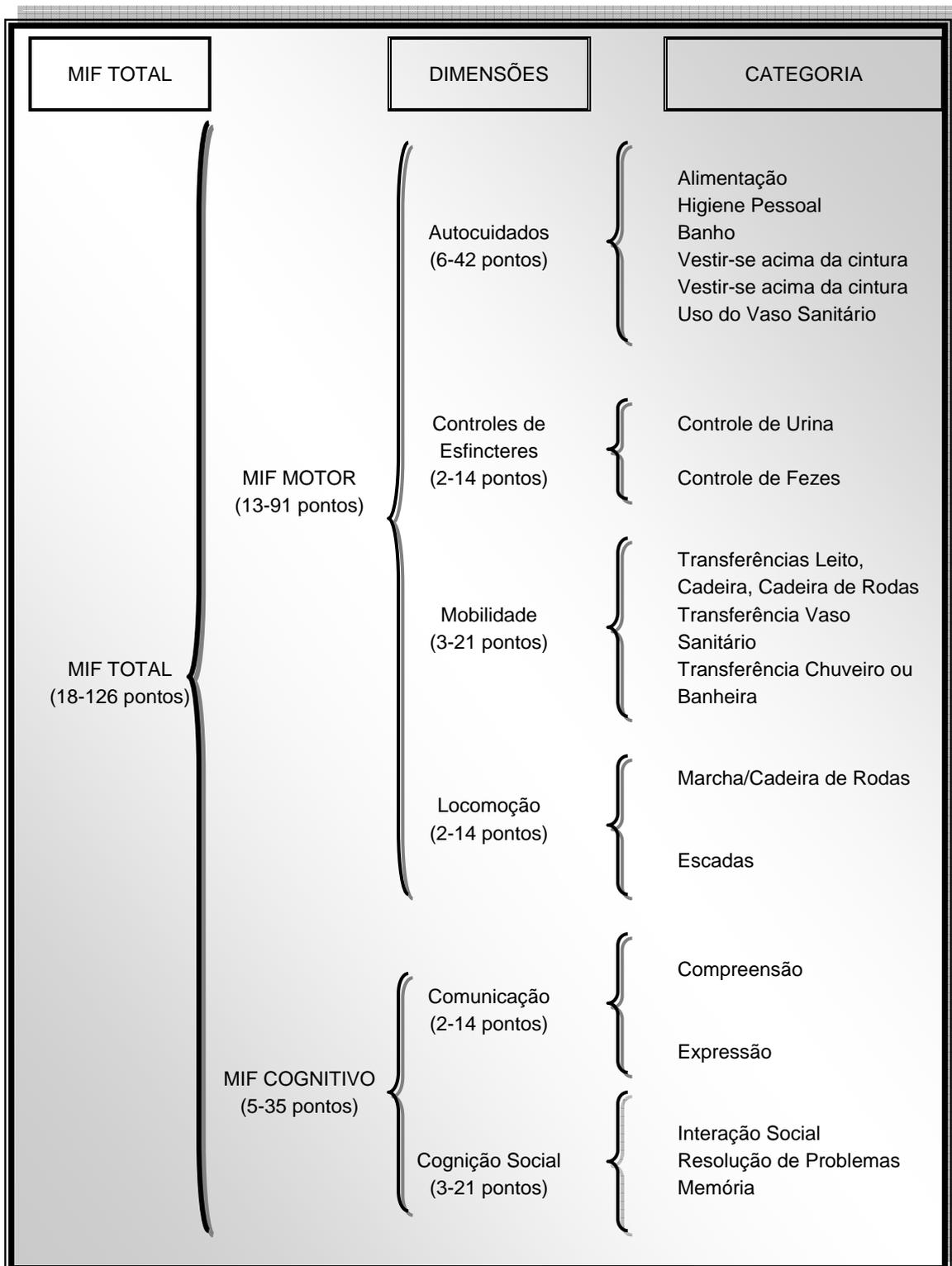


Figura 1. Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO, et al. 2001).

Cada dimensão, motora e cognitiva, é analisada pela soma de suas categorias referentes, resultando em dois subtotais. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa). Com a soma dos dois subtotais obtém-se a pontuação final da MIF que varia de 18 a 126 pontos que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores; quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Esse instrumento de avaliação funcional foi traduzido para a língua portuguesa no Brasil e realizado um estudo sobre a sua reprodutibilidade, por Riberto et al. (2001) que concluíram que este instrumento tem boa equivalência cultural, as propriedades de reprodutibilidade são boas e permitem seu uso em nosso meio, porém exigem um treinamento formal antes da sua utilização.

Assim, para aplicação do instrumento todos os entrevistadores participaram do curso de capacitação para uso da Medida de Independência Funcional – MIF, oferecido pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ministrado pelo Dr. Riberto.

C) Rede de suporte social: Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) (Anexo A):

Vários instrumentos de avaliação da rede de relações sociais foram desenvolvidos e validados para o português, porém um instrumento concebido para a finalidade de identificar, valorizar e mobilizar a rede de relações quando necessário é o Mapa Mínimo de Relações desenvolvido por Sluski (1997) que o define como: “*a apresentação gráfica de maneira simples, de toda a estrutura de relações existentes, entre membros de determinado grupo*”. Pode-se identificar as características estruturais e funcionais que um dado indivíduo ou grupo social possui por meio das pessoas que se inserem na sua rede de relações e pelas funções que desempenham. Sluski é um médico psiquiatra argentino radicado nos Estados

Unidos em 1995, esse instrumento foi construído para aplicação em um hospital de saúde mental. O registro gráfico do elenco de relações do indivíduo torna fácil a visualização das relações avaliadas a partir de questões relativas a algumas atividades fundamentais para a permanência do idoso na comunidade, além de permitir a comparação de dados de maneira rápida e precisa sobre alterações que possam ocorrer no tamanho, composição, funções, frequência de contatos conforme cada caso. Dessa forma reúne vantagens operacionais para aplicação no cotidiano dos serviços de saúde.

Domingues (2000b) em seu trabalho de mestrado realizou a adaptação do instrumento para aplicação com pessoas idosas, com o consentimento do autor, dando origem ao Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), procurando identificar seu tamanho, sua composição e a proximidade dos relacionamentos referidos à função desempenhada. Ele foi validado consensualmente por Domingues (2004) em sua tese de doutorado, utilizando a técnica Delfos para verificar o consenso grupal dos especialistas sobre um instrumento gráfico, visando viabilizar sua recomendação, pois é um meio de avaliação e planejamento de intervenções para o enfermeiro nos vários níveis de atenção ao idoso, com o propósito de identificar formas que possibilitem a permanência deste na comunidade (Figura 2).

Segundo o parecer do autor do instrumento, este mostra-se bem estruturado sendo uma útil ferramenta para a aplicação em Saúde Pública. Após a análise pelos juízes, o instrumento obteve, para todas as perguntas, médias superiores às definidas pelo estudo, que foi de 0,70, sendo para esses juízes, validado consensualmente.

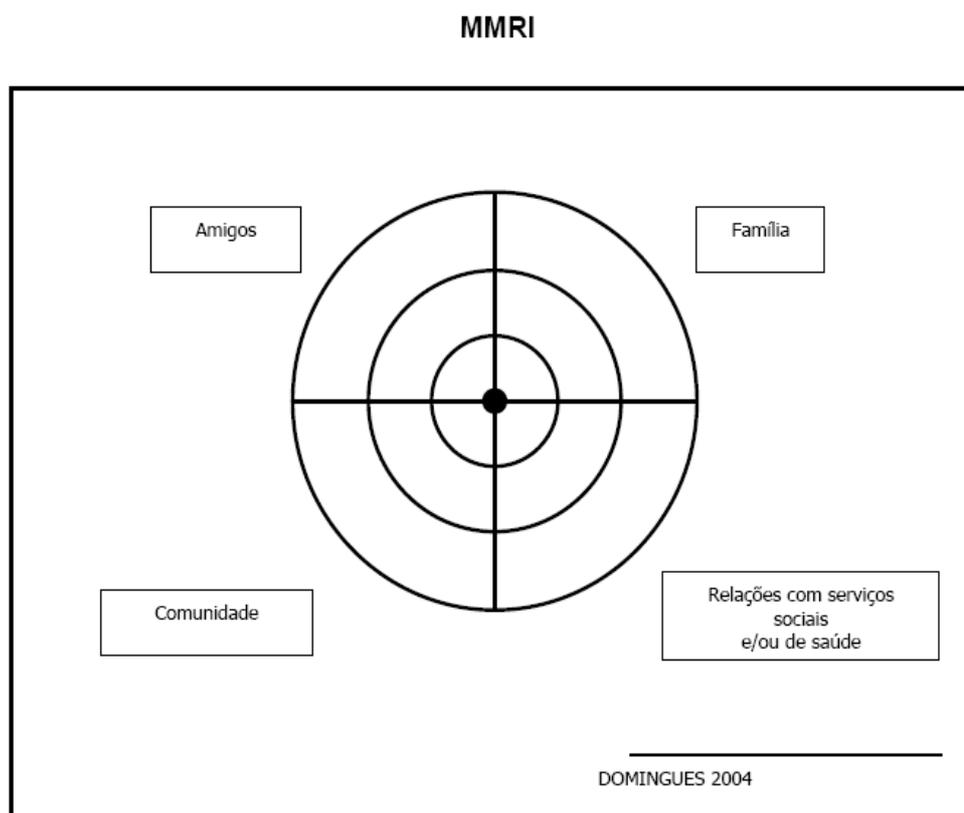


Figura 2. Representação gráfica do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), DOMINGUES (2004)

A representação gráfica no MMRI é feita por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes. O indivíduo a ser pesquisado encontra-se no centro dos círculos, representado por um ponto. Nos quadrantes estão representadas as áreas de composição das relações: família, amigos, relações comunitárias e relações com serviços sociais e de saúde.

Os círculos representam a frequência de contatos:

- Círculo próximo ao informante: pelo menos uma vez por semana (frequentemente);
- Círculo intermediário: pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente) e;
- Círculo externo: pelo menos uma vez por ano (raramente).

A frequência dos contatos, para fins de preenchimento do MMRI, é entendida segundo a percepção do idoso frente às pessoas do seu círculo de relacionamento. É importante ressaltar que esse instrumento não verifica a qualidade dos contatos, e sim sua efetivação.

Os quadrantes do MMRI representam as relações para o indivíduo sendo assim definidos:

- Família: neste quadrante registram-se as relações familiares descritas como significativas pelo indivíduo, esposo(a), filho(a), irmão(ã), neto(a) e outros .

- Amigos: neste quadrante registram-se as pessoas assim descritas pelo indivíduo pesquisado.

- Relações comunitárias: são as relações com membros de centro de convivência, membros de clubes de lazer ou serviço, membros de grupos religiosos, membros de grupos de terceira idade, empregada doméstica, prestadores de serviço, vizinhos e outros.

- Serviços sociais e de saúde: expressam as relações significativas desenvolvidas nos centros de saúde, nos hospitais, centros-dia ou outras instituições de assistência à saúde.

Para identificação das funções desempenhadas pelos integrantes da Rede de Suporte Social do Idoso foram formuladas as seguintes perguntas que dizem respeito a:

1. Companhia social dividida em:

- Visita

- Companhia

A visita pode ser entendida tanto como “ muito freqüente” quanto “ pouco freqüente” . Companhia nos remete à idéia de permanência por maior período do dia.

2. Ajuda material e de serviços dividida em:

- Auxílio para atividades domésticas;

- Auxílio para cuidados pessoais;

- Auxílio financeiro.

As funções apoio emocional e apoio de informação, propostas por Sluski (1997) foram eliminadas durante a adaptação do instrumento de coleta de dados, MMRI por não fazer parte do objetivo do referido estudo. Porém para esta pesquisa, consideramos estas duas funções relevantes em vista das mudanças sociais que ocorrem no processo de envelhecer.

3. Apoio emocional

4. Apoio informacional

O registro no MMRI se faz através de abreviações para identificar as relações desenvolvidas nos quadrantes de relações familiares e comunitárias, com a finalidade de distinguir os graus de parentesco referente às relações familiares e os recursos comunitários mais usuais, percebidos como significativos. Para Domingues (2004), a discriminação das relações é necessária para que se possa identificar a diversidade dos relacionamentos, que são de extrema importância para o planejamento da intervenção assistencial ao idoso, no âmbito social e da saúde, principalmente àquele mais fragilizado.

No quadrante “família” utilizam-se as seguintes abreviações:

- ea – esposa
- eo – esposo
- fa- filha
- fo- filho
- ia- irmã
- io- irmão
- na – neta
- no – neto
- o – outros

No quadrante relativo às “relações comunitárias”, foram utilizadas as abreviações:

- cc- membros de centros de convivência

- cl- membros de clubes de serviços ou lazer
- gr- membros de grupos religiosos
- gt- membros de grupos de terceira idade
- ps- prestadores de serviços
- vi- vizinho
- o- outros

No quadrante relativo aos amigos e relações com serviços sociais e de saúde, a participação das pessoas na rede de suporte foi evidenciada por um ponto.

O tamanho da Rede de suporte social corresponde, dessa maneira, ao número de registros no Mapa Mínimo de Relações, segundo a percepção do idoso. Além do tamanho, esse instrumento permite conhecer a amplitude dos relacionamentos significativos mencionados, por quadrante, ou seja, pela composição (símbolo e abreviações), por círculo (frequência de contatos) e por função desempenhada.

3.4 Análise dos dados

Foi organizado banco de dados no programa Excel. Após, as telas de entrada de dados foram gerados os arquivos de consistência intervalar das variáveis, com objetivo de evitar a entrada de dados errados, no sistema. A seguir, os dados foram digitados com dupla entrada. Ao término da digitação foi realizada a VALIDATE do Excel para comparação das digitações. Ao detectar inconsistências, o questionário era localizado e as correções devidamente realizadas, até obter 100% de consistência interna. Concluída a digitação e a consistência dos dados, eles foram transportados para o SPSS for Windows para análises estatísticas.

As análises dos resultados foram desenvolvidas pelas técnicas usuais empregadas em outras pesquisas, tais como:

- estudo descritivo como medidas de frequência, média, mediana, desvio padrão;
- estudos de associação entre variáveis consideradas independentes (sociais, tais como renda, propriedade de moradia, número de pessoas na casa; demográficas, idade, sexo, estado civil, local de residência);
- medidas de associação foram analisadas empregando-se os testes não paramétricos de Mann Whitney e coeficiente de Spearman's, considerando o nível de significância α 0,05.

3.5 Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para ser apreciado e aprovado conforme parecer 0710/2006 em 25/09/2006 (Anexo B). O projeto obedece às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº196 Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi elaborado pelo pesquisador responsável, obedecendo às exigências da Resolução. O termo foi lido e assinado pelo idoso, em duas cópias, das quais uma foi entregue ao participante.

4.1 Características Sócio-demográficas

A Tabela 3 refere-se aos dados sociodemográficos dos 147 idosos, destacando-se que a maioria se encontra na faixa etária compreendida entre os 80-84 anos (63,3%). A idade média dos idosos foi de 84,1 anos, a mediana, de 83 anos, e o desvio padrão de 4,0. A média de idade entre as mulheres foi de 84,4 anos, com desvio padrão de 4,4 e entre os homens, 83,6 anos, com desvio padrão de 3,2. Ambos com mediana de 83 anos. A idade dos idosos do sexo masculino variou entre 80 e 93 anos e das idosas entre 80 e 103 anos.

Observa-se a concentração de 90,5% de idosos na faixa etária compreendida entre os 80 e 89 anos, enquanto 9,5% estão acima dos 90 anos.

Na distribuição por sexo, as mulheres predominam sobre os homens, sendo que na faixa etária dos 80 aos 84 anos encontra-se maior concentração destas, 64,5%. Dos 85 aos 89 anos ainda predominam as mulheres, acima dos 90 anos o número destas é quase quatro vezes maior quando comparado aos homens.

Comparando-se a idade (anos completos) entre sexo masculino e feminino o teste de Mann Whitney indicou que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,650$).

Quanto ao estado civil, há uma predominância de viúvos entre as mulheres, entretanto, nos casados ocorre o contrário, ou seja, a maioria é de homens. A distribuição dos solteiros e separados é mais equilibrada.

Verifica-se, quanto à escolaridade, que a maioria, 57,8%, é composta por idosos que estudaram de um a quatro anos. A porcentagem de analfabetos representou, 24,5% dos idosos. Por outro lado, 17,6%, possuem mais de cinco anos de escolaridade.

Os anos de estudos variaram de zero a dezoito anos. Tal resultado mostra que grande parte dos idosos possui baixa escolaridade, mas uma pequena parcela completou o

nível fundamental e superior do ensino atual.

A escolaridade média dos idosos foi de 3,6 anos, com mediana de 3,0 e desvio padrão de 3,9. Na relação entre os sexos, a média de anos de estudo das idosas do sexo feminino foi de 3,46 anos, com mediana de 3,0 e entre os idosos masculinos a média foi de 3,9, com mediana de 4,0. Para ambos os sexos o desvio padrão foi o mesmo, 3,9.

Comparando-se a escolaridade entre sexo masculino e feminino o teste de Mann Whitney indicou que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p= 0,195$).

Na relação entre sexo e escolaridade prevaleceram nas mulheres os piores índices de escolaridade.

Com relação à cor da pele, a grande maioria era branca (89,1%). A maior parte dos idosos recebe aposentadoria, (57,8%), entre estes predominam os idosos do sexo masculino. A segunda fonte de rendimento mais citada foi referente a pensão, (41,5%), com maior número de mulheres. Uma minoria dos idosos, (4,8%) ainda informou o trabalho próprio como fonte de renda.

Com relação ao tipo de moradia, a casa própria, já quitada, foi a mais citada, porém uma porcentagem dos idosos referiram que a casa foi cedida pela família e não necessitam pagar aluguel.

Tabela 3 – Distribuição da frequência das variáveis demográficas e socioeconômicas, segundo o sexo dos *idosos mais velhos* de Ribeirão Preto, 2008

| <i>Variáveis</i> | SEXO (n = 147) | | TOTAL n (%) |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | Feminino n (%) | Masculino n (%) | |
| Idade (em anos) | | | |
| 80-84 | 60 (64,5) | 33 (35,5) | 93 (63,3) |
| 85-89 | 27 (67,5) | 13 (32,5) | 40 (27,2) |
| 90 ou + | 11 (78,6) | 3 (21,4) | 14 (9,5) |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro(a) | 7 (77,8) | 2 (22,2) | 9 (6,1) |
| Casado(a) | 16 (30,2) | 37 (69,8) | 53 (36,1) |
| Divorciado(a)/Desquitado(a) | 2 (40,0) | 3 (60,0) | 5 (3,4) |
| Viúvo(a) | 73 (91,3) | 7 (8,8) | 80 (54,4) |
| Escolaridade (anos) | | | |
| Analfabetos | 30 (83,3) | 6 (16,7) | 36 (24,5) |
| 1 a 4 | 50 (58,8) | 35 (41,2) | 85 (57,8) |
| 5 a 8 | 7 (77,8) | 2 (22,2) | 9 (6,1) |
| 9 a 12 | 6 (66,7) | 3 (33,3) | 9 (6,1) |
| 13 + | 5 (62,5) | 3 (37,5) | 8 (5,4) |
| Rendimentos | | | |
| Aposentadoria | 36 (42,4) | 49 (57,6) | 85 (57,8) |
| Pensão | 59 (96,7) | 2 (3,3) | 61 (41,5) |
| Aluguel | 11 (68,8) | 5 (31,3) | 16 (10,9) |
| Trabalho próprio | 3 (42,9) | 4 (57,1) | 7 (4,8) |
| Doações | 14 (63,6) | 8 (36,4) | 22 (15,0) |
| Outras | 5 (83,3) | 1 (16,7) | 6 (4,1) |
| Renda (salários mínimos) | | | |
| 0 | 9 (100,0) | 0 (0,0) | 9 (6,1) |
| Até 1 | 2 (66,7) | 1 (33,3) | 3 (2,0) |
| 1 a 3 | 75 (70,8) | 31 (29,2) | 106 (72,1) |
| +3 | 12 (41,4) | 17 (58,6) | 29 (19,7) |
| Quanto ao Tipo de Moradia | | | |
| Própria Quitada | 66 (60,6) | 43 (39,4) | 109 (74,1) |
| Paga Aluguel | 10 (76,9) | 3 (23,1) | 13 (8,8) |
| Próprio-paga prestação | 4 (100,0) | 0 (0,0) | 4 (2,7) |
| Cedida-sem aluguel | 15 (88,2) | 2 (11,8) | 17 (11,6) |
| Outro | 3 (75,0) | 1 (25,0) | 4 (2,7) |

Quanto aos valores dos rendimentos, a maioria dos idosos, (72,1%) recebe entre um e três salários-mínimos (SM) nacional, entretanto uma pequena parcela, mas significativa, recebe mais de três salários-mínimos.

A média dos rendimentos dos idosos foi de R\$ 955,7 reais, com mediana de R\$ 440,0 e desvio padrão de R\$ 1341,8. O valor médio dos rendimentos dos idosos do sexo feminino foi de R\$ 722,6 reais, mediana de R\$ 380,0 e desvio padrão de R\$ 733,0 reais. Para os idosos masculinos o valor médio foi de R\$ 1421,8 reais, mediana de R\$700,0 e desvio padrão de R\$ 2014,3 reais.

Comparando-se a renda do idoso entre sexo masculino e feminino o teste de Mann Whitney indicou que as diferenças são estatisticamente significativas ($p= 0,002$).

A renda familiar dos idosos concentra-se entre um e três salários-mínimos, 36,7%, e mais de três SM, 37,4%. Apenas dez idosos referiram que a renda familiar é de um salário.

Quanto ao número de filhos, 42,9% dos idosos têm entre três e cinco filhos, seguidos daqueles que têm entre um a dois filhos, 29,3% e seis filhos ou mais, 19,7%. A porcentagem de idosos que declarou não ter filhos foi de 8,2%. Os idosos possuem em média 4,08 filhos.

O número de pessoas que moram na casa variou entre uma a doze pessoas, com média de 2,8 pessoas. Dos idosos que afirmaram uma renda familiar de um SM, a maioria, 60,0%, reside com duas pessoas; 20,0% referiram residir com até cinco pessoas. Conforme aumentam os rendimentos familiares, aumenta também o número de indivíduos que vivem na residência. Dos que possuem mais de um a três SM, 40,7% residem com duas pessoas, 35,2%, com três a cinco pessoas e 9,3% com mais de seis indivíduos. Quando a renda familiar é de mais de três SM, a situação é equivalente, porém a maioria reside com três a cinco pessoas.

4.2 Avaliação da funcionalidade

Os resultados apresentados quanto à funcionalidade medem o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o idoso exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores e variáveis da MIF total e seus domínios nos *idosos mais velhos* de Ribeirão Preto, 2008

| MIF | Variação Possível | Variação observada | Média (d.p.) |
|----------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| MIF motor | 13 – 91 | 13 – 91 | 80,7 (14,9) |
| MIF cognitivo social | 5 – 35 | 5 – 35 | 30,4 (6,4) |
| MIF total | 18 – 126 | 18 – 126 | 111,1 (19,7) |

Observa-se que a variação observada na MIF foi igual à variação possível, a hipótese é de que pode ser devido à presença de idosos com uma funcionalidade prejudicada e outros completamente independentes.

A seguir são apresentadas as médias dos valores das dimensões da MIF, com suas variações, agrupadas em tarefas de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção (MIF motora); comunicação e cognição social (MIF cognitiva social).

Tabela 5 – Valores e variações das dimensões da MIF nos *idosos mais velhos* de Ribeirão Preto, 2008

| MIF | Varição Possível | Varição observada | Média (d.p.) |
|-------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| Autocuidado | 6 – 42 | 6 – 42 | 38,1 (8,5) |
| Controle de esfíncteres | 2 – 42 | 2 – 42 | 11,9 (3,3) |
| Transferências | 3 – 21 | 3 – 21 | 19,5 (3,4) |
| Locomoção | 2 – 14 | 2 – 14 | 11,0 (3,6) |
| Comunicação | 2 – 14 | 2 – 14 | 12,4 (2,6) |
| Cognição social | 3 – 21 | 3 – 21 | 17,9 (4,4) |
| MIF Total | 18 – 126 | 76 – 126 | 110,8 (25,8) |

Constatou-se que a variação observada entre as dimensões da MIF foram equivalentes as variações possíveis. Os resultados apresentados demonstram que a média de pontos para realização do autocuidado, locomoção, comunicação e cognição social ficaram próximas aos valores máximos para cada dimensão (Tabela 5).

Tabela 6 – Classificação do nível de dependência dos *idosos mais velhos* de Ribeirão Preto, 2008

| Nível de dependência | Subscores | Varição observada | Média (d.p.) |
|--|------------------|-------------------|--------------|
| Dependência completa (assistência total) | 18 pontos | 18 pontos | 18 (0) |
| Dependência moderada (assistência de até 50%) | 19 – 60 pontos | 38 – 51 pontos | 44,3 (6,6) |
| Dependência Mínima (assistência de até 25%) | 61 – 103 pontos | 62 – 103 pontos | 85,3 (14,2) |
| Independência modificada/completa | 104 – 126 pontos | 105 – 126 pontos | 118,9 (5,3) |

O nível de dependência dos idosos foi mais evidente na independência modificada/completa, 81,6%, com média de 118,9 pontos, seguido da dependência mínima, 15%, com média de 85,3 pontos (Tabela 6).

Tabela 7 – Distribuição da dependência funcional dos *idosos mais velhos* nas dimensões e categorias da MIF total. Ribeirão Preto, 2008

| MIF | Dependência total | (n= 147) Dependência moderada | Dependência mínima | Independência modificada/completa |
|--|-------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Autocuidado | | | | |
| Alimentação | 3 (2,1) | 0 (0,0) | 19 (12,9) | 125 (85,0) |
| Higiene pessoal | 4 (2,7) | 4 (2,8) | 9 (6,1) | 130 (88,5) |
| Banho | 7 (4,8) | 8 (5,4) | 8 (5,5) | 124(84,3) |
| Vestir-se acima da cintura | 5 (3,4) | 6 (4,0) | 11 (7,5) | 125(85,0) |
| Vestir-se abaixo da cintura | 6 (4,1) | 9 (6,1) | 6 (4,1) | 126 (85,7) |
| Uso do vaso sanitário | 5 (3,4) | 5 (3,4) | 5 (3,4) | 132 (89,8) |
| Controle dos esfíncteres | | | | |
| Controle da urina | 9 (6,1) | 23 (15,7) | 23 (15,7) | 92 (62,5) |
| Controle das fezes | 4 (2,7) | 4 (2,7) | 5 (3,4) | 134 (91,1) |
| Transferências | | | | |
| Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas | 3 (2,0) | 3 (2,1) | 5 (3,4) | 136 (92,5) |
| Transferência vaso sanitário | 2 (1,4) | 3 (2,1) | 5 (3,4) | 137 (93,2) |
| Transferência banheira ou chuveiro | 2 (1,4) | 7 (4,7) | 3 (2,1) | 135 (91,8) |
| Locomoção | | | | |
| Marcha/cadeira de rodas | 6 (4,1) | 3 (2,1) | 11 (7,5) | 127 (86,4) |
| Escadas | 32 (21,8) | 6 (4,1) | 15 (10,2) | 94 (63,9) |
| Comunicação | | | | |
| Compreensão auditiva/visual | 3 (2,1) | 6 (4,1) | 21 (14,2) | 117 (79,6) |
| Expressão verbal/não verbal | 4 (2,7) | 4 (2,8) | 10 (6,8) | 129 (87,7) |
| Cognição social | | | | |
| Interação social | 4 (2,7) | 7 (4,7) | 10 (6,8) | 126 (85,7) |
| Resolução de problemas | 7 (4,8) | 8 (5,4) | 33 (22,4) | 99 (67,3) |
| Memória | 5 (3,4) | 8 (5,4) | 22 (14,9) | 112 (76,2) |

Os resultados apresentados na Tabela 7 mostram que, no domínio da MIF motora na dimensão de autocuidado, os idosos possuem independência completa/modificada, ou seja, realizam toda a tarefa com um desempenho seguro ou podem requer um tempo acima do razoável ou há comprometimento da segurança .

Na dimensão controle dos esfíncteres, o nível de dependência atingiu ao moderado, com 15,7%, isto é, o idoso pode ter acidentes com a “ urina menos de uma vez por dia” e necessita de auxílio de terceiros.

Na dimensão mobilidade, os idosos se mostraram independentes para todas as formas de transferências. Na dimensão locomoção, o maior prejuízo foi em relação a subir escadas, 21,8% são totalmente dependentes. Vale notar que muitos idosos adquiriram pontuação baixa, considerando que este ato não ser rotineiro em suas vidas; o instrumento pontua somente o cotidiano dos idosos.

Quanto ao domínio da MIF cognitiva social, os idosos conseguem expressar-se e compreender uma conversação de forma independente, além de apresentarem ótima interação social e boa memória, porém, necessitam de supervisão e orientação para resolução de problemas (22,4%).

Após a análise de correlação entre MIF e idade verifica-se um coeficiente de correlação de Speaman's , $r = - 0,374$ ($p < 0,001$), indicando que *idosos mais velhos* se tornam mais dependentes.

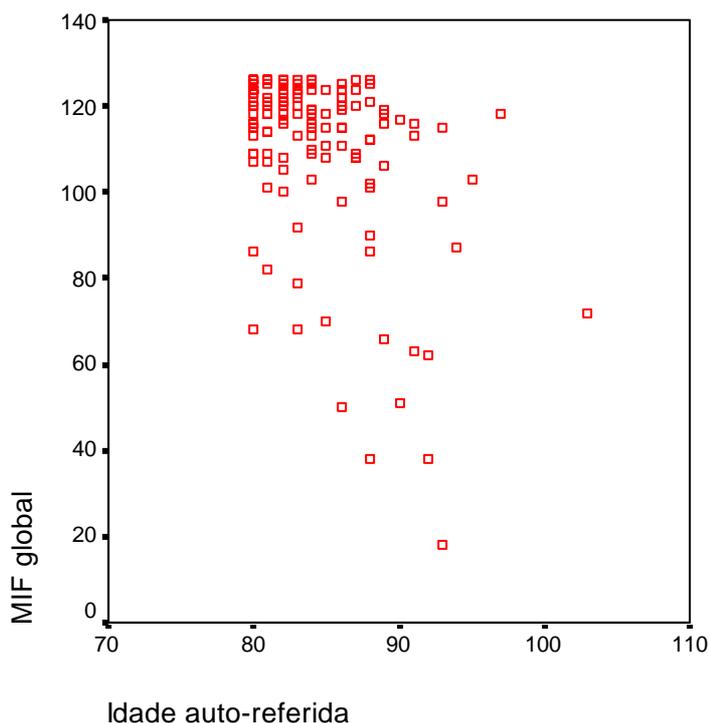


Figura 3. Diagrama de dispersão ilustrando correlação entre idade (anos completos) e escore da MIF total de *idosos mais velhos*. Ribeirão Preto, 2008

Comparando-se os escores da MIF total entre sexo masculino e feminino o teste de Mann Whitney indicou que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,058$).

Ao se analisar a dependência funcional do idoso segundo o sexo e a idade, verificou-se que nas categorias mais dependentes destacam-se as do sexo feminino. Na categoria dependência total consta uma (9,1%) idosa com 90 anos ou mais, quanto à dependência moderada, há quatro (25,6%) idosas com idade a partir de 85 anos. Apenas um (33,3%) idoso com 90 anos ou mais possui independência completa.

A maioria dos idosos com idade entre 80 – 84 anos se encontram num nível mínimo de dependência e com independência completa, sejam masculinos (67,3%) ou femininos (61,2%).

Quanto à dependência funcional do idoso relacionada com o sexo e o arranjo domiciliar, observou-se que os idosos do sexo masculino que são independentes residem em sua maioria com o cônjuge (88,9%), seguido daqueles que residem com o cônjuge e os filhos (80,0%), e 66,7% moram sozinhos; 100% dos idosos que moram somente com os filhos são independentes. Dos que possuem dependência mínima, 11,1% residem com o cônjuge e 20% com o cônjuge e filhos, além de 33,3 % que residem sozinhos. Dos idosos que residem em outros arranjos bi ou trigeracionais, 100% são independentes. Nenhum idoso do sexo masculino apresentou dependência moderada ou total.

As idosas independentes residem em sua maioria sozinhas (93,3%), em arranjos trigeracionais (86,7%), somente com os filhos (75%), com não familiares (75%), somente com os netos (50%), e em arranjos intrageracionais (40%). 100% das idosas que moram com o cônjuge são independentes assim como as que moram com o cônjuge e os filhos.

Os arranjos bi e trigeracionais abrigam apenas as mulheres com dependência mínima e moderada. Em relação a morar somente com filhos, 20% das idosas possuem dependência mínima e 5% dependência moderada. Das que moram somente com os netos, 50% são dependentes minimamente. Das que moram em arranjos intrageracionais, 40% são dependentes minimamente e 20% possuem dependência moderada. Somente as do sexo feminino residem com não familiares, 75% são independentes e 25% são totalmente dependentes.

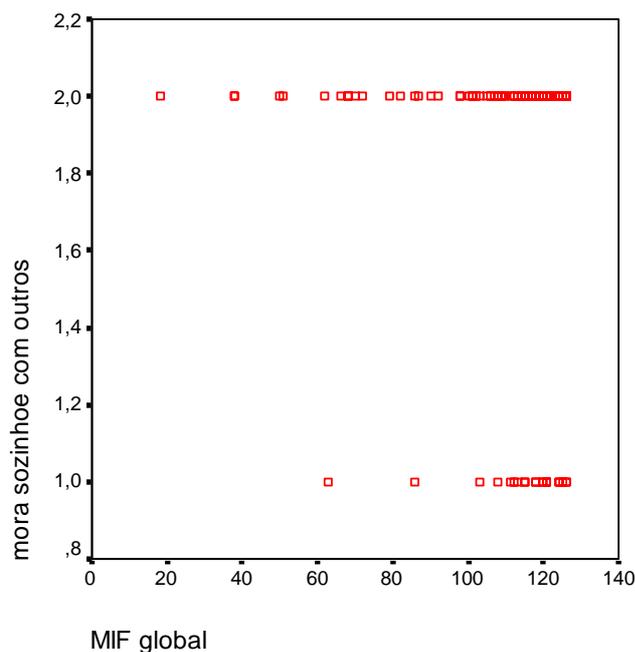


Figura 4. Diagrama de dispersão ilustrando correlação da MIF total e o arranjo domiciliar morar sozinho ou com alguém, dos *idosos mais velhos*. Ribeirão Preto, 2008

Uma análise de regressão logística simples tendo como preditora a MIF total e desfecho o arranjo dicotomizado: mora só ou mora com alguém, revelou que há uma redução de 0,9% nas chances de o idoso morar com alguém para cada aumento unitário da MIF, entretanto a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,505$).

As correlações entre MIF total e apoio social não foram estatisticamente significativas em nenhuma das funções analisadas. Por exemplo, a frequência de visita de filhos pelo menos uma vez por semana apresentou $r=0,119$ e $p=0,150$, visitas pelo menos uma vez no mês, $r=0,138$ e $p=0,096$.

A relação entre a MIF total com visitas de pessoas da comunidade pelo menos uma vez na semana foi, $r=-0,184$ e $p=0,025$. Para visitas em pelo menos uma vez no mês, obteve-se $r=-0,151$ e $p=0,069$. Para visita de amigos uma vez por semana e por mês também se observou ausência de correlação e significância estatística, $r=0,002$ e $p=0,985$, $r=$

0,129 e $p= 0,121$, respectivamente.

4.3 Características do arranjo domiciliar

De acordo com a Tabela 8, os *idosos mais velhos* de Ribeirão Preto moram em sua maioria com o cônjuge, (26,5%). Grande parte ainda reside sozinha, (14,3%) e com os filhos, (14,3%). São poucos os que ainda vivem com o cônjuge e os filhos. Segundo o sexo dos idosos, há o predomínio de mulheres vivendo sozinhas, (71,4%) e de homens vivendo com o cônjuge, (69,2%). O arranjo domiciliar “mora somente com outros idosos e o cônjuge” não foi citado.

Tabela 8 – Distribuição da frequência das variáveis que caracterizam o arranjo domiciliar segundo o sexo dos *idosos mais velhos*. Ribeirão Preto, 2008

| <i>Variáveis</i> | SEXO (n = 147) | | |
|---|-------------------|--------------------|----------------|
| | Feminino n (%) | Masculino n (%) | TOTAL n (%) |
| Com Quem Moram | | | |
| Sozinho | 15 (71,4) | 6 (28,6) | 21 (14,3) |
| Somente com cônjuge | 12 (30,8) | 27 (69,2) | 39 (26,5) |
| Cônjuge e filho(s) | 1 (16,7) | 5 (83,3) | 6 (4,1) |
| Cônjuge, filhos, genro ou nora | 0 (0,0) | 2 (100,0) | 2 (1,4) |
| Somente com o(s) filho(s) | 20 (95,2) | 1 (4,8) | 21(14,3) |
| Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) | 15 (93,8) | 1 (6,3) | 16 (10,9) |
| Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) | 5 (71,4) | 2 (28,6) | 7 (4,8) |
| Somente com os netos (sem filhos) | 2 (66,7) | 1 (33,3) | 3 (2,0) |
| Não familiares | 4 (100,0) | 0 (0,0) | 4 (2,7) |
| Outros | 24 (85,7) | 4 (14,3) | 28 (19,0) |

continua

| <i>Variáveis</i> | SEXO (n = 147) | | |
|--|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| | Feminino n (%) | Masculino n (%) | TOTAL n (%) |
| Quem é o chefe | | | |
| Próprio idoso | 40 (47,6) | 44 (52,4) | 84 (57,1) |
| Cônjuge | 13 (92,9) | 1 (7,1) | 14 (9,5) |
| Filho(a) | 23 (92,0) | 2 (8,0) | 25 (17,0) |
| Outro familiar | 20 (90,9) | 2 (9,1) | 22 (15,0) |
| Não familiar | 2 (100,0) | 0 (0,0) | 2 (1,4) |
| Formação do arranjo | | | |
| Idoso veio morar na casa | 28 (90,3) | 3 (9,7) | 31 (21,1) |
| Outros vieram morar com o idoso | 28 (75,7) | 9 (24,3) | 37 (25,2) |
| Outro | 42 (53,2) | 37 (46,8) | 79 (53,7) |
| Razão de morar na casa | | | |
| Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais | 10 (83,3) | 2 (16,7) | 12 (8,2) |
| Estar perto de/ou com familiares ou amigos | 6 (100,0) | 0 (0,0) | 6 (4,1) |
| Falecimento do esposo(a) ou companheiro(a) | 30 (88,2) | 4 (11,8) | 34 (23,1) |
| Por união conjugal | 13 (31,7) | 28 (68,3) | 41 (27,9) |
| Por separação conjugal | 9 (64,3) | 5 (35,7) | 14 (9,5) |
| Custo da moradia/situação financeira | 3 (75,0) | 1 (25,0) | 4 (2,7) |
| Precisava de cuidado | 8 (88,9) | 1 (11,1) | 9 (6,1) |
| Outro | 19 (70,4) | 8 (29,6) | 27 (18,4) |

conclusão

Grande parte dos idosos do sexo feminino reside somente com o filho, 95,2%. Entre aqueles que moram com os netos, além dos filhos, a proporção de mulheres também é maior, 93,8%.

Na relação do arranjo com o estado conjugal, os solteiros vivem mais em arranjos intrageracionais (44,4%). Os divorciados vivem sozinhos (40%) e em arranjos trigeracionais

(40%). Os viúvos vivem na maioria com os filhos (26,3%), sozinhos (23,8%) e em outros arranjos (22,5%).

Na relação entre arranjo domiciliar, sexo e idade, a maioria (32,3%) dos idosos com idade entre 80 e 84 anos residem com o cônjuge, com predomínio masculino (57,6%), idosos (16,1%) residem sozinhos, com maior porcentagem das mulheres (18,3%), (11,8%) com filhos e (10,8%) com filhos e netos. Entre aqueles com 85 a 89 anos, é bastante reduzido o número de idosos que vivem sozinhos (10,0%) e com o cônjuge (20,0%) e a relação entre os sexos é a mesma citada acima. Os que moram com filhos representam 17,5% e os que moram com filhos e netos, 7,5%. Nos idosos com idades acima de 90 anos, isso é ainda mais acentuado, somente dois idosos, sendo um do sexo masculino (33,3%) e um do sexo feminino (9,1%) referiram viver sozinho. Destaca-se ainda que apenas um (33,3%) referiu viver com o cônjuge do sexo feminino. Os arranjos predominantes nesta faixa etária foram dos que vivem com os filhos, e com os filhos e netos, (21,4%).

Observa-se que os arranjos nos quais há a presença do cônjuge (somente com o cônjuge, cônjuge e filhos, cônjuge filhos, genro ou nora), são mais freqüentes entre os idosos de 80 e 84 anos e diminui com o avançar da idade.

Em relação à chefia do domicílio, 57,1% são chefiados pelo próprio idoso, com equivalência entre mulheres e homens; 17% são chefiados pelos filhos, 90,9% das idosas referiram que o domicílio era chefiado por “outros familiares” (15%). Quanto aos casais, as mulheres apontaram o cônjuge como chefe, (92,9%).

Os arranjos chefiados pelo próprio idoso são diversos e predominantes, 9,5% estão entre os que residem somente com o filho, 8,3%, com o filho e netos, 7% estão entre os que moram com o cônjuge, 4,8% com não familiares. Dos que são chefiados pelo cônjuge, 64,3% residem somente com o cônjuge e 14,3% com o cônjuge e filhos.

Os arranjos chefiados por outros familiares são na maioria classificados como

outros arranjos, compostos pela família extensa, não especificada no estudo, mas também aparecem nos arranjos intrageracionais, 18,2%, nos arranjos trigeracionais e somente com os netos, com 13,6%.

Na relação entre chefia do domicílio, sexo e estado conjugal, os idosos do sexo feminino predominam como chefes do domicílio quando são viúvas, (90,0%), e os idosos do sexo masculino, predominam quando casados, (81,8%).

Quanto à formação do arranjo domiciliar também houve uma equivalência nos resultados, 25,2% afirmaram terem ido morar com o idoso e 21,1% afirmaram que o idoso é quem foi morar no domicílio da família. Observou-se um grande número de respostas na alternativa “outros”, que pode ser explicado pelo grande número de casais que residem na mesma casa, desde a união, de filhos que sempre moraram com seus pais e ainda permanecem com eles ou um deles ou outros familiares que se encontram nesta mesma situação e idosos que residem sozinhos.

Em relação aos motivos de residir no domicílio, 27,9% referiram ser devido união conjugal, 23,1% idosos apontaram o falecimento do esposo ou companheiro para configuração do arranjo atual. Além disso, 9,5% referiram a separação conjugal como motivo, outros idosos referiram à necessidade de estar perto dos filhos/pais (8,2%).

A necessidade de cuidados ou situação financeira dos idosos ou familiares não foi um motivo mencionado pelos idosos. Um dado relevante é o grande número de respostas “outros” que pode ser sugestivo de arranjos nos quais as pessoas sempre moraram juntas, como exemplo, filhos que sempre moraram com seus pais, ou irmãos que sempre moraram juntos.

Em relação à formação do arranjo e seus motivos, dos idosos que foram morar com outras pessoas, 25% moram somente com os filhos ou em arranjos trigeracionais para estar perto dos filhos. Entretanto, 30,8% referiram que moram sozinhos devido falecimento do

esposo ou companheiro, 15,4% foram morar com filhos devido o motivo de viuvez, assim como aqueles idosos que foram morar com os filhos e os netos, com outros idosos e somente com os netos, 7,7%. A separação conjugal foi a razão para ir morar com os filhos (50%) e nos arranjos trigeracionais (50%).

O custo da moradia e a necessidade de cuidados foram apontados somente por um idoso, fato este que culminou com a necessidade de morar com outras pessoas para auxiliá-lo.

Das pessoas que foram morar com o idoso alegando o motivo de estar perto dos pais, 75% residem no arranjo “somente com os filhos” e 25% em arranjos trigeracionais. 50% dos idosos que receberam não familiares em sua residência foi justificado para estar perto de familiares ou amigos. Um motivo citado para quem foi morar com o idoso configurando o arranjo trigeracional foi o falecimento do esposo ou companheiro (75%).

A união conjugal foi uma razão referida para a formação do arranjo “cônjuge, filho, genro ou nora” por 33,3% dos entrevistados. A separação conjugal levou os filhos a morarem com seus pais (11,1%), ou com um dos pais (22,2%) e em arranjos trigeracionais (33,3%). A necessidade de cuidado levou pessoas a residirem com o idoso nos arranjos “cônjuge, filhos, genro ou nora”, arranjos intrageracionais, 20% e não familiares 40%.

4.4 Características da rede de suporte / apoio social, segundo o mapa mínimo de relações do idoso

Nas Figuras de 5 a 11 e nas Tabelas de 9 a 14 verificam-se os dados referentes à rede de suporte/apoio social, utilizando o MMRI.

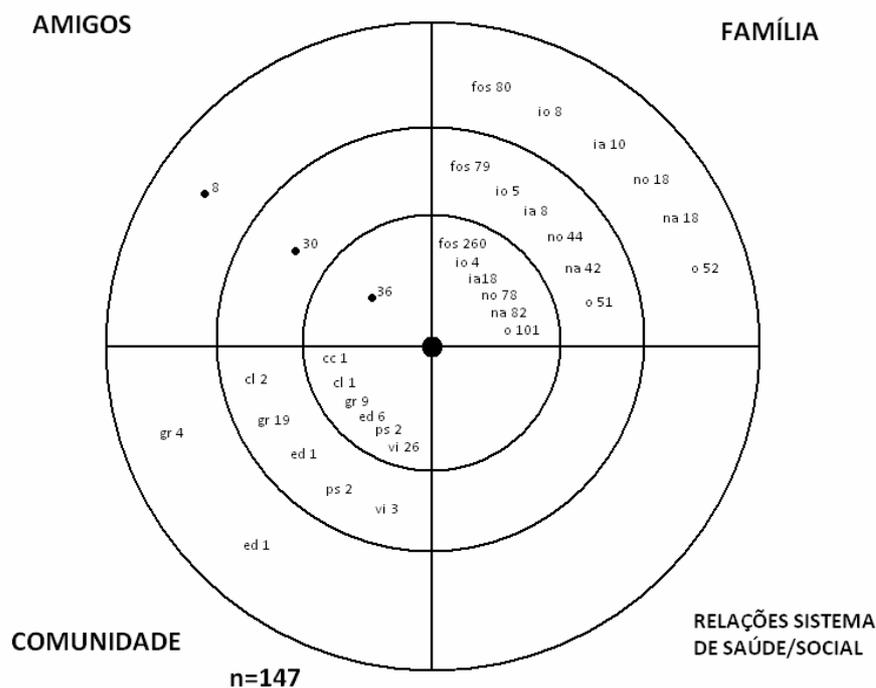


Figura 5. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função visita. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 9 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a função visita, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 260 (1,76) | 79 (0,53) | 80 (0,54) |
| Família | 283 (1,92) | 150 (1,02) | 106 (0,72) |
| Comunidade | 45 (0,30) | 27 (0,18) | 5 (0,03) |
| Amigos | 36 (0,24) | 30 (0,20) | 8 (0,05) |
| Total | 624 (4,24) | 286 (1,94) | 199 (1,35) |

Na função visita o círculo de maior freqüência foi o referente a “pelos menos uma vez na semana ou freqüentemente”, para os quatro quadrantes. Registraram-se nesta função 624 pessoas. Foram citadas pessoas dos 4 quadrantes com predomínio de filhos e familiares, entre estes destacam-se os netos e outros familiares. O sexo feminino é sempre mais freqüente quando comparado ao masculino, constatada pelo número de irmãs e netas que visitam o idoso.

No quadrante referente as pessoas da comunidade, registrou-se 45 pessoas, o destaque foi para os vizinhos. Os idosos também recebem a visita de amigos com freqüência, 36 visitam pelo menos uma vez na semana e 30 pelo menos uma vez no mês.

No terceiro círculo, as visitas são ocasionais, ocorrendo em grandes eventos familiares ou férias e a freqüência de pessoas da comunidade e amigos é menor.

Com relação à configuração do tamanho da rede social para a função visita distribuída nos três círculos foram registradas 1109 pessoas. Para a função visita não se obteve nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

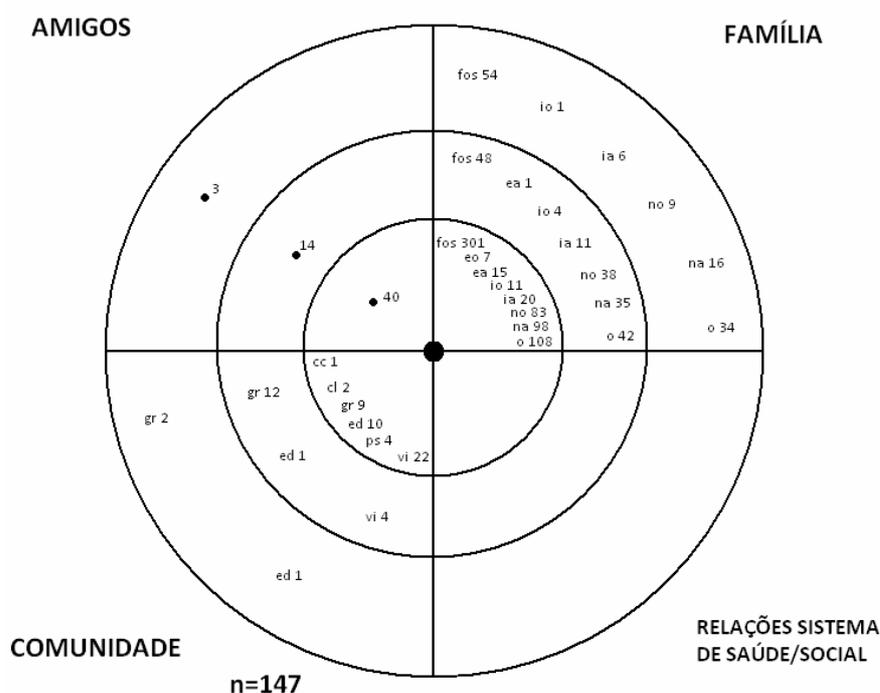


Figura 6. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função companhia. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 10 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função companhia, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 301 (2,04) | 48 (0,32) | 54 (0,36) |
| Família | 332 (2,25) | 125 (0,85) | 66 (0,44) |
| Comunidade | 48 (0,32) | 17 (0,11) | 3 (0,02) |
| Amigos | 40 (0,27) | 14 (0,09) | 3 (0,02) |
| Total | 721 (4,9) | 204 (1,38) | 126 (0,85) |

Com relação a função companhia, o círculo de maior frequência foi o primeiro – “pelo menos uma vez na semana”, com 721 pessoas. Com relação à configuração do tamanho da rede social para companhia distribuídas nos três círculos, foram registradas 1051 pessoas.

Em todos os círculos a presença de filhos e familiares foi constante, com ênfase no primeiro círculo – frequentemente. Nele foram citados o cônjuge, irmãos, netos e outros familiares, sendo que os filhos, netos e os outros familiares foram os mais referidos. Dentre os resultados encontrados, as mulheres aparecem em maior número no quadrante família.

No quadrante comunidade predominou as relações no primeiro círculo, com 48 pessoas para fazer companhia ao idoso. Constatou-se que em quase todos os três círculos, os grupos religiosos, a empregada doméstica e os vizinhos são os que mais fazem companhia para os idosos.

Para a função companhia não obtivemos nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

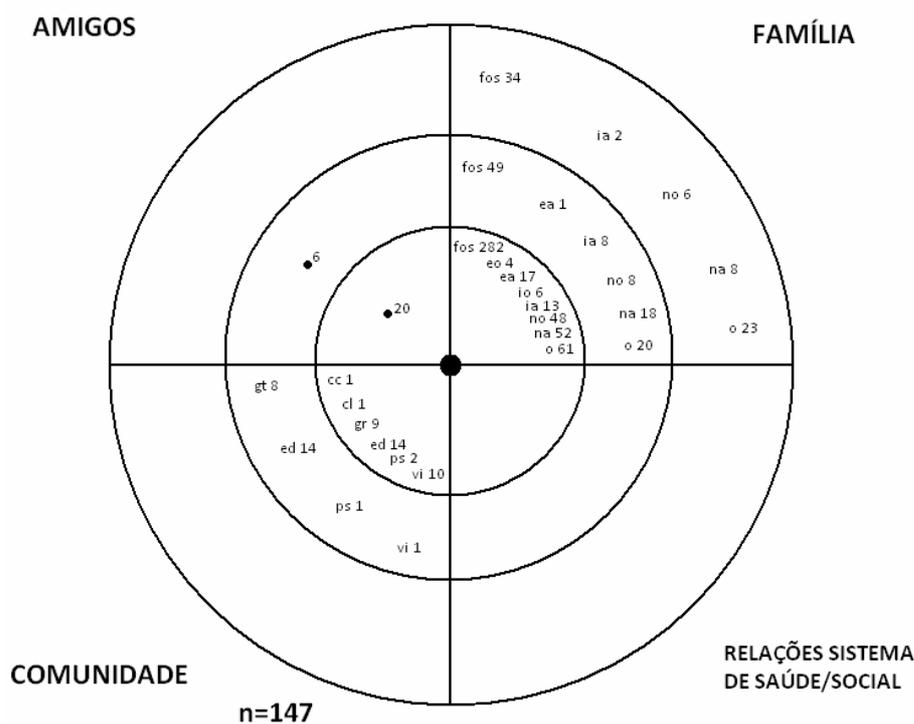


Figura 7. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função auxílio em atividades domésticas. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 11 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função auxílio em atividades domésticas, por freqüência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Freqüência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 282 (1,91) | 49 (0,33) | 34 (0,23) |
| Família | 201 (1,36) | 55 (0,37) | 39 (0,26) |
| Comunidade | 37 (0,25) | 14 (0,09) | - |
| Amigos | 20 (0,13) | 6 (0,04) | - |
| Total | 540 (3,67) | 124 (0,84) | 73 (0,49) |

Na função auxílio para atividades domésticas, o círculo com maior frequência foi o primeiro – freqüentemente, registrando 540 pessoas de um total de 737 pessoas. Os filhos formam um contingente bastante significativo desta rede de contatos. Completando esta rede de suporte familiar, incluímos a esposa, as irmãs, as netas e outros familiares.

No quadrante comunidade também predominam as relações próximas, ou seja, pelo menos uma vez por semana, com destaque para a empregada doméstica e os vizinhos, seguidos dos membros de grupos religiosos, totalizando 37 pessoas. A participação de pessoas da comunidade e amigos para auxílio em atividades domésticas é pouca ou inexistente no segundo e terceiro círculos.

A participação de amigos predomina no primeiro círculo, mas a frequência é baixa, apenas 20.

Para a função auxílio em atividades domésticas não obteve-se nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

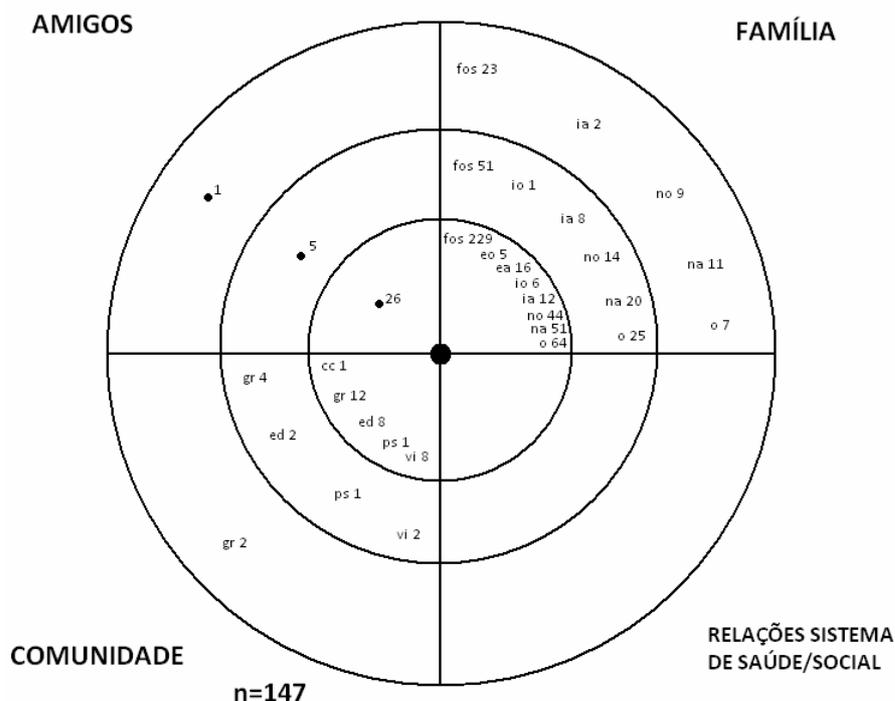


Figura 8. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função auxílio em cuidados pessoais. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 12 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função auxílio em cuidados pessoais, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 229 (1,55) | 51 (0,34) | 23 (0,15) |
| Família | 198 (1,34) | 66 (0,44) | 45 (0,30) |
| Comunidade | 30 (0,20) | 9 (0,06) | 2 (0,01) |
| Amigos | 26 (0,17) | 5 (0,03) | 1 (0,006) |
| Total | 483 (3,28) | 131 (0,89) | 71 (0,48) |

Os resultados obtidos pela frequência de contato (círculos) e por composição (quadrante – família), reforçam a importância do sistema familiar.

As relações significativas mais citadas foram: filhos, netos, irmãs, esposa. Os dados demonstram que a relação com o item “outros” obteve-se uma expressiva frequência. A frequência total registrada foi de 483 pessoas para auxiliar o idoso com os cuidados pessoais.

No quadrante comunidade, o primeiro círculo foi o de maior frequência, contando com a presença de membros de grupos religiosos, empregada doméstica e vizinhos. No segundo círculo estas mesmas pessoas aparecem, porém com menor frequência.

Os amigos foram citados numa frequência semelhante às pessoas da comunidade, com 26 indivíduos predominantes no primeiro círculo, o que reforça a importância do contato extra familiar.

No total, a configuração da rede de suporte na função auxílio para cuidados pessoais distribuída entre os três círculos foi de 685 pessoas.

Para a função auxílio em cuidados pessoais não se obteve nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

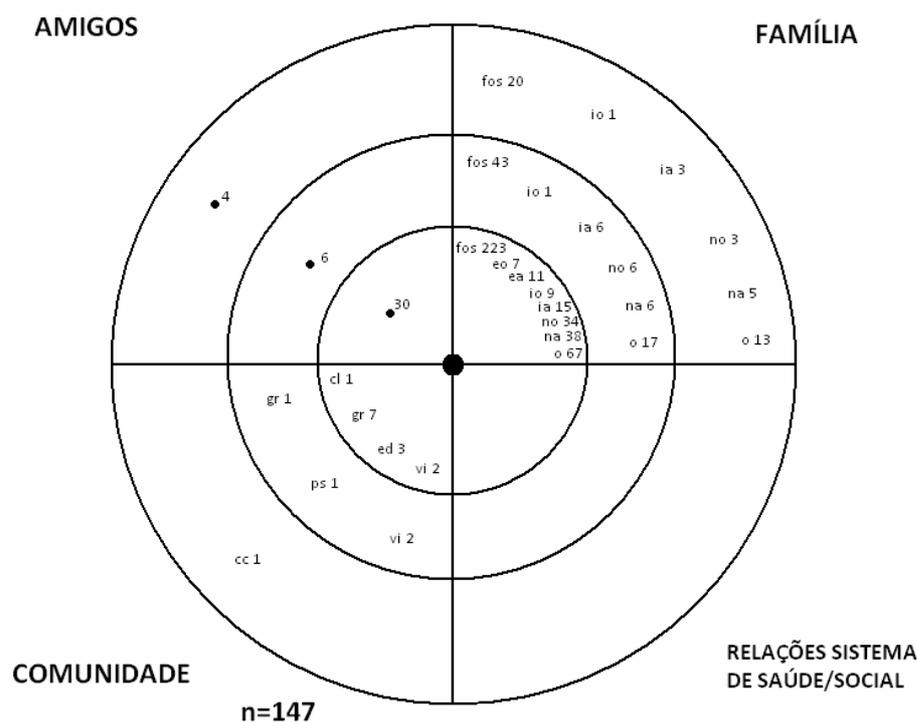


Figura 9. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função auxílio financeiro. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 13 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função auxílio financeiro, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 223 (1,51) | 43 (0,29) | 20 (0,13) |
| Família | 181 (1,23) | 36 (0,24) | 25 (0,17) |
| Comunidade | 13 (0,08) | 4 (0,02) | 1 (0,006) |
| Amigos | 30 (0,20) | 6 (0,04) | 4 (0,02) |
| Total | 447 (3,04) | 89 (0,60) | 50 (0,34) |

Para a função auxílio financeiro, o círculo mais freqüente foi o primeiro – freqüentemente, com 447 pessoas no total. Os filhos e os familiares são os que mais auxiliam nesta função. Entre os familiares, os que se destacam são os netos, irmã e esposa, além do item “outros”.

Os resultados obtidos para esta pergunta nos três círculos, confirmam a importância da família para a promoção e atenção adequada ao idoso.

Na comunidade, a freqüência de pessoas incluídas na rede de suporte social foi pequena, apenas 18, concentradas no primeiro círculo, com destaque para os membros de grupos religiosos.

No total foram citados 40 amigos para auxílio financeiro, sendo que 30 deles estão no primeiro círculo. Não é um número expressivo, mas tendo em vista que o auxílio em questão depende de variáveis como confiança e vínculo, a freqüência de amigos que auxilia freqüentemente pode ser considerada razoável.

Para a função auxílio financeiro não se obteve nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

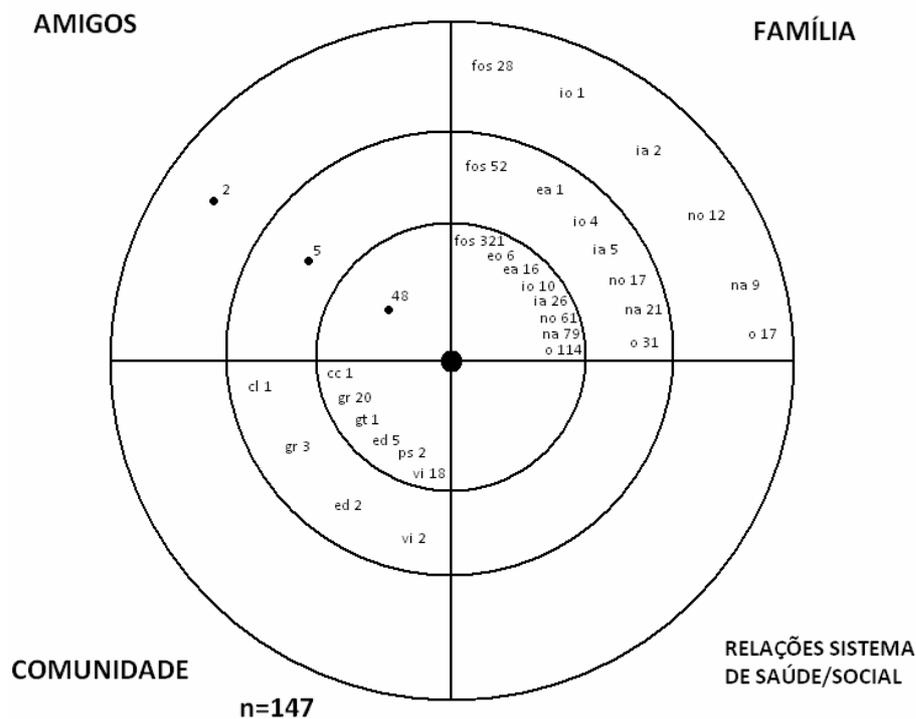


Figura 10. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função auxílio emocional. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 14 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função auxílio emocional, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 321 (2,18) | 52 (0,35) | 28 (0,19) |
| Família | 312 (2,12) | 79 (0,53) | 41 (0,27) |
| Comunidade | 47 (0,31) | 8 (0,05) | - |
| Amigos | 48 (0,32) | 5 (0,03) | 2 (0,01) |
| Total | 728 (4,95) | 144 (0,97) | 71 (0,48) |

Para a função auxílio emocional é expressivo o número de pessoas na rede de suporte social, concentradas no primeiro círculo – pelo menos uma vez por semana, em todos os quatro quadrantes.

Novamente, os filhos e os familiares destacam-se. Entre estes pode-se citar como mais freqüentes os netos, os irmãos e a esposa. O item “outros” concentra uma parcela importante do auxílio com 114 pessoas.

No quadrante referente a comunidade, as maiores freqüências foram de membros de grupos religiosos e vizinhos. O número de amigos para esta função foi expressivo, 55 pessoas, concentradas no primeiro círculo.

Para a função “auxílio emocional” não se obteve nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

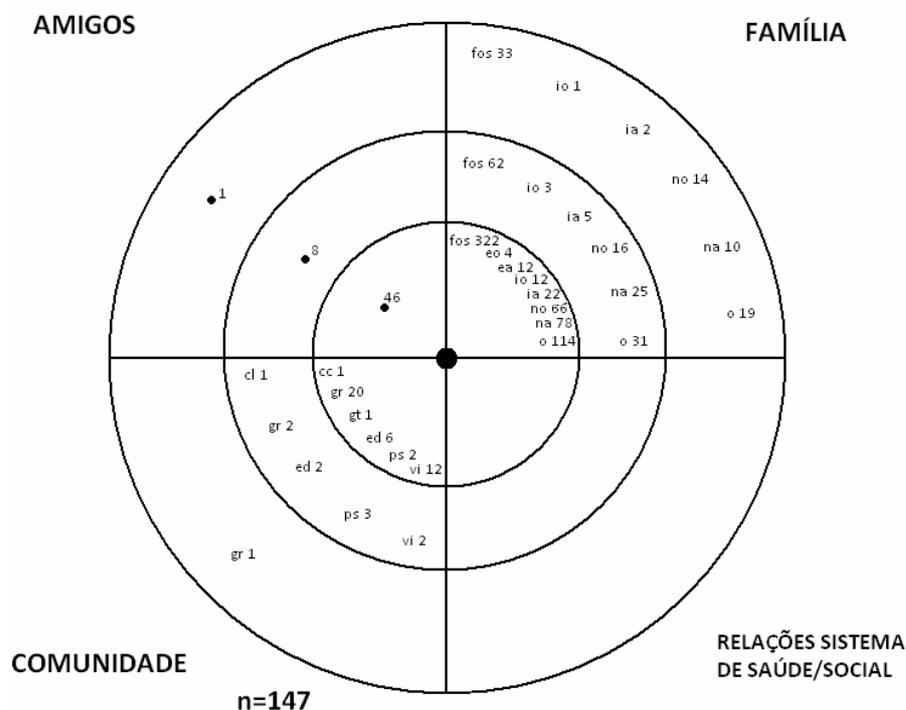


Figura 11. Configuração da rede de suporte social dos *idosos mais velhos* da comunidade no MMRI segundo a função auxílio de informação. Ribeirão Preto, 2008

Tabela 15 – Distribuição dos *idosos mais velhos* segundo a pergunta que identifica a função auxílio de informação, por frequência de contato (círculo) e por composição (filhos, familiares, comunidade, amigos). Ribeirão Preto, 2008

| Variáveis | Frequência de contatos (n = 147) | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1º Círculo | 2º Círculo | 3º Círculo |
| | Pelo menos 1 vez/semana n (Média) | Pelo menos 1 vez/mês n (Média) | Pelo menos 1 vez/ano n (Média) |
| Filhos | 311 (2,11) | 62 (0,42) | 33 (0,22) |
| Família | 311 (2,11) | 80 (0,54) | 46 (0,31) |
| Comunidade | 42 (0,28) | 10 (0,06) | 1 (0,006) |
| Amigos | 46 (0,31) | 8 (0,05) | 1 (0,006) |
| Total | 710 (4,82) | 160 (1,08) | 81 (0,55) |

Em relação ao “auxílio informação”, as maiores frequências foram encontradas no primeiro círculo, com o mesmo número de pessoas para filhos e familiares. No total deste quadrante as relações mais citadas foram: netos, irmãos e esposa, além de outros familiares.

No quadrante comunidade, os contatos também são bastante frequentes, com ênfase para os membros de grupos religiosos e vizinhos. No quadrante amigos, a maioria foi citada no primeiro círculo.

Para a função “auxílio informação” não se obteve nenhuma resposta no quadrante relações com serviços sociais e de saúde.

O suporte social aos *idosos mais velhos* concentrou-se no primeiro círculo – pelo menos uma vez por semana para todas as funções, com média 4 pessoas.

Os filhos foram presença marcante e expressiva em todos os tipos de auxílio prestado aos pais, assim como os familiares, apesar do número médio ter sido de 1 a 2 pessoas. Entre estes, a presença feminina foi sempre mais frequente. Os netos e o item outros familiares sobressaíram-se, talvez pelo grande número destes nas famílias.

Quando o cônjuge foi citado, marcou presença maciça no primeiro círculo e em algumas situações no segundo, em número bastante pequeno.

Participaram pessoas de todos os quatro quadrantes em todas as funções de apoio. Para as funções que se julga necessitar de uma maior intimidade para a realização como atividades domésticas, auxílio em cuidados pessoais e auxílio financeiro, a frequência de relações com a comunidade e amigos diminui.

Nas relações com a comunidade, os membros de centros de convivência, de clubes de lazer, grupos de terceira idade e prestadores de serviços foram pouco mencionados e às vezes inexistentes. De forma geral as relações com a comunidade e os amigos apresentaram um número médio de pessoas inferior a um.

O número de filhos citados na rede de relações sociais do idoso variou de 72 (função companhia) a 419 (função visita), com média de 321 filhos. Os familiares citados variaram de 242 (função auxílio financeiro) a 539 (função visita), com média de 396 familiares. A frequência de membros da comunidade variou de 18 (função auxílio financeiro) a 77 (função visita), com média de 51 pessoas. Em relação aos amigos, o número variou de 26 (função auxílio em atividades domésticas) e 74 (função visita), com média de 48 indivíduos.

No próximo item serão discutidos os dados ora apresentados.

Discute-se os dados referentes às características sócio-demográficas dos idosos.

5.1 Características sócio-demográficas

A Tabela 1 analisa as proporções da população “mais idosa” em relação à idade, estado civil, escolaridade, rendimentos, renda e tipo de moradia. A população idosa com 80 anos ou mais tem sido considerado o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 166 mil pessoas em 1940, o contingente “mais idoso” passou para quase 1,5 milhão em 1996. Representava 11,7% da população idosa em 1996 e 0,9% da população total (CAMARANO, 2002).

De acordo com os dados da Tabela 1 nota-se a prevalência de idosos entre 80 e 84 anos e do sexo feminino. Em um estudo realizado com *idosos mais velhos* do meio rural no Rio Grande do Sul, a maioria destes encontravam-se na faixa etária dos 80 aos 84 anos (58,3%), com idade média de 84 anos. Observou-se que 89,1% estavam na faixa etária de 85 a 89 anos e 11,0% estavam com 90 anos ou mais. Na faixa etária dos 80 aos 84 anos e acima dos 95 anos predominaram as mulheres (MORAIS, 2007).

Estes resultados corroboram com a presente pesquisa. Berquó (1996) chama a atenção para a feminização do envelhecimento, em que o número absoluto de mulheres idosas, quando confrontado com o de homens de 65 anos e mais, tem sido superior, e que, também, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres tem se mantido, sistematicamente, superior àquela correspondente aos homens idosos. Ressalta ainda, que este fato é decorrente de uma situação de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo, sendo que desde 1950 as mulheres apresentam maior esperança de vida ao nascer, representando seis anos de vida mais do que os homens. A migração rural-urbana foi um fator

que influenciou o maior número de mulheres nas cidades e de homens nos campos, pois os setores de serviços e comércio absorviam mais a mão-de-obra feminina (BERCOVICH, 1993).

Em relação ao estado conjugal os dados apontam maior prevalência de viuvez entre as idosas e de casados entre os idosos do sexo masculino. Fabrício e Rodrigues (2004) realizaram um estudo em Ribeirão Preto/São Paulo com idosos que sofreram quedas e identificaram que o estado de viuvez, na maioria das vezes ocorre quando o indivíduo tem idade mais avançada. Isto pode explicar o fato da maior proporção de viuvez entre as mulheres neste estudo, devido a maior longevidade destas. Segundo a PNAD em 1995, 45,6% das idosas eram viúvas, enquanto 79,1% dos idosos eram casados. Cerca de 12% dos idosos em 1999 viviam sozinhos, havendo uma proporção maior de mulheres quando comparado aos homens. (IBGE, 1995). Os *idosos mais velhos* têm necessidades e recursos diferentes, segundo Johnson (1994), estes têm mais chances de terem perdido o cônjuge (viuvez) e de viverem sozinhos. Os recursos financeiros tendem a ser menores e muitas vezes piora o estado de saúde.

Se essa condição já inspira atenção entre os idosos em geral, entre *os idosos mais velhos* deve ser motivo de um olhar diferenciado. Berquó (1996); Camarano (2003) relatam também a situação; além da maior longevidade das mulheres, as normas sociais e culturais prevalecentes na sociedade brasileira, levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens que eles e o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas. Berquó (1996) refere que estas diferenças são responsáveis pela superioridade de viúvas, em relação aos viúvos, da ordem de 3.6 para 1.

Morais (2007) em seu estudo com idosos de 80 anos ou mais na comunidade, apresentou que entre os viúvos houve predomínio das mulheres e que entre os casados, o maior número foi de homens. O estudo de Ahn e Kim (2004) mostra que as mulheres viúvas

vivem sós, de 97 *idosos mais velhos* que viviam sozinhos, 87 eram mulheres e a causa referida foi morte dos esposos.

Em 2000, foi realizado um estudo em Londres pelo Instituto de Gerontologia do King's College, com o objetivo de traçar um perfil dos *idosos mais velhos* residentes no domicílio. Os resultados mostraram que ser casado e ter boa saúde eram fatores-chave para a permanência dos idosos em suas casas, além do gênero, da idade, do suporte familiar, habilidade de preparar suas refeições e modificações na casa (TINKER et al, 2001).

Com relação à quantidade de anos que frequentou a escola, este estudo demonstra que a população estudada teve pouco acesso à escolaridade. Berquó (1996), afirma que o analfabetismo dentre a população idosa é muito freqüente, sendo que entre 1950 a 1993, 40% dos homens e 48% das mulheres idosas declararam-se analfabetos. De acordo com a PNAD realizada pelo IBGE em 1996, 37% dos idosos se declararam analfabetos, havendo entre estes um excesso de mulheres e de moradores de áreas rurais. A maioria dos idosos do presente estudo viveu sua infância e juventude na zona rural, onde o acesso à escola era difícil, talvez esses fatores possam explicar os dados apresentados (IBGE, 1996). MORAIS (2007) relata que 58,8% dos *idosos mais velhos* da zona rural do Rio Grande do Sul eram analfabetos e os do sexo masculino tiveram os melhores índices de escolaridade, corroborando com os dados deste estudo.

Referente ao tipo de moradia observa-se que a grande maioria possui casa própria quitada, assim como no estudo de Fiedler e Peres (2008), em que 87,2% dos idosos possuíam casa própria.

Quanto às condições econômicas, a maior parte dos idosos do sexo masculino é de aposentados, enquanto as mulheres referiram renda de aposentadoria e de pensão do marido/cônjuge, uma vez que a maioria delas é viúva. Segundo Camarano (2003), 77% das mulheres idosas brasileiras em 2000 estavam recebendo algum benefício da Seguridade

Social, o que favoreceu 94% das viúvas. Em 2003, a proporção de mulheres sem rendimentos se reduziu mais do que a metade, de 34,3% para 16,7%. Entre 1981 e 1998, a variação mais expressiva se deu na proporção de mulheres que recebiam mais de um salário mínimo, elevando-se de 15,3% para 34,4% (CAMARANO, KANSO, MELLO, 2004). A importância da renda proveniente dos benefícios previdenciários aumenta com a idade. Em 2003, para a população masculina, os benefícios contribuíram com aproximadamente 44% da renda dos que tinham de 60 a 64 anos e com 77,5% dos rendimentos da população maior de 80 anos (CAMARANO, 2003). A grande parte dos idosos não tem outras fontes de renda, a não ser a aposentadoria e/ou pensão, consideradas de médio valor, pois a maioria recebe entre um a três salários mínimos, semelhantes aos achados de pesquisas nacionais (IBGE, 2000; Lima-Costa et al. 2003; Lebrão e Laurenti, 2005) tendo as mulheres as menores rendas (Camarano, 2002, Lima-Costa et. al, 2003). O rendimento é uma questão importante a ser considerada na análise das condições de vida, além disso, atualmente este tem um peso considerável na renda das famílias em que o idoso está inserido (CAMARANO, 2003). A renda familiar declarada pelos idosos do estudo ficou entre um e três SM e mais de três SM. Verificou-se que conforme aumentam os rendimentos, o número de pessoas que co-habitam no domicílio segue a mesma lógica. Para Camarano, Kanso e Mello (2004), a proporção de famílias pobres com membros idosos era menor quando comparado a famílias sem idosos. Beltrão, Camarano e Mello (2005) verificaram que 28,8% das famílias rurais brasileiras possuem pelo menos um idosos beneficiário, que muitas vezes a renda é distribuída entre todos os membros da família. Além disso, o aumento da concessão de benefícios não-contributivos possui um impacto positivo na renda familiar, redução da pobreza e mudanças nos arranjos familiares. Ter uma renda favorece o envelhecimento ativo, pois além de contribuir para o orçamento familiar, provém autonomia financeira para atender as necessidades dos idosos (WHO, 2005).

O número médio de pessoas residindo no domicílio foi de 2,8 pessoas. Segundo

dados da PNAD em 2003, o número de membros nas famílias brasileiras está diminuindo; na década de 80 o número de pessoas na família era em média de 4,5 e em 2003 representavam 3,3 pessoas, mesmo assim, é das famílias que os idosos recebem apoio, quando necessitam (IBGE, 2004b). Uma das possibilidades é de que o número médio de pessoas do estudo tenha sido mais baixo devido a grande porcentagem de casais entre os *idosos mais velhos*.

Um dos aspectos relevantes a ser considerado no conceito de saúde do idoso é o de que possam ter uma vida saudável com autonomia e independência para se engajarem em atividades sociais do seu cotidiano.

5.2 Avaliação da funcionalidade

A capacidade funcional surge como um novo conceito quando se aborda a saúde do idoso, sua importância se faz na medida em que a detecção precoce de incapacidades pode diminuir as chances de dependência dos idosos por meio de intervenções de uma equipe multiprofissional. A avaliação da funcionalidade pode ser medida por vários instrumentos entre eles a MIF (RIBERTO et al., 2004). Kawasaki (2004) utilizou a MIF para avaliação da capacidade funcional de idosos, antes e após a internação, com prejuízo da capacidade funcional e melhora desta com o retorno ao domicílio. Outro estudo, de Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) avaliaram a concordância entre as medidas da MIF realizadas pelo cuidador e pelo profissional de saúde concluíram que a reprodutibilidade das medidas é grande, mesmo para diferentes formas de avaliação. Tomasin (2005) avaliou a independência funcional dos idosos antes e após um trauma na cidade de Londrina, concluindo que estes podem ter sua capacidade funcional comprometida. Outros estudos internacionais aplicaram a MIF em idosos que sofreram traumas diversos com aumento da dependência (LIVINGSTON, 2005;

LIEBERMAN, D., FRIGER, LIEBERMAN, P., 2006).

Os *idosos mais velhos* do presente estudo se mostraram independentes para a execução das diversas atividades analisadas e uma outra parcela se enquadrou no nível de dependência mínimo. Giacomini et al. (2008) avaliaram a capacidade funcional de idosos em Belo Horizonte e constataram que 84% deles eram totalmente independentes para as AVDs. Para o estudo SABE, na cidade de São Paulo, a maioria dos idosos, 80,7% não apresenta limitações funcionais que dificultam o autocuidado, porém conforme avança a idade, aumenta o número de dificuldades referidas pelos idosos, de zero (33,3% homens; 7,3% mulheres) para 7 ou mais (27,5% homens; 37,5% mulheres) e as dificuldades são mais expressivas entre as mulheres em todas as faixas etárias (DUARTE, 2003). No estudo desenvolvido por Ramos (2003), na cidade de São Paulo, quase a metade dos idosos referiu precisar de ajuda para pelo menos uma das atividades da vida diária. Moraes (2007) encontrou que um pouco mais da metade (54,8%) dos *idosos mais velhos* da zona rural do Rio Grande do Sul não apresentavam comprometimento para as atividades básicas da vida diária, e a outra parte possuía alguma limitação.

Um estudo norte americano, o “The New England Centenarian Study” realizado na Universidade de Boston, nos EUA, teve início em 1994 e traçou um perfil dos idosos longevos. Constatou que 90% dos centenários estudados tinham sido funcionalmente independentes até os 92 anos e 75% até os 95 anos. Uma explicação sugerida pelo autor, para este fenômeno remonta à teoria Darwinista da sobrevivência dos mais aptos: os idosos que chegaram a idades tão avançadas teriam características individuais que os tornariam mais resistentes a doenças e adversidades do meio externo, sendo, pois, mais saudáveis. Contudo esta idéia é contestada, alguns autores têm afirmado que *os idosos mais velhos* têm maiores níveis de morbidade e incapacidade (DUARTE, 2003; RAMOS, 2003). Na população estudada o nível de dependência aumentou com o avanço da faixa etária. Para Verbrugge e

Jette (1994) o risco de incapacidade funcional dobra a cada década de vida entre os *idosos mais velhos*. No referido estudo as incapacidades moderada e grave estiveram associadas à idade igual ou superior a 80 anos.

O comprometimento funcional está relacionado ao sexo e à idade, uma vez que, as mulheres apresentaram comprometimento no desenvolvimento das várias atividades, em todas as faixas etárias. Ainda nesse estudo, as diferenças entre os sexos, não foram significativamente estatísticas, assim como no de Moraes (2007), Gómez Montes e Curcio Borrero (2004). Os resultados do estudo mostraram um maior número de idosas do sexo feminino nas categorias dependência total e moderada e nenhum idoso do sexo masculino. Entretanto, no estudo de Giacomim et al. (2008) as associações entre incapacidade funcional e sexo foram significativas ($p < 0,005$). Para Marin Larrain et al (2004) em estudo com nonagenários chilenos, mostra que existe a predominância feminina, devido a maior expectativa de vida e é neste segmento de idade que se concentram os idosos mais frágeis e dependentes.

Um estudos de prevalência de incapacidade funcional mostrou que as taxas de dependência são mais elevadas em mulheres do que em homens, embora isso se deva mais, provavelmente, a diferenças na sobrevivência com limitações (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). Estudiosos dos EUA e da Grã-Bretanha mostraram que as mulheres não desenvolvem incapacidades funcionais com maior frequência do que os homens, mas sobrevivem mais tempo com suas limitações do que eles (STUCK et al., 1999; MELZER et al., 1999).

Para Ostchega et al. (2000) vários estudos nos EUA têm identificado o gênero feminino como um fator de risco independente para a redução funcional e cita algumas explicações, sendo que uma delas é de que as mulheres têm maior expectativa de vida, elas podem sofrer um maior número de doenças crônicas, resultando em limitações funcionais e

incapacidades. Além disso, o nível socioeconômico pode limitar o acesso aos serviços de saúde e comportamentos relacionados à saúde. Ressaltam que as mulheres são afetadas mais intensamente do que os homens com os problemas relacionados à pobreza na velhice, além de terem menor escolaridade do que o idoso. Giacomim et al (2008) também sugerem algumas hipóteses para tal fato: a maior sobrevivência das mulheres em comparação com os homens; maior prevalência de condições incapacitantes como osteoporose e depressão e maior habilidade das mulheres em descrever seus problemas de saúde.

Em relação às dimensões da MIF, a média da pontuação obtida foi próxima aos valores máximos, dentre elas ressaltam-se as atividades de autocuidado, locomoção e transferências. Nesta avaliação, conforme aumenta a pontuação, o nível de dependência é menor. Para Duarte (2005) e Moraes (2007), o comprometimento das ABVDs, atividades relacionadas à sobrevivência, frequentemente implica na necessidade de auxílio direto por parte de outras pessoas, principalmente da família, portanto quanto mais for postergado o aparecimento das incapacidades, mais independente se manterá o idoso.

O processo de envelhecimento pode levar à diminuição do desempenho físico, emocional e cognitivo do indivíduo. O desempenho físico relaciona-se às limitações impostas pelo funcionamento sensório-motor; o emocional está relacionado a maneira em como ele lida psicologicamente com os efeitos adversos da vida, e o desempenho cognitivo com sua capacidade intelectual e de raciocínio (LEMOS, 2000; PAVARINI, 2000)

A independência no idoso está relacionada diretamente à sua capacidade em desenvolver as AVDs sem auxílio e a autonomia, à liberdade em decidir por sua própria vontade, gerenciando sua vida. O idoso pode ser dependente, requerendo ajuda para o autocuidado, mas ainda assim ter sua autonomia preservada (NERI, 2005). Capacidade funcional não significa apenas a capacidade de realização de tarefas cotidianas, mas também a preservação das atividades mentais e a possibilidade de integrar-se socialmente (ROSA et al., 2003).

Um estudo longitudinal sobre idosos longevos, o “The Geórgia Centenarian Study” (EUA), teve sua primeira etapa conduzida entre os anos de 1988 e 1992, comparou idosos centenários, octagenários e septuagenários, e mostrou em relação à cognição e à inteligência, quando comparados com outros segmentos etários, que os idosos centenários mostraram desempenho menor na maioria das funções cognitivas, exceto na habilidade de resolver problemas cotidianos. A instrução teve grande impacto no sentido de reduzir as diferenças de desempenho entre os sujeitos, especialmente os centenários. Cognição, saúde e recursos financeiros e sociais foram importantes preditores de atividades cotidianas. O estudo concluiu que a capacidade cognitiva preservada é o recurso mais importante para adaptações bem sucedidas à idade avançada. Além disso, outras variáveis tiveram efeito significativo na longevidade dos sujeitos, o gênero feminino, o suporte social como falar ao telefone e ter um cuidador (POON, et al., 1992).

Os resultados deste estudo mostram que os arranjos domiciliares bi e trigeracionais abrigam principalmente as mulheres idosas com dependência mínima e moderada e que a maior dependência estava entre as idosas com 90 anos ou mais. Rosa et al. (2003) efetuaram um estudo multicêntrico, com idosos de 60 anos ou mais de idade, no município de São Paulo, e os resultados mostraram que entre as características associadas à dependência moderada/grave foram citados analfabetismo, ser aposentado, ser pensionista, ser dona de casa, não ser proprietário da moradia, ter mais de 65 anos, ter composição familiar multigeracional, ter sido internado nos últimos seis meses, não visitar amigos e parentes e ter avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares. Observa-se que a principal hipótese em alguns estudos (STUCK et al., 1999; MELZER et al., 1999; OSTCHEGA et al., 2000) é a capacidade funcional ser influenciada por fatores como manter relações sociais e de apoio.

Com relação ao apoio social, observou-se no presente estudo associação negativa entre nível de dependência e contato com a comunidade ($r = -0,184$ e $p = 0,025$). Cerhan e

Wallace (1993) afirmam que a interação entre as relações sociais e a saúde é bidirecional: a piora no estado de saúde induz a uma restrição da rede social, enquanto que a redução na rede social de maneira progressiva prediz a mortalidade e morbidade graves e piora com a idade. Um estudo multicêntrico realizado em países da Europa mostrou que os laços sociais são protetores da incapacidade na velhice (PLETCHER, S.D.; CURTSINGER, J.W , 1994).

Apesar dos *idosos mais velhos* serem considerados mais independentes, verifica-se que a família ainda é o maior apoio destes, entretanto com menor apoio da comunidade e dos amigos. Esta situação pode ser considerada de relevância social, uma vez que a cultura brasileira mantém a tradição de responsabilidade do cuidado com os *idosos mais velhos*.

5.3 Características do arranjo domiciliar

Os resultados mostraram que o arranjo domiciliar predominante foi o dos que residem com o cônjuge, seguido daqueles que moram sozinhos e com os filhos. A tendência de arranjos independentes, ou seja, idosos que moram sozinhos e os que vivem com o cônjuge, é maior em países desenvolvidos, porém vem aumentando nos países em desenvolvimento, como Argentina, Brasil e Uruguai. No Brasil, a proporção de idosos, em velhice avançada, que residem sozinhos, corresponde a 21,3% (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), as mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas, e, muitas, vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. A universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e avanços nos meios de comunicação, no transporte serviços podem sugerir que viver só, para os idosos, represente uma forma inovadora e bem-sucedida de envelhecimento, e não abandono, descaso e/ou solidão (CAMARANO, 2002).

Os dados evidenciaram maior porcentagem de mulheres residindo sozinhas. Segundo Camarano (2004), no Brasil, é relativamente elevada a proporção de mulheres morando sozinhas, aproximadamente 15% em 2003, e de residentes na casa de “outros parentes”, 16,1%. Dentre as que residiam na casa de parentes, aproximadamente dois terços reportaram serem viúvas.

A elevação dos níveis socioeconômicos dos idosos e questões culturais, como a valorização do individualismo são fatores que contribuem para este aumento. Saad (2003) menciona que em relação ao estado conjugal nas idades mais avançadas, a proporção de idosos que moram com cônjuge é maior entre os homens (35,0%) do que entre as mulheres (20,0%). Por outro lado, a proporção de mulheres que moram sozinhas (17%) é maior que os homens (7%). Em Berlin, na Alemanha, Baltes e Mayer (1999), identificaram que na década de 70, em relação aos arranjos domiciliares de idosos, 60% moravam sozinhos, 25% com o cônjuge ou parceiro e 5% com outras pessoas. No estudo SABE verificou-se que a maioria dos idosos vive com sua família, 35,2% dos idosos moravam com os filhos e 20,0% moravam apenas com o cônjuge, o que comprova a assistência da família no cuidado ao idoso (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). Verifica-se maior proporção de mulheres morando com filhos (54%) do que os homens (34%). Estes dados corroboram com os resultados encontrados neste estudo.

Morais (2007) mostrou que há uma diferença entre os sexos dos *idosos mais velhos* relacionada com quem estes vivem, isto é, dos que vivem com familiares, 75% são mulheres, enquanto, dos que moram com o cônjuge, 65,6% são homens.

Os idosos do sexo masculino do estudo residem em sua maioria com as companheiras, sugerindo que esta é uma fonte potencial de apoio. No estudo de Moraes (2007), 43,5% dos homens eram cuidados pelas esposas e sugere que 46,8% das pessoas que cuidam dos homens possuíam mais de 60 anos. As idosas do sexo feminino residem em

grande parte com filhos e com outros familiares, no estudo citado acima, os principais cuidadores das idosas eram os filhos, 64,4% e outros familiares, 20,0%.

No caso dos arranjos que envolvem o casal as demandas tendem a sobrecarregar a mulher, na maioria das vezes também idosa, podendo ter seu potencial de auxílio mais limitado. Estudos mostram que as companheiras do sexo feminino assumem frequentemente a função de cuidadoras, mesmo não estando aptas fisicamente para tal (CAMARANO, 2004).

Neste estudo, os arranjos bi e trigeracionais abrigam apenas as mulheres com dependência mínima e moderada, já os homens, 11,1% residem com a companheira. Duarte (2005), em sua tese sobre os arranjos domiciliares na América Latina e Caribe, trouxe como arranjo prevalente os bigeracionais, contendo idosos e seus filhos, em segundo lugar o mais prevalente foi o dos casais. Este tipo de arranjo nos chama a atenção pelo fato de que os casais têm idades próximas, sugerindo que estes podem ser cuidadores de outros idosos. Nos arranjos trigeracionais, conta-se com maior número de co-residentes e maior potencial de auxílio. As mulheres com maior número de dificuldades nas atividades cotidianas tendem a viver em arranjos com maior número de co-residentes, enquanto que entre os homens, a companheira é responsável por tais cuidados (Duarte, 2005). Nos arranjos deste estudo observa-se uma tendência dos idosos do sexo masculinos residirem somente com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos. Isso pode resultar em maior potencial de ajuda para os homens. As idosas foram mais acolhidas em arranjos bi ou trigeracionais, considerando uma grande parcela ser viúvas. Para Duarte (2005) os arranjos que mais supriram as demandas assistenciais dos idosos relacionaram-se aos arranjos trigeracionais, e àqueles que contavam com a presença de não familiares, possivelmente cuidadores. Os arranjos domiciliares formados por mais de uma geração, surgem para garantir a assistência ao idoso, devido a incapacidade física e financeira, ou devido a filhos desempregados, morte de um dos cônjuges, casamento ou divórcio dos filhos. A co-residência beneficia tanto os idosos quanto

as gerações mais jovens (CAMARANO et al, 2004).

O fato de o idoso ser casado, possuir níveis de renda e estudo mais elevados ou ser proprietário de imóvel diminui as chances de co-habitação com filhos, ao contrário, o fato de ser portador de alguma deficiência física ou idades mais avançadas favorece este tipo de arranjo. Embora a viuvez tenha apresentado alguma influência nesse arranjo domiciliar, o fator que realmente contribuiu para a co-residência foi o número de filhos (SAAD, 1996).

O arranjo formado por não-familiares foi o último em frequência, demonstrando que a família ainda é o principal recurso disponível para atender às demandas dos idosos, dado esse que corrobora com os de Brasil (1994) e Camarano (2004).

Uma alteração que vem ocorrendo nas famílias é a condição da mulher como chefe do domicílio que pode ser explicado pela maior esperança de vida ao nascer, fazendo com que a mulher viva mais que o homem, trazendo como consequência um maior número delas na condição de viúvas (IBGE, 2005c). Os resultados do presente estudo mostraram que as idosas são as chefes do domicílio quando viúvas. A repercussão destes dados para a saúde é importante, uma vez que a literatura destaca que a família cuja mulher é o chefe, devido a ausência do marido/companheiro, o que denota maiores dificuldades em função da menor renda e de mais problemas de saúde (SILVA, BESSA, OLIVEIRA, 2004). Camarano (2003) discutindo dados do IBGE de 1983 a 2003 sobre a chefia do domicílio, chama a atenção que a maioria dos idosos do sexo masculino chefia suas famílias (90,0%) e que esta condição não se alterou ao longo dos anos. Por outro lado, entre as mulheres idosas predominavam as cônjuges e não se alterou no período. Entretanto os presentes resultados mostraram que a maioria das idosas casadas citaram o cônjuge como chefes.

Referente ainda sobre os dados, os arranjos chefiados por filhos e por outros familiares foram citados em sua maioria pelos idosos do sexo feminino. Camarano et al (2004) alertam para a condição de dependência do idoso sobre as famílias mensurada a partir

da relação com o chefe do domicílio na condição de “parentes” ou “agregados”, os quais seriam pais ou sogros, que na falta de renda ou autonomia física ou mental, vão morar com filhos ou outros parentes. As mulheres apresentaram maior dificuldade na capacidade funcional e menores rendimentos, provavelmente há a necessidade de morar em casa de “outros parentes”. Os dados mostraram uma tendência bidirecional para a formação dos arranjos domiciliares das idosas, enquanto uma parcela foi morar na casa de algum parente, outros receberam os familiares em seu domicílio, além disso, um grupo das idosas que moravam em arranjos trigeracionais e outros com filhos e com não familiares, além das que residiam com netos e que co-habitavam com outros idosos, eram independentes. Os motivos destacados pelos idosos que co-habitavam com outras pessoas foram para estar perto dos filhos ou familiares, falecimento do esposo(a)/companheiro(a), além da separação conjugal. A necessidade de cuidados e situação financeira foi pouco mencionada pelos idosos, considerando maior independência destes.

Os filhos e os cônjuges são os que mais participam de transferências de apoio com os idosos. A co-residência com filhos, nora ou genro, responde primordialmente à necessidade do idoso de receber algum tipo de ajuda. Os resultados apontaram uma frequência bastante reduzida do arranjo “mora com cônjuge, filhos, genro ou nora”, entretanto o item “outros” também apresentou uma frequência considerável. Não foi possível identificar as formas específicas de arranjos contidas neste item, mas pode-se declarar que o arranjo no qual o idoso mora com os filhos, o genro ou nora sem a presença do cônjuge foi bastante referido. Lebrão e Duarte (2003) mencionam que a necessidade de cuidados fez com que pessoas fossem morar com o idoso nos arranjos “cônjuge, filhos, genro ou nora” e arranjos intrageracionais, em torno de 20%.

A literatura tem demonstrado de forma consistente uma associação positiva entre o número de filhos e a possibilidade do idoso viver com ao menos um deles tanto em regiões

onde a co-residência é mais comum como na América Latina e Ásia e também em regiões onde a co-residência é menos comum como, nos Estados Unidos (SAAD, 2003, SAAD, 2004).

Em relação ao fluxo que levou a formação do arranjo domiciliar, Silva, Bessa, Oliveira (2004) comentam que só a partir dos 80 anos há um aumento para o início da dependência física ou psicológica, havendo a necessidade da família morar com o idoso ou vice-versa. Quando o idoso reside sozinho esta se faz necessário mobilizar a rede social de apoio. Neste momento, o conceito de família deve ser ampliado para abarcar as demandas do idoso, incluindo vizinhos e pessoal dos serviços de saúde os quais o idoso está adstrito (SILVA, BESSA, OLIVEIRA, 2004).

Em Ribeirão Preto, ainda é preciso investimentos em programas governamentais e não governamentais, considerando o aumento da longevidade, a diminuição do número de membros da família e de uma grande parcela dos idosos viverem sozinhos. Há necessidades de projetos articulados entre as áreas social e de saúde para o apoio às famílias com *idosos mais velhos* e dos que vivem sozinhos. A implementação desses projetos deve ter uma participação tanto do município de Ribeirão Preto, enquanto responsável pelos seus habitantes, quanto pelas famílias e sociedade em geral.

5.4 Características da rede de apoio/suporte social

Referente a rede de suporte social dos *idosos mais velhos*, os resultados mostraram que estes possuem um grande número de pessoas para prestação dos vários tipos de auxílio investigados, como a função visita, companhia e outros e que estas concentram-se no primeiro círculo, ou seja, frequentemente.

Domingues (2000), em sua dissertação de mestrado, contou com 30 idosos, dos quais 17 tinham 75 anos ou mais, para adaptação do instrumento MMRI. O quadrante relativo às relações familiares foi o mais denso, isto é, com maior número de pessoas. Para a função companhia, o segundo círculo foi o mais freqüente, registrando 14 pessoas, com média total de 2 pessoas. As relações mais significativas no quadrante da família foram entre irmãos, filhos e netos. Quanto a função “auxílio para atividades domésticas”, a maior freqüência foi encontrada no primeiro círculo, com 5 pessoas, com média total de 0,47 pessoas. As relações familiares mais significativas foram filhos, irmãos e outros, com predomínio feminino. Para o “auxílio com cuidados pessoais”, o círculo com maior freqüência foi o primeiro, com 12 pessoas, a média total registrada foi de 1,11 pessoas. As relações mais significativas foram filhos, irmãos e netos, com ênfase para o sexo feminino. Referente ao “auxílio financeiro”, a freqüência também foi maior no primeiro círculo, registrando 10 pessoas, com média total inferior a uma pessoa, ou seja, 0,88. As principais relações foram com filhos e outros parentes.

Os resultados do estudo corroboram com o de Domingues (2000), no entanto o primeiro círculo foi o mais freqüente independente da função analisada e também houve o predomínio de filhos, netos e outros familiares. Como já discutido anteriormente, o arranjo domiciliar bi e trigeracional, assim como o item “outros arranjos” constituídos em sua maioria por genro ou noras e filhos, foram bastante freqüentes. O potencial de ajuda vindo destes arranjos fica evidente com as informações acima descritas.

No estudo de Shanas (1979), Herr e Weakland (1979), os familiares tiveram papel expressivo na prestação de auxílio, porém o número médio de pessoas foi bastante baixo. Sluzki (1997) relata que a Rede de Suporte Social do idoso, na Argentina, diminui à medida que a idade aumenta. A maior média encontrada foi para a função companhia. Costa et al. (2000) reitera que as Políticas Públicas valorizem o apoio familiar e comunitário como

estratégia para a manutenção do idoso na comunidade.

A importância do sistema familiar em relação aos idosos é o de valorizá-lo dentro de seu contexto social. Herr e Weakland (1979), afirmam que a rede modificada de relações tem a mesma importância quanto a rede estendida, isto é, os membros familiares. Shanas (1979) diz que a família, tanto nuclear quanto extensa, continua sendo o principal suporte dos familiares com problemas de saúde, e tem sido a grande responsável pela manutenção do idoso na comunidade. Atualmente, a família é a principal responsável pelos cuidados dos seus membros, seja a família nuclear ou a ampliada, isto é, que abarca seus descendentes e agregados. O apoio comunitário emerge como uma alternativa às necessidades do idoso (AQUINO e CABRAL 2002; ERBOLATO 2002; RODRIGUES e RAUTH 2002).

Os resultados de Domingues (2000) ainda mostram que em relação ao auxílio prestado por amigos, para a função companhia, o segundo círculo foi o mais freqüente, com três pessoas. Para o “auxílio em atividades domésticas”, o número deste foi bastante reduzido, com apenas dois amigos no primeiro círculo. Na função “auxílio para cuidados pessoais”, a situação se repete, com apenas dois amigos no primeiro círculo, num total de quatro pessoas. Para o “auxílio financeiro” não foi citado nenhum amigo como prestador de ajuda.

Os idosos deste estudo puderam contar com os amigos sempre que precisaram, uma vez que estes estiveram presentes em todas as funções analisadas, em maior quantidade no primeiro círculo, apesar da média indicar menos de uma pessoa por freqüência de contatos. O número mais expressivo se deu em relação à companhia, a ajuda emocional e de informação, somente para a função auxílio financeiro, os amigos sobressaíram-se em relação às pessoas da comunidade. No estudo de Domingues (2000) este foi o segundo quadrante mais denso. Apesar de o número ser reduzido, os amigos ainda representam uma importante fonte de companhia e auxílio para cuidados pessoais. Pode-se considerar que os amigos são pessoas constantes na vida dos idosos, uma vez que a grande parte destes que visitam e fazem

companhia às fazem frequentemente. Esse quadrante pode ser considerado uma rede de suporte social importante para os *idosos mais velhos*, considerando que a rede de relações sociais não é tão extensa. Na experiência com idosos verifica-se que o importante na rede de suporte não é o número de pessoas, mas, sim o que elas significam em termos de apoio e atenção.

Ayéndez (1994) e Kickbusch (1995) relatam que as funções de autocuidado podem ser desenvolvidas por amigos, vizinhos, familiares e colegas, assim como mostraram os resultados, porém com menor frequência quando comparado aos familiares. No quadrante referente às relações com a comunidade, na função companhia, o segundo círculo foi o mais freqüente, com três pessoas e média total inferior a uma pessoas, 0,29. As relações mais citadas foram com centro de convivência, vizinhos e prestadores de serviços. No auxílio para atividades domésticas, o primeiro círculo foi o mais freqüente, registrando nove pessoas, com média de 0,64 e a relação mais citada foi com prestadores de serviços. Quanto ao auxílio para cuidados pessoais, apenas duas pessoas foram registradas no primeiro círculo, sendo as relações mais freqüentes com prestadores de serviços e outros, no caso a enfermeira. Para o auxílio financeiro, apenas uma pessoa foi citada no terceiro círculo, que vem a ser o banco, na categoria “outros”. Domingues (2000). A autora ainda refere que o quadrante foi pouco significativo, com ênfase para prestadores de serviços nos cuidados pessoais. Estes resultados diferem dos encontrados no presente estudo, no qual os membros da comunidade somaram maior número que os amigos de maneira geral, com destaque para os vizinhos, membros de grupos religiosos e a empregada doméstica. Uma das hipóteses dessa diferença é que o estudo de Domingues (2000) foi realizado em um grande centro urbano e o presente estudo em uma cidade de menor porte, do interior, que a rede social é mais abrangente.

Para os *idosos mais velhos*, a espiritualidade é um fator de proteção para o envelhecimento saudável, o fato de ter fé pode estar ligado ao convívio social, ao conforto

emocional nas perdas e no fortalecimento frente às provações encontradas (MORAIS, 2007).

Com a diminuição do número de membros das famílias, fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, a participação comunitária, por meio dos amigos e vizinhos, é cada vez mais usual como um fator primordial para o desenvolvimento de políticas e programas de atenção ao idoso. Ayéndez (1994) relata que há uma diferença entre as atividades realizadas por familiares e por amigos, assim como por pessoas da comunidade, como os vizinhos, sendo que a maior demanda por cuidados pessoais é da família, enquanto os amigos auxiliam mais nas atividades instrumentais, como fazer compras, auxiliar nas atividades domésticas ou fazer companhia. Para Erbolato (2002) os amigos estão na mesma faixa etária que os idosos, podendo apresentar as mesmas limitações, além disso, a provisão do auxílio não possui caráter de obrigação. Apesar disso, os amigos representam um papel importante na vida dos idosos, quanto à manutenção de sentimentos de bem-estar, diminuindo a solidão e promovendo interação. Em relação aos vizinhos, este mesmo autor ressalta que estes relacionamentos são marcados pela proximidade geográfica e contato freqüente, auxiliando os idosos com informação e pequenas tarefas.

Quanto à inclusão de amigos como integrantes do núcleo familiar, estudos realizados em países e grupos étnicos nas Américas indicam que os vizinhos e amigos também formam parte da rede de apoio de adultos acima de 60 anos (CARSTENSEN, 1995; ANDRADE, VAITSMAN, 2002). Os amigos mantêm relações afetivas que podem contribuir para vários tipos de assistência: companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas. Com os vizinhos, as relações nem sempre são imbuídas de caráter afetivo podendo limitar-se à assistência na prestação de algum tipo de serviço (CARSTENSEN, 1995). Para Néri (2005) a relação com amigos a mesma geração entre os idosos é benéfica, pois são de livre escolha e assim mais funcionais para o atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos, a qualidade percebida é mais importante do que a

quantidade de relacionamentos.

Conforme diminui a frequência de contatos, também diminui o número de pessoas citadas, o que é considerado adequado, pois significa que os idosos são visitados frequentemente ou pelo menos uma vez no mês por diversos tipos de pessoas da rede social. Giacomim et al. (2008) analisam os fatores extra-individuais associados com a capacidade funcional de idosos. A associação foi positiva entre incapacidade funcional e co-habitação com filhos, visitas de parentes, número de amigos encontrados no último mês e negativa para frequência de visita de filhos.

Este estudo mostrou que grande parte dos idosos são independentes e possuem uma extensa rede de relações sociais composta principalmente por filhos e familiares, com contato freqüente, pelo menos uma vez por semana, mas a associação estatística entre funcionalidade e apoio social não foi significativa. No estudo de Berlim, em relação à rede de relacionamentos sociais, os participantes da pesquisa nomearam uma média de 10 pessoas com quem mantinham contato. Esse número variou entre os grupos etários, sendo 13 pessoas entre os idosos de 70 a 74 anos e de 7 entre os idosos com 95 anos ou mais. O círculo de relacionamentos de pessoas mais próximas do idoso sofreu menos a influência da idade. Entre casados, viúvos e solteiros, não houve diferença, e apenas os divorciados reportaram menor rede social. No referido estudo, os filhos não exerciam o papel de cuidadores dos idosos dependentes, ficando a cargo do cônjuge e pessoas designadas para este fim, porém outros tipos de ajuda eram oferecidas, como a emocional (40%) e a relativo à resolução de problemas práticos do cotidiano (65%) (BALTES, MAYER, 1999).

Referindo-se a ajuda emocional, esta foi a que agrupou maior número de pessoas, 728, no primeiro círculo, seguida função “auxílio informação”, com 710 pessoas, sendo que a frequência nos outros círculos também foi elevada. Pode-se inferir que as pessoas da rede de relações do idoso são solícitas quanto a este tipo de ajuda, pois não exigem a presença física

para que ocorra tal auxílio. A distância física entre os idosos e os membros da rede social, pode dificultar o auxílio para atividades cotidianas, entretanto o auxílio emocional e de informação não depende da distância, mas sim de outras formas de contatos. O fato dos idosos do estudo não citarem tantas pessoas da comunidade, como membros de grupos de terceira idade e clubes de lazer, pode indicar diminuição das suas atividades sociais e na forma com que obtém informações para atualização com o mundo em que vivem e para resolução de conflitos. A família, entre ela, os filhos são importantes fontes de auxílio para aquisição de informações e aconselhamento, indicando ser esta, uma função que exige intimidade.

Os resultados de Moraes (2007) indicam que quanto a ajuda disponível para as ABVDs e AIVDs, 100% dos idosos tiveram alguém para ajudar, inclusive aqueles que residem sozinhos. A ajuda foi proveniente de filho, genros e noras e depois, de esposos (as), netos, acompanhantes e amigos ou vizinhos. Os amigos e vizinhos foram responsáveis por 2,3% das pessoas que ajudam a cuidar dos idosos e 34,1% auxiliam o cuidador a prestar a assistência, por exemplo, fazendo companhia, 82,0%, nas tarefas domésticas, 69,2%, nos cuidados pessoais e transporte, 60,9%. Os principais cuidados apontados pelos idosos foram a companhia, 84,4%, a alimentação, 61,5%, medicação, 54,8%, locomoção, 51,1%, atividades de higiene, 46,7% e eliminações, 14,8%. Vale ressaltar que esse estudo foi realizado na zona rural com dificuldade do idoso para o acesso à rede de apoio, mesmo assim os dados nos mostram que eles foram assistidos em suas demandas de cuidados.

Nenhum idoso informou os serviços sociais e de saúde como prestadores de auxílio. É preciso sensibilizar os gestores para a importância de ações direcionadas a essa população, previstas na Política Nacional de Saúde do Idoso (1994), como o modelo de cuidados domiciliares.

O estudo de Resende et al (2006) que utilizou instrumento semelhante, diferiu

apenas na forma de mensurar os contatos, isto é, grau de proximidade afetiva e não frequência de contatos. A maior parte do auxílio foi prestada por familiares, 41,4% apoio emocional, 56,9% instrumental, e 43,3% informativo.

Os estudos sobre integração social e bem estar na velhice, apontam para a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e com os amigos da mesma geração, para favorecer o bem estar psicológico e social. As mulheres foram apontadas com maior frequência como compondo tais redes, com diferentes funções, o que pode estar relacionado com uma questão de gênero, como a tarefa de cuidar que geralmente é atribuída a mulher (NOGUEIRA, 2001). Silva, Bessa, Oliveira (2004) apontam que pesquisas realizadas com casais, em relação à utilização da rede de suporte social, têm demonstrado que os homens têm em suas companheiras, confidentes. Porém, as mulheres não estabelecem a mesma relação. No que diz respeito à relação conjugal, é evidenciado que os maridos buscam e encontram mais facilmente apoio nas companheiras, enquanto que as mulheres não o buscam ou não encontram reciprocidade. Estas informações corroboram com as encontradas neste estudo, no qual a presença feminina foi mais frequente e o número de companheiras citadas como potencial de auxílio para as diversas funções foi bem maior que os esposos.

Os idosos do estudo possuem uma grande rede de suporte social diversificada. Segundo a política governamental deve-se manter o idoso na comunidade, e isso só é viável quando o mesmo encontra uma Rede de Suporte Social bem estruturada com capacidade de assisti-lo quando for necessário (BRASIL, 1994).

Os resultados obtidos, neste estudo, com *idosos mais velhos* da comunidade permitiram as seguintes conclusões:

- A maioria é de mulheres, na faixa etária entre 80 e 84 anos de idade e predominantemente analfabetas. Com relação ao sexo e estado civil, as mulheres foram na maioria, viúvas, e os homens, casados. A grande maioria dos idosos do estudo recebe aposentadoria, enquanto as idosas recebem pensão/aluguel. Os idosos possuem um número elevado de filhos que são co-residentes, sendo a principal fonte potencial de apoio;

- Quanto à funcionalidade, a maioria dos idosos classificou-se na avaliação da MIF, como categoria independência completa/modificada seguida da “dependência mínima”. Pôde-se verificar que com o avanço da idade relaciona-se a um progressivo declínio funcional, principalmente para as mulheres;

- A maioria dos idosos vive com o cônjuge, com maior número de homens, enquanto as mulheres vivem sozinhas. Grande parte deles ainda é o chefe do domicílio. Os arranjos mais continentais foram os bi e trigeracionais, com ênfase para os idosos do sexo feminino;

- Quanto à configuração da rede de suporte social dos idosos, houve predomínio de pessoas no primeiro círculo do MMRI, isto é, frequentemente, com ênfase para os filhos e familiares, para todas as funções analisadas. O contato com amigos e a comunidade foi importante, apesar da média desses relacionamentos para todos os tipos de apoio ser menor que um o que reforça a família como protetora e cuidadora dos idosos. O instrumento MMRI mostrou-se satisfatório ao identificar as funções, a frequência do contato (círculo) e a composição do relacionamento (quadrante) a que pertence à relação do idoso com familiares e outros, porém, algumas limitações foram detectadas no decorrer da pesquisa;

- O estudo buscou maior detalhamento das informações sobre *os idosos mais*

velhos, o arranjo domiciliar e rede de apoio social, dificultando a análise dos resultados referente ao estabelecimento de relações entre os dados. A formulação do banco de dados sobre a rede de apoio social foi o mais complexo, devido à inter-relação entre as informações. Muitas variáveis do instrumento deverão ser recategorizadas com o intuito de realizar análises estatísticas mais sofisticadas. Os idosos cognitivamente incapazes de responder ao questionário de apoio social foram excluídos da amostra do estudo, com o objetivo de eliminar o viés que poderia ser provocado no momento de configurar a rede de suporte social, com informações dos cuidadores. Sugerem-se outros estudos, utilizando o referido instrumento, como exemplo, com os idosos que possuem cuidadores para avaliar a rede de suporte social destes;

- O estudo na comunidade, com *idosos mais velhos* exige do pesquisador, confiança dos idosos e família e relacionamento adequado com estes, disponibilidade de tempo para as entrevistas, uma vez que os idosos são mais lentos na comunicação e disponibilidade de bem estar deles para o momento da entrevista.

A relevância de estudo da estrutura familiar de *idosos mais velhos*, para a enfermagem é um assunto novo a ser pesquisado, considerando que a proposta do Sistema Único de Saúde é o de trabalhar com famílias, que vivem na comunidade. Para tanto, uma das primeiras propostas desse trabalho é o de avaliação do arranjo domiciliar e da rede de suporte social do idoso/ família, para estabelecimento de Políticas Públicas municipais e de redes de apoio não governamentais. Com o avançar da idade, a capacidade funcional pode ser prejudicada, o que leva o idoso a ser mais dependente e requerer institucionalização, frente às dificuldades da família para o cuidado destes, principalmente os idosos mais pobres e os até sem famílias. Essa situação gera impacto familiar e social. Embora haja Políticas Públicas sobre os idosos em várias instâncias na sociedade brasileira, verifica-se que as propostas ainda não avançaram na sua prática. Além disso, vale ressaltar que a parcela populacional dos

idosos mais velhos está em franco crescimento; assim, para as políticas se efetivarem há necessidade de recursos para projetos de pesquisas, de implementação de projetos inovadores para a saúde e social, além de formação de recursos humanos qualificados para esse atendimento. A enfermeira tem um papel preponderante nos Programas de Saúde da Família, proposta política, ora em prática no país, porém o avanço deve iniciar pela avaliação do idoso e do /arranjo domiciliar e rede de apoio social do idoso/família para construção da estrutura de apoio a estes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade saúde. **Ciênc. Saúde Col.** [on line], v.7, n.4, p. 925-934, 2002.

AHN, Y.H.; KIM, M.J. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. **Public Health Nursing**, Cambridge, v.21, n.2, p. 153-161, march, 2004. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.0737-1209.2004.021209.x>. Acesso em: 12 de março de 2007.

ANTONUCCI, T.C. A life-span view of women's social relations. In: TURNER, B.F.; TROLL, L.E. **Women growing older: Psychological perspectives**. Thousand Oaks: SAGE, 1994. p. 239- 269.

AQUINO, F.T.M.; CABRAL, B.E.S. O idoso e a família. In: Freitas EV, Py L, NERI AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1.056-60.

ARAOZ, G. B. F. Valoración funcional. In: LLERA, F.G.; MARTIN, J.P.M. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona: Masson, 1994. p.67-78.

AYENDEZ, M.S. El apoyo social informal. In: Elías Anzola-Peréz et al. (Org.). **La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington (D.C): OPS, 1994. p. 360-368.

BALTES, M.M.; SILVENBERG,S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A.L. **Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida**, Campinas: Papyrus, 1995. p. 73-111.

BALTES, P.B.;MAYER, K.U. (editors). The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge; 1999. 552p.

BARRON, A. I. **Apoio social: aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores, 1996.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da seguridade rural**. Rio de Janeiro: Instituto de pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

BERCHOVICH, A. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.10, n.1/2, p.123, jan/dez,1993.

BERQUÓ, E. **Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil.** In: MPAS. Anais do I Seminário Internacional - Envelhecimento Populacional. Brasília, MPAS, 1996, p. 16-34.

BOWLING A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales.** Buckingham: Open University Press, 1997. p. 91-109.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Delibera sobre Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1.

BRASIL, M.S. DATASUS. **Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo**, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Texto para discussão, n. 858, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Revista Estudos Avançados**, v.17, n.49, p.35-63, 2003.

CAMARANO, A.A.(Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 382 p.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; LEITÃO E MELLO J; PASINATO, M.T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004; p. 137-67.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano A.A. (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAPLAN, G. **Support Systems and Community Mental Health.** New York: Behavioral Publications, 1974. 267 p.

CAREY JR; JUDGE DS. Life span extension in humans self-reinforcing: a general theory of longevity. **Population and Development Review**, California, v.27, n.3, p. 411-36, jan, 2004.

CARSTENSEN, L.L. Motivação para o contato social ao longo da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: NERI AL, organizador. **Psicologia do envelhecimento.** Campinas: Papyrus; 1995. p. 111-44.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Public Health**, v. 64, n.11, p.1040-1043, nov, 1974.

CERHAN, J.R.; WALLACE, R.B. Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. **Am J Epidemiol**, v. 137, p. 870-80, 1993.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, p. 300-314, sep-oct, 1976.

COCKERHAM, W. **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall, 1991. 259 p.

COSTA, M.F.F.L.; GUERRA, H.L.; BARRETO, S.M.; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf Epidemiol SUS**, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

DA VANZO, J.; CHAN, A. Living Arrangements of older malaysians: who coresides with heir adult children? **Demography**, v. 31, n.1, p. 95-113, feb, 1994.

DE VOS, S. Kinship ties and solitary living among unmarried elderly women in Chile and Mexico. **Res Aging**, v. 22, n. 3, p. 262-89, maio, 2000.

DOMINGUES, M.A. Avaliação social e Contexto Domiciliar. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.DÉ (col). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000a. p.181-85.

DOMINGUES, M.A. **Mapa Mínimo de Relações**: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso. 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000b.

DOMINGUES, M.A. **Mapa mínimo de relações**: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DOWD, J. Exchange rates and old people. **J Gerontol.**, v. 35, n. 4, p. 596-602, july, 1980.

DUARTE, Y,A,O. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe**. 2005. 205 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DUARTE, YAO. **Familia-rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. 2001. 196 f. Folhas. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

DUARTE, Y.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003. Capítulo 9, p. 183-200.

DUCHENE, J; WUNCH, G. **Population aging and the limits to human life**. Working Paper, n1, Belgium, Universite Catholique de Louvain, Departement de Demographie, 1988. 13 p. (Departement de Demographie Working Paper No. 146)

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science and Medicine**, v. 48, n.5, p. 661-673, march, 1999.

ERBOLATO RMPL. Relações sociais na velhice In: Freitas EV, Py L, NERI AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 957-64.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JR, M.L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em Hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1. 2004, p.93-99.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 409-415, 2008.

FRANSSEN, M.J.; KNIPSCHER, R.C.P.M. Normative influences of the intimate social network on health behavior. In: KNIPSCHER, K.C.M.; ANTONUCCI, T.C. **Social Network Research: Substantive Issues and Methodological Questions**. Amsterdam: Swets e Zeitlinger, 1990. p.17-30.

FRIEDMAN, M. Social support sources among older women with heart failure: continuity versus loss over time. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 4, p. 319-327, jan, 1997.

GIACOMIM, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região metropolitana de Belo Horizonte, Minas gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, Jun, 2008.

GÓMEZ MONTES, J.F.; CURCIO BORRERO, C.L. **Envejecimiento rural**: el anciano em las zonas cafeteras colombianas. Manizales: Universidade de Caldas, 2004. p. 153 (Cuadernos de Investigación, 3).

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UNATI, 2000. 92p.

GRAYDON, J.E.; ROSS, E. Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. **Research in Nursing & Health**, v. 18, n. 6, p. 525-33, dec, 1995.

GURALNIK, J.M.; FRIED, L.P.; SALIVE, M.E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annu Rev. Public. Health**, Maryland, v.17, p. 25-46, 1996.

HANSON, B.S.; ÖSTERGREN, P.O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects na some results from the population study "Men born in 1914", Malmö, Sweden. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 7, p. 849-859, 1987.

HERR J, WEAKLAND J. **Terapia interaccional y tercera edad**: asesorando a la familia del geronte. Bueno Aires: Nadir Editores; 1979.

HOUSE, J.S., ROBBINS, C.; METZNER, H.L. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. **Am J Epidemiol**, v. 116, n.1, p.123-40, 1998.

HSUEH, I.P.; LIN, J.H.; JENG, J.S.; HSIEH, C.L. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Bathel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.73, p. 188-190, 2002.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro; 1995.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro; 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico do ano 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2000/tabelabrasil111.shtm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Informação demográfica e socioeconômica**: Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro; 2005c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Tábua de Vida, 2005a. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabua_devida/evolucao_da_mortalidade_2005.shtm>. Acesso em: 10 jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2005b. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**: Síntese de Indicadores 2003. Rio de Janeiro; 2004b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Projeção da População para o ano de 2004a. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, 2006. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Manual de Entrevista — Corpo Básico — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1988**. Rio de Janeiro, 1988.

JOHNSON, C.L. Social and cultural diversity of the oldest old. **Int J Aging Hum Dev.** v.38, n.1, p. 1-12, 1994.

KAHN, R. S.; ANTONUCCI, T.C. Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In: BALTES, P.B.; BRIM, O.G. (eds.). **Life span development and behavior**. New York: Academic Press, v. 3, p. 253–283, 1980.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-210, jun, 1987.

KAWASAKI, K. **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. 2004. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

KICKBUSCH I. **El autocuidado en la promocion de la salud**. Washington (DC): Organizacion Panamericana de la Salud ;1995 (OPAS- Publicacion Científica, p. 236-45).

KINSELLA, K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. In: PÉREZ, E.A. et al. (ed.). **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington (D.C.): OPS, 1994. p. 3-18.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde e bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p. 127-41, 2005.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento– **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L., organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 892-7.

LEVITT, M.I.; WEBER, R.A.; GUACCI, N. Convoys of social support: An intergenerational analyses. **Psychology and Aging**, Flórida, v. 8, n. 3, p. 323- 326, 1993.

LIEBERMAN, D.; FRIGER, M.; FRIED, M.; GRINSHPUN, Y.; MYTLIS, N.; TYLIS, R. et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture. **Disabil Rehabil**, v.21, p. 542-7, 1999.

LIEBERMAN, D.; FRIGER, M.; LIEBERMAN, P. Inpatient rehabilitation outcome after hip fracture surgery in elderly patients: a prospective cohort study of 946 patients. **Arch. Phys. Med. Rehabil**, v. 87, n. 2, p.167-171, feb, 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 745-757, mai-jun, 2003

LITWIN H. The provision of informal support by elderly people residing in assisted living facilities. **Gerontologist**, Jerusalem, v. 38, n.2, p. 239-46, abr, 1998.

LIVINGSTON, D. H. et al. Recovery at one year following isolated traumatic brain injury: a Western Trauma Association prospective multicenter trial. **Journal of Trauma**, v. 59, n. 6, p.1298 -1304, dec, 2005.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Ageing, development and social protection**: a research agenda. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (org). **Living longer: ageing, development**

and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for social development/ Zed Books, 2004.

MARÍN LARRAIN, P. P. Estudio comparativo de nonagenários que vivem em sus próprios hogares *versus* los institucionalizados. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 125, n. 5, mayo, p. 539-543, 1997.

MARSHALL, S.C.; HEISEL, B.; GRINNELL, D. Validity of PULSES profile compared with the functional independence measure for measuring disability in a stroke rehabilitation setting. **Arch Phys Med Rehabil**, v.80, p. 760-5, 1990.

MARTIN, L. The status of South Asia's growing elderly population. **J Cross-Cultural Gerontol**, v. 5, n. 2, p. 93-117, 1990.

MATOS, A. P.; FERREIRA, A. Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua viabilidade. **Psiquiatria clínica**, v. 21, n.3, p.243-253, 2000.

MEDEIROS, M. OSÓRIO, G.O. Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil – 1978 a 1998. **REBEP**, Campinas, v.17, n. 1/2, p. 67-85, jan/dez. 2001.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R.G.; VARELLA, S. O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADs de 1992 a 1999. **REBEP**, Campinas, Texto para discussão nº 860, 2002.

MELZER, D. et al. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. **British Medical Journal**, v. 318, p. 1108-1111, 1999.

MENENDEZ, J.; GUEVARA A.; ARCIA, N.; LEON DÍAZ, E.M.; MARIN, C.; ALFONSO, J.C. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Rev. Panamá Salud Pública**. v. 17, n. 5/6 p.353-61, mayo-junio, 2005

MINKLER M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. **Health Educational Quarterly**, Califórnia, v. 12, n. 4, p. 303-314. 1985.

MINKLER, M. "Community Organizing among the elderly poor in the United state: A case Study. **International Journal of Health Services**, Califórnia, v. 22, n.2, p. 303-316, 1992.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS.** 2007. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em Psicologia e em Sociologia. In: _____(org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, Psicológicas e Sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. p.11-35.

NERI, A.L. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Ed. Átomo Alínea; 2005. p.23-5.

NOGUEIRA, E.J. **Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários**. 2001. 141 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001

NORBECK, J.S.; LINDSEY, A.M.; CARRIERI V.L. The development of an instrument to measure social support. **Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 264-269, sept/oct, 1981.

O'REILLY, P. Methodological issues in social support and social network research. **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 8, p. 863-873, 1988.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Living Arrangements of older persons around the world**. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. United Nations, New York, 2005. Disponível em:<http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2007.

OSTCHEGA, Y. et al. Reliability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the third National Nutrition Examination Survey. **The Journal of American Geriatric Society**, n. 48, p. 1136-1141, 2000.

OSTERGREN, P.O. et al. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department - a case-control study. **Social Science and Medicine**, v. 33, n. 3, p. 257-267, 1991.

OTA, T.; AKABOSHI, K.; NAGATA, M.; SONODA, S.; DOMEN, K.; SEKI, M.; CHINO, N. Functional assessment of patients with spinal cord injury: measured by the motor score and the functional independence measure. **Spinal Cord**, v.34, p. 531-5, 1996.

OTTENBACHER, K.J.; HSU, Y.; GRANGER, C.V.; FIELDLER, R.C. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 77, p. 1226-32, 1996a.

OTTENBACHER, K.J.; MANN, W.C.; GRANGER, C.V.; TOMIRA, M.; HURREN, D.; CHARVAT, B. Inter-rater agreement and stability of functional assessment in the community based elderly. **Arch Phys Med Rehabil**, v.75, p. 1297-301, 1996b.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes, comportamentos. In: DUARTE,

Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.; organizadoras. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2000.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. **Int J Aging Hum Dev**, v. 54, n.4, p. 291-314, 2002.

PLETCHER, S.D.; CURTSINGER, J.W. Mortality plateau and the evolution of senescence: why are old-age mortality rates so low? **Evolution**, v.52, n.2, p. 454-64, 1998.

POLLACK, N.; RHEAULT, W.; STOECKER, J.L. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Arch Phys Med Rehabil**, v.77, p. 1056-61, 1996.

POON, L.W.; CLAYTON, G.M.; MARTIN, P.; JOHNSON, M.A.; COURTENAY, B.C.; SWEANEY, A.L.; et al. The Georgia Centenarian Study. **Int J Aging Hum dev**, v.34, n.1, p. 1-17, 1992.

RAMOS, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.3, p.793-97, jun, 2003.

RAMOS, LUIZ R. **Family support for the elderly in Latin America**: the role of the multigenerational household. Proceedings of the United Nations International Conference on Ageing Populations in the Context of the Family, Kitakyushu, Japan, 15-19 October 1994. United Nations publication, Sales No. E.94.XIII.4, pp. 66-72.

RESENDE, M. C.; BONES, V.M.; SOUZA, I.V.; GUIMARÃES, N.K. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicología para América Latina**, v. 5, n. 5, p. 1-20, 2006. Disponível em: <http://psicolatina.org/Cinco>. Acesso: 20 de abril de 2007.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P.P.N.; BATTISTELLA, L.R. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, v.11, n.2, p.72-76, ago, 2004.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L.R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta fisiátrica**, v.8, n.1, p. 45-52, abril, 2001.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

ROBLES, L. et al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 557-560, abril/junho, 2000.

RODRIGUES NC, RAUTH J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, NERI AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 106-10.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. A.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p. 40-48, 2003.

SAAD, P. Living arrangements of the elderly in Northeast and Southeast/ Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu, MG. Anais do 10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: ABEP, 1996.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003. Capítulo 10, p. 201-224.

SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano A.A. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004; p. 169-209.

SAAD, P.M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: Camarano AA (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 251-80.

SEEMAN, T.E. Social ties and health: the benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**, v. 6, n. 5, p. 442-451, sept. 1996.

SHANAS E. The family as a social support system in old age. **The gerontologist**, v.19, n.2, p. 169-74, apr, 1979.

SHERBOURNE C.D.; STEWART A L.. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 705-714. 1991.

SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em área periférica de uma metrópole. **Cienc. enferm**, vol.10, no.1, p.31-39, jun. 2004.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística**: um curso introdutório. 2.ed. São Paulo: Edusp, 2001. p. 180.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 145 p.

STUCK, A. E. et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. **Soc. Sci. Med**, n. 48, p. 445-469, 1999.

SUSSER, M.W.; WATSON, W.; HOPPER, K. **Sociology in Medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1985.

THE NEW ENGLAND CENTENARIAN STUDY [homepage na internet]. Boston Medical Campus [acesso em 10 de novembro de 2007]. Disponível em: <http://www.bumc.bu.edu/Dept/Content.aspx?DepartmentID=361&PageID=5924>

THOMPSON, M.G.; HELLER, K. Facets of support related to well-being quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. **Psychol Aging**, Bloomington, v. 5, n.4, p. 535-44, dec. 1990.

TINKER, A.; ASKHAM, J.; HANCOCK, R.; MUELLER, G.; STUCHBURY, R. 85 not out- A study of people aged 85 and over at home. King's College London, 2001. Disponível em: <http://www.anchor.org.uk/pdfs/85-notout.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2008.

TOMASIN, D.B. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. Ribeirão Preto, 2005. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, USP, 2005

VERAS, R. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: Consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. Rio de Janeiro: UNATI, 2000. 64 p.

VERBRUGGE, L.M.; JETTE, A.M. The disablement process. **Soc Sci Méd**, v.38, p. 1-14, 1994.

VOGT, T.M et al. Social Networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 45, n.6, p. 659-666, 1992.

VOS, S.; HOLDEN, K. Measures comparing living arrangements of the elderly: an assessment. **Population and Development Review**, v. 14, n. 4, p. 688-704, dec, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. 2004. Ageing and Health Technical Report, volume 5. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em: 30 maio 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60 p.

WOROBAY, J.; ANGEL, R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. **J Gerontol**, v. 45, n. 3, p. 95-101, maio, 1990.

YAZAKI, L.M. et al. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE (org). **A população idosa e o apoio familiar**. São Paulo: SEADE, 1991. p.11-26. (Série Informe demográfico n. 24).

APÊNDICE A - Termo de Consentimento**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO/CUIDADOR**
Título do Projeto: **Arranjo familiar e rede de suporte social dos idosos mais velhos**

Prezado (a) Senhor (a)

Vimos pedir sua colaboração em um estudo para conhecer as pessoas que moram com idosos com mais de 80 anos de idade, residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, e identificar qual o apoio fornecido pelos familiares aos idosos e o apoio fornecido por estes aos familiares. Solicitamos o(a) Sr(a) atender a enfermeira e alunas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Solicitamos a sua permissão para preencher as perguntas do questionário, caso concorde deverá ter a sua assinatura (idoso) no presente termo de consentimento. Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados e não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados. O (a) senhor (a) terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não trará nenhum prejuízo ao seu cuidado.

Esse estudo também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos. Durante a análise dos dados, se houver dúvidas quanto às informações coletadas, o idoso poderá ser contatado novamente pelo entrevistador, por telefone ou em outra visita domiciliar, para esclarecimento. O tempo para aplicação do questionário está estimado em torno de 1 hora. Ao finalizar o estudo os resultados serão repassados aos idosos e familiares e divulgados nos diversos meios de comunicação, em congressos científicos e enviados para publicação em revistas da área da saúde.

Esperamos merecer sua confiança, colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no endereço e telefones abaixo:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP
Avenida Bandeirantes, 3900
(0xx16) 3602-3416

Elizandra Cristina Pedrazzi
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP
Avenida Bandeirantes, 3900
(0xx16) 3612-3694

Eu, _____ declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Idoso () Cuidador () Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

APÊNDICE B - Folha de Rolamento

ANEXO A – Instrumentos de coleta de dados



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PRÓ-IDOSO**

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

NQUEST ____

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| Nº Questionário | | | | |
| Nº Setor | | | | |
| Nº Domicílio | | | | |

Município: Ribeirão Preto/SP

Nome do(a) Entrevistador(a): _____

NUMENT ____

Início da entrevista: ____ : ____ h Data da entrevista ____ / ____ / ____

HRENT ____ : ____

Nome do(a) idoso(a): _____

Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos

DATA ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Tel.de contato (ou outra referência): _____

Situação: (1) realizada (2) recusa (3) não encontrada (4) mudança (5) óbito

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--|---|
| <p>A1) Idade _____ (anos completos) Mês e ano de nascimento ____/____</p> <p>A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino</p> <p>A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR</p> <p>A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR</p> <p>A5) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (99) NS/NR</p> <p>A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir:</p> <p>A7) Há quanto tempo o sr.(a) mora nesta casa? (em anos)</p> <p>A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente?</p> <p>A9) Com quem o sr(a) mora: (1) sozinho (2) somente com o cônjuge (3) cônjuge e filho(s) (4) cônjuge, filhos, genro ou nora (5) somente com o(s) filho(s) (7) arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (8) arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge) (9) arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (10) somente com os netos (sem filhos) (11) não familiares (12) outros (99) NS/NR</p> | <p>AIDADE _____ ADMANO __/__/__</p> <p>ASEXO _____</p> <p>ACOR _____</p> <p>ALOCALN _____</p> <p>AESTCIV _____</p> <p>ALOCAL _____</p> <p>ATEMPO _____</p> <p>ANCASA _____</p> <p>AMORA _____</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>A10) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? 1- próprio idoso 2-cônjuge 3- filho (a) 4- outro familiar 5-não familiar 99-NS/NR</p> <p>A11) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)?</p> <p>A12) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? 1- estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais 2- estar perto de/ou com familiares ou amigos 3- estar perto dos serviços de saúde 4- medo da violência 5- falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a) 6- por união conjugal 7- por separação conjugal 8- custo da moradia/situação financeira 9- precisava de cuidado 10-outro 99-NS/NR</p> | <p><i>ACHEFE</i> ____ ____</p> <p><i>AFORMA</i> ____ ____</p> <p><i>ARAZAO</i> ____ ____</p> |
| <p>A13) Quantos filhos próprios teve? _____ (99) NS/NR</p> | <p><i>AFILHOP</i> ____ ____</p> |
| <p>A14) Quantos filhos adotivos teve? _____ (99) NS/NR</p> | <p><i>AFILHOAD</i> ____ ____</p> |
| <p>A15) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR</p> | <p><i>AFILHVIV</i> ____ ____</p> |
| <p>SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL</p> | |
| <p>B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? (Se nenhum, colocar “0”)</p> <p>B2) Qual é a renda mensal em reais (em salários mínimos - SM): Idoso: _____ Família: _____ (99) NS/NR</p> <p>B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (1) não tem (2) tem _____ (99) NS/NR</p> | <p><i>BESCOL</i> ____ ____</p> <p><i>BRENDA</i> ____ ____</p> |

| | |
|---|---|
| <p>B3a) Aposentadoria B3b) Pensão B3c) Aluguel B3d) Trabalho Próprio B3e) Doações (família, amigos, instituições) B3f) Outras _____</p> | <p><i>BAPOS</i> ____ ____ <i>BPENS</i> ____ ____ <i>BALUGUEL</i> ____ ____ <i>BTRAPRO</i> ____ ____ <i>BDOA</i> ____ ____ <i>BOUTR</i> ____ ____</p> |
| <p>B4) Há quantos anos você está aposentado(a)? ____ (Se não for aposentado, colocar “0”)</p> | <p><i>BIDAPOS</i> ____ ____</p> |
| <p>B5) No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) sr(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)</p> <p>(1) muito boa (4) ruim (2) boa (5) péssima (3) regular (99) NS/NR (4)</p> | <p><i>BNECBAS</i> ____ ____</p> |
| <p>B6) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é:</p> <p>(1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS/NR</p> | <p><i>BECONCOMP</i> __ __</p> |
| <p>B7) Quais das seguintes atividades o sr(a) realiza? (0) Nenhuma</p> <p>(1) Atividades domésticas (2) Esporte/ dança (3) Trabalho voluntário/ comunitário (4) Trabalho remunerado (5) Outros: Quais? _____</p> | <p>_____</p> |
| <p>B8) O(a) sr(a) realiza trabalho remunerado atualmente?</p> <p>(1) sim, formal (2) sim, informal (3) não (99) NS/NR</p> | <p><i>BTRABATU</i> ____ ____</p> |
| <p>B9) No momento necessita (ou necessitaria) trabalhar por razões econômicas?</p> <p>(1) Sim (3) Talvez (2) Não (99) NS/NR</p> | <p><i>BNECTRAB</i> ____ ____</p> |
| <p>B10) A casa onde mora é:</p> <p>(1) Própria-quitada (3) Própria-paga prestação (2) Paga aluguel (4) Cedida- sem aluguel (5) Outros (99) NS/NR</p> | <p><i>BCASA</i> ____ ____</p> |
| <p>B11) Compartilha seu espaço de dormir com outra pessoa no mesmo quarto?</p> <p>(1) Não (5) Amigo (2) Esposo(a) (6) Particular/Contratado (3) Um familiar (99) NS/NR (4) 2 ou mais familiares</p> | <p><i>BCOMPART</i> __ __</p> |

| SEÇÃO C- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF | | |
|---|--|------------------------------|
| Níveis | 7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica) | Sem Ajuda |
| | <i>Dependência modificada</i> 5- Supervisão 4- Dependência Mínima (indivíduo \geq 75%) 3- Dependência Moderada (indivíduo \geq 50%) 2- Dependência Máxima (indivíduo \geq 25%) 1- Dependência Total (indivíduo \geq 0%) | Ajuda |
| Data | | |
| C.A - Auto-Cuidados | | Avaliação |
| C1. Alimentação | | CALIM _____ |
| C2. Higiene pessoal | | CAHP _____ |
| C3. Banho (lavar o corpo) | | CABAN _____ |
| C4. Vestir-se acima da cintura | | CAVESTA _____ |
| C5. Vestir-se abaixo da cintura | | CAVESTB _____ |
| C6. Uso do vaso sanitário | | CASAN _____ |
| C.B - Controle de Esfíncteres | | |
| C7. Controle da Urina | | CBURIN _____ |
| C8. Controle das Fezes | | CBFEZ _____ |
| C.C - Mobilidade | | |
| <i>Transferências</i> | | |
| C9. Leito, cadeira, cadeira de rodas | | CCLEIT _____ |
| C10. Vaso sanitário | | CCSAN _____ |
| C11. Banheira ou chuveiro | | CCBAN _____ |
| C.D – Locomoção | | |
| C12. Marcha / Cadeira de rodas | | CDMARC _____ CDCADR _____ |
| C13. Escadas | | CDESC _____ |
| C.E - Comunicação | | |
| C14. Compreensão | | CECA _____ CECV _____ |
| K15. Expressão | | CEVE _____ CENV _____ |
| C.F - Cognição Social | | |
| C16. Interação Social | | CFINT _____ |
| C17. Resolução de problemas | | CFRESOL _____ |
| K18. Memória | | CFMEM _____ |
| Total | | |
| Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1 | | |

SEÇÃO D: REDE DE SUPORTE SOCIAL

Perguntas a serem registradas no MMRI

D1) QUAIS AS PESSOAS QUE O(A) VISITAM, PELO MENOS:

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D2) COM QUEM O(A) SENHOR(A) PODE CONTAR SE DESEJAR OU PRECISAR DE ALGUÉM PARA LHE FAZER COMPANHIA:

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D3) A QUEM O(A) SENHOR(A) RECORRE OU RECORRERIA SE PRECISAR DE AJUDA PARA CUIDAR DAS COISAS DA CASA, COMO, POR EXEMPLO, ARRUMAR, LIMPAR, COZINHAR OU FAZER COMPRAS:

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D4) A QUEM O(A) SENHOR(A) RECORRE OU RECORRERIA SE PRECISAR DE AJUDA PARA CUIDADOS PESSOAIS, COMO, POR EXEMPLO, TROCAR DE ROUPA, TOMAR BANHO, COMER, SE LEVANTAR, SE DEITAR:

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D5) QUEM AJUDA OU AJUDARIA O(A) SENHOR(A) FINANCEIRAMENTE SE PRECISAR DE AUXÍLIO PARA PAGAR ALUGUEL DA SUA CASA, PAGAR UMA CONTA, COMPRAR COMIDA, REMÉDIO ETC.:

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D6) FUNÇÃO (EMOCIONAL) -COM QUAL DELAS O SR.(A) SE SENTE A VONTADE PARA CONVERSAR, COMPARTILHAR PREOCUPAÇÕES, FAZER CONFIDÊNCIAS, ALGUÉM QUE LHE OUÇA, QUE LHE FAÇA SENTIR AMADO, QUERIDO?

- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

D7) FUNÇÃO (INFORMAÇÃO) -COM QUE PESSOA O SR.(A) PODE CONTAR SE PRECISAR DE CONSELHOS, SUGESTÕES, INFORMAÇÕES PARA COMPREENDER SITUAÇÕES COMPLEXAS, AJUDA NA TOMADA DE DECISÕES?

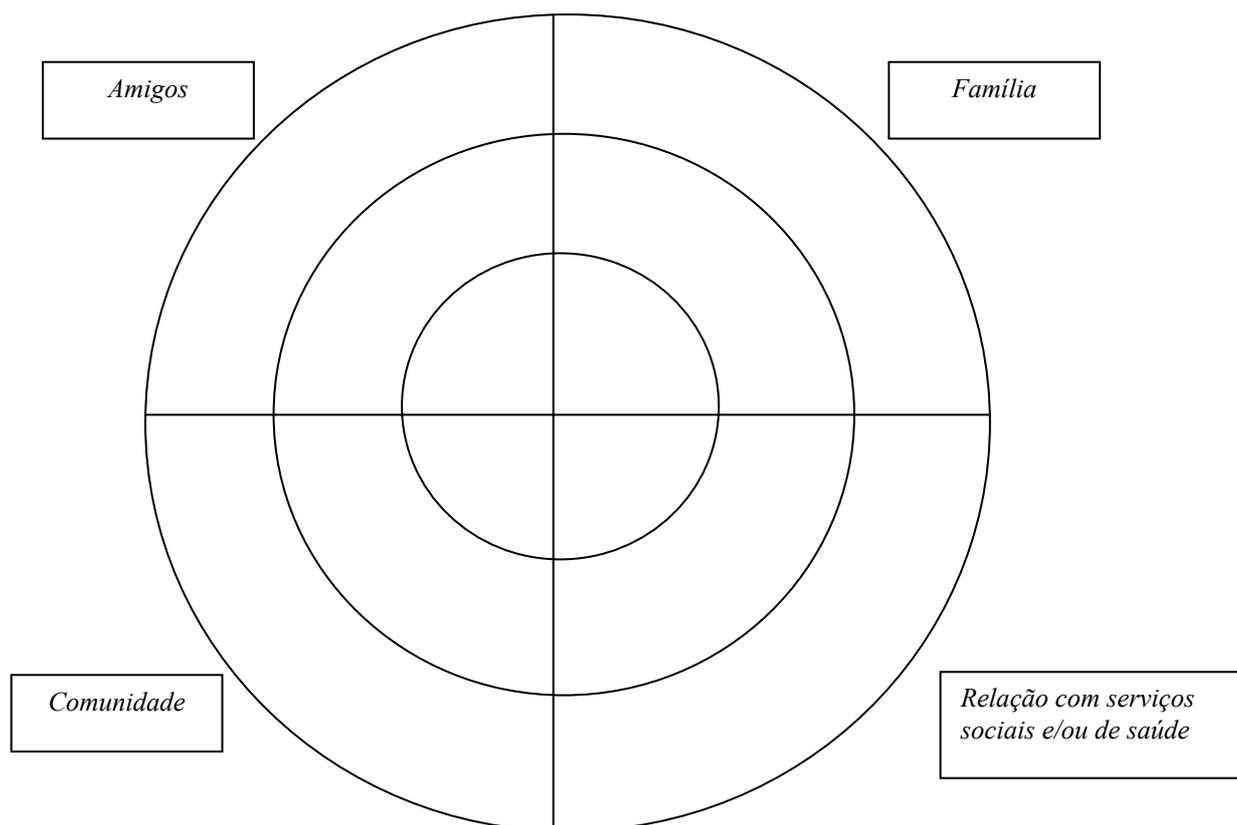
- uma vez por semana (freqüentemente)?
- uma vez por mês (pouco freqüentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

Perguntas/Funções

- 1 – visita
- 2- companhia
- 3 – auxílio para atividades domésticas
- 4 – auxílio para cuidados pessoais
- 5 – auxílio financeiro
- 6 – emocional
- 7 - informação

Frequência de contatos

- 1º círculo** pelo menos 1 vez por semana/ frequentemente
2º círculo pelo menos 1 vez por mês/ pouco frequentemente
3º círculo pelo menos 1 vez por ano/ raramente



Abreviações/símbolo utilizados para o registro das respostas

| Amigos e Sistema de Saúde | Família | Comunidade |
|----------------------------------|----------------|--|
| • | eo - esposo | cc - membros de centro de convivência |
| | ea - esposa | cl - membros de clubes de lazer ou serviço |
| | fa - filha | gr - membros de grupos religiosos |
| | fo - filho | gt - membros de grupos de terceira idade |
| | ia - irmã | ed - empregada doméstica |
| | io - irmão | ps - prestadores de serviços |
| | na - neta | vi - vizinhos |
| | no - neto | o - outros |
| | o - outros | |

ANEXO B



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 177/2006

Ribeirão Preto, 25 de setembro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de setembro de 2006.

Protocolo: nº 0710/2006

Projeto: ARRANJO DOMICILIAR E APOIO DOS FAMILIARES AOS IDOSOS MAIS VELHOS

Pesquisadores: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Orientadora)
Elizandra Cristina Pedrazzi (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Maria Antonieta Spinoza Prado
Enf.^a Maria Antonieta Spinoza Prado
Vice- Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.^{as}, Sr.^{as}.

Prof.^a Dr.^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

RECEBI
26/09/06
Elizandra C. Pedrazzi