



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE CURSO DE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

IANA ANDRADE SAMPAIO FELIPE

**SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO PELO IDOSOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO**

**CAMPINA GRANDE
2021**

IANA ANDRADE SAMPAIO FELIPE

**SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO PELO IDOSOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Processos psicossociais e saúde

Orientador: Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F315s Felipe, Iana Andrade Sampaio.
Suporte social percebido pelo idosos com diabetes e hipertensão [manuscrito] / Iana Andrade Sampaio Felipe. - 2022.
106 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Ardgleusa Alves Coelho ,
Coordenação de Curso de Biologia - CCBS."

1. Envelhecimento. 2. Suporte social. 3. Hipertensão Arterial. 4. Diabetes. I. Título

21. ed. CDD 618.97

IANA ANDRADE SAMPAIO FELIPE

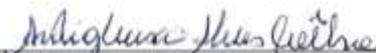
**SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO PELO IDOSOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Processos psicossociais e saúde

Aprovada em: 22/12/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Ardicleusa Alves Coelho (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof. Dra. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof. Dra Ana Claudia Torres de Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

AGRADECIMENTOS

À Deus minha eterna gratidão, que foi minha fortaleza durante essa caminhada.

À minha família, minha mãe (Diacuy), ao meu pai (Carlos), aos meus irmãos, pois mesmo longe geograficamente serem meu suporte;

As boas amizades que me fizeram firme até aqui nesse processo longo e árduo e aos que mesmo de longe torcem por mim, obrigada pelas injeções de ânimo;

À minha orientadora Ardigleusa Alves Coêlho, por me acolher nesse percurso acadêmico, compreender meus percalços e tornar tudo mais leve.

À professora Maria do Carmo Eulálio (Carmita), por todas as oportunidades a mim permitidas dentro do Grupo de estudo e pesquisa em envelhecimento e saúde – Gepes;

À professora Ana Cláudia Torres de Medeiros pelas contribuições e disponibilidade para o trabalho;

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001;

E aos participantes dessa pesquisa.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade brasileira e internacional. Nos últimos anos, o Brasil passou por um processo de transição demográfica e epidemiológica que ocasionou redução na morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescimento de doenças crônicas não transmissíveis e múltiplas. O presente estudo se caracteriza como exploratório, descritivo e analítico, com recorte transversal, com objetivo de analisar o suporte social percebido pelo idoso com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e, mais especificamente caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso e analisar a associação entre apoio percebido e características sociodemográficas verificar as principais fontes de apoio social percebido pelo idoso diabéticos e/ou hipertensos. Foram utilizados dados secundários oriundos da pesquisa “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde” realizada em Campina Grande entre 2016 e 2017. No banco de dados, para execução do atual estudo, foi selecionado dados de 371 idosos, com idades de 60 anos e mais, com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e que foram acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande-PB. As variáveis para caracterização das condições demográficas e econômicas dos participantes foram selecionadas do questionário demográfico e para mensurar o apoio percebido foram utilizadas as variáveis do Inventário da rede de suporte social. Realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método *forward*) para mensurar o efeito das variáveis sociodemográficas e sobre os níveis de suporte social percebido. Testes qui-quadrado foram realizados para verificar a associação entre o suporte social percebido e as variáveis estado civil, religião e renda. Constata-se que os idosos incluídos no estudo têm média de idade de 71,34 (\pm 6,48), 81,4% sexo feminino, 39,9% estado civil casado, 54,2% autodeclarados cabloco/mulato/pardo, 71% aposentados e 27% com renda familiar entre 901,00 e 1.761,00 reais. A análise entre suporte social percebido e variáveis sociodemográficas evidenciou associações significativas entre suporte social percebido e estado civil ($c^2(3) = 10,954$, $p < 0,012$, $V = 0,173$); religião ($c^2(3) = 10,764$, $p < 0,013$, $V = 0,172$) e renda ($c^2(3) = 9,216$, $p < 0,027$, $V = 0,159$). O escore médio total do Inventário de Suporte Social foi de 4,37 (DP = 0,52), demonstrando que os idosos possuem alta percepção de suporte social. Observa-se que as mulheres idosas apresentaram maior nível de apoio social em comparação aos homens ($U = 3096,000$, $z = -2,419$, $p < 0,01$). Porém, o tamanho de efeito foi baixo ($r = 0,15$). Os idosos que moram com os filhos percebem mais apoio social ($U = 6487,500$, $z = -2,198$, $p < 0,02$, $r = 0,14$), assim como os idosos que moram com os netos ($U = 3769,000$, $z = -2,503$, $p < 0,01$, $r = 0,16$), quando comparado com aqueles

que não moram. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre apoio social, idade e mora sozinho. O estudo da associação entre suporte social percebido e as características sociodemográficas em idosos diabéticos e/ou hipertensos, revelou questões que o idoso enfrenta no transcurso da vida diária e como a percepção do suporte social faz parte da sua vida. Destaca-se, que os idosos perceberam mais apoio familiar, relevando-se como sua principal fonte de suporte social, em seguida os amigos, grupos e profissionais de saúde.

Palavras-chave: envelhecimento; suporte social; hipertensão arterial; diabetes.

ABSTRACT

Population aging is a Brazilian and international reality. In recent years, Brazil has gone through a process of demographic and epidemiological transition that has led to a reduction in morbidity and mortality from infectious and parasitic diseases and an increase in non-communicable and multiple chronic diseases. The present study is characterized as exploratory, descriptive and analytical, with a cross-sectional view, with the objective of analyzing the social support perceived by the elderly with Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension and, more specifically, to characterize the sociodemographic profile of the elderly and to analyze the association between perceived support and sociodemographic characteristics verify the main sources of social support perceived by the diabetic and/or hypertensive elderly. Secondary data from the research "Resilience, quality of life and frailty in elderly people enrolled in the primary health care network" carried out in Campina Grande between 2016 and 2017 were used. 371 elderly, aged 60 years and over, with Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension, who were monitored by the Basic Health Units in the city of Campina Grande-PB. The variables to characterize the demographic and economic conditions of the participants were selected from the demographic questionnaire and to measure the perceived support, the variables from the Social Support Network Inventory were used. A multiple linear regression analysis (forward method) was performed to measure the effect of sociodemographic variables and on the levels of perceived social support. Chi-square tests were performed to verify the association between perceived social support and marital status, religion and income variables. It appears that the elderly included in the study have a mean age of 71.34 (\pm 6.48), 81.4% female, 39.9% married marital status, 54.2% self-declared cabloco/mulatto/brown, 71% retired and 27% with family income between 901.00 and 1,761.00 reais. The analysis between perceived social support and sociodemographic variables showed significant associations between perceived social support and marital status ($\chi^2(3) = 10.954$, $p < 0.012$, $V = 0.173$); religion ($\chi^2(3) = 10.764$, $p < 0.013$, $V = 0.172$) and income ($\chi^2(3) = 9.216$, $p < 0.027$, $V = 0.159$). The mean total score of the Social Support Inventory was 4.37 (SD = 0.52), demonstrating that the elderly have a high perception of social support. It is observed that elderly women had a higher level of social support compared to men ($U = 3096,000$, $z = -2.419$, $p < 0.01$). However, the effect size was low ($r = 0.15$). Elderly people who live with their children perceive more social support ($U = 6487,500$, $z = -2.198$, $p < 0.02$, $r = 0.14$), as do elderly people who live with their

grandchildren ($U = 3769,000$, $z = -2.503$, $p < 0.01$, $r = 0.16$), when compared to those who do not live. No statistically significant results were found between social support, age and living alone. The study of the association between perceived social support and sociodemographic characteristics in elderly people with diabetes and/or hypertension revealed issues that the elderly face in the course of daily life and how the perception of social support is part of their lives. It is noteworthy that the elderly perceived more family support, standing out as their main source of social support, followed by friends, groups and health professionals.

Keywords: aging; social support; arterial hypertension; diabetes.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	CAPÍTULO 1 - REFERÊNCIAL TERÓRICO	14
2.1	O envelhecimento populacional e as repercussões nas condições de vida e saúde.....	14
2.2	Doenças crônicas associadas ao Envelhecimento.....	16
2.3	Aspectos conceituais sobre suporte social.....	19
2.4	Suporte à pessoa idosa.....	21
3	CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
3.1	Delineamento da pesquisa	24
3.2	Local da pesquisa.....	24
3.3	Participantes.....	24
3.4	Instrumentos.....	25
3.5	Procedimentos de coleta de dados	25
3.6	Processamento e análise dos dados	25
3.7	Aspectos éticos.....	26
4	CAPÍTULO 3 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM IDOSOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS	28
4.1	Resumo.....	28
4.2	Introdução.....	28
4.3	Método.....	30
4.3.1	<i>Delineamento da pesquisa.....</i>	30
4.3.2	<i>Local da pesquisa.....</i>	30
4.3.3	<i>Participantes.....</i>	30
4.3.4	<i>Procedimentos de coleta de dados</i>	30
4.3.5	<i>Processamento e análise dos dados.....</i>	31
4.3.6	<i>Aspectos éticos.....</i>	31
4.4	Resultados e discussão.....	31
4.5	Considerações finais.....	40
4.6	Referências.....	41
5	CAPÍTULO 4 - ENVELHECIMENTO E AS PRINCIPAIS FONTES DE	

	APOIO DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO POR IDOSOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS.....	
5.1	Resumo.....	44
5.2	Introdução.....	44
5.3	Método.....	45
5.3.1	<i>Delineamento da pesquisa.....</i>	45
5.3.2	<i>Local da pesquisa.....</i>	45
5.3.3	<i>Participantes.....</i>	46
5.3.4	<i>Procedimentos de coleta de dados</i>	46
5.3.5	<i>Processamento e análise dos dados.....</i>	46
5.3.6	<i>Aspectos éticos.....</i>	47
5.4	Resultados e discussão.....	47
5.5	Considerações finais.....	62
5.6	Referências.....	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	74
	ANEXO A – INVENTÁRIO DE SUPORTE SOCIAL	80

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se encontra ativo em todo o mundo, sendo a velhice um processo que apresenta peculiaridades de acordo com o lugar, com o período e com as características de cada indivíduo (Barreto, Carrera & Marcon, 2015).

No contexto brasileiro e em outros países percebe-se mudanças na composição etária da população, fenômeno conhecido como transição demográfica, que é responsável pelo aumento da população idosa, devido ao declínio nos índices de natalidade, mortalidade e fecundidade (Llano et al., 2015).

O processo de transição demográfica, no Brasil, torna-se marcante a partir de 1970 e nas décadas seguintes é observado uma diminuição da base da pirâmide e aumenta o número na população de idosos. Ressalta-se que, no ano de 1950 existiam 2,6 milhões de idosos (com 60 anos) representando 4,9% da população geral. Em 2020, esse número aumentou para 29,8 milhões (ou seja, 14% da população total). Dessa forma, o esperado é que esse número aumente nas próximas décadas e deva chegar a 60 milhões de pessoas idosas nos anos entre 2040 e 2045 (Alves, 2018).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a saúde da população idosa como um relevante aspecto entre outras demandas da saúde populacional (Maia, Castro, Fonseca & Fernández, 2016). No Brasil, segundo a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), considera-se idosa, a pessoa com sessenta anos ou mais de idade. Assim, em cada ano, um elevado número de sujeitos com mais de 60 anos é acrescentado ao cenário populoso do Brasil, parte deles com limite funcional e com enfermidades que podem durar o resto da vida.

O gradual aumento da expectativa de vida do brasileiro, com rápido crescimento da população com mais de 60 anos, associados à urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização, levou a alteração no padrão de morbimortalidade, evidenciado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT). Em 2010, 73,9% dos óbitos no Brasil foram resultantes de DNCT, sendo que 80,1% em decorrência à doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes (Duarte & Barreto, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira do Diabetes e a *International Diabetes Federation* (IDF), mais de 13 milhões de pessoas vivem com diabetes no Brasil, e esse número pode aumentar, fazendo com o que país ocupe o quarto lugar no mundo na frequência de

Diabetes. A maioria são pessoas com diabetes estão na terceira idade, faixa etária que exige cuidados especiais referentes a doença, para que atinja um controle metabólico e de preservação arterial da massa corpórea (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018).

Conforme Santana, Rodrigues, Stival e Volpe (2019) durante o envelhecimento há maior propensão para desenvolver Hipertensão, devido alterações na estrutura básica, no funcionamento do corpo, nos fenômenos emocionais que são próprios do envelhecer. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), futuramente ocorrerá um aumento de 600 milhões de sujeitos que possuam HA, com incremento global de 60% até 2025, e mais, 7,1 milhões de mortes por ano.

A pesquisa sobre doenças crônicas realizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2019) revelou que Sistema Único de Saúde (SUS) é referência para o atendimento da população brasileira com DCNT. Entre os entrevistados, 24% afirmaram ter hipertensão, tornando-a a doença mais frequente, com 38,1 milhões de pessoas hipertensas no país. Ao todo, 66,4% dos entrevistados hipertensos revelaram ter assistência médica através do SUS. No que diz respeito a Diabetes, foi a quarta doença crônica mais frequente dentre outras, 7,7% da população tem diagnóstico da doença (12,3 milhões de pessoas) e 80% afirmaram que recebem assistência médica, 66,5% delas recebem atendimento pelo SUS (Ministério da Saúde, 2019).

Dados sobre a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel Brasil - 2019 mostram que 59,3% das pessoas com idade de 65 e mais residentes em capitais brasileiras e no Distrito Federal referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 23,0 % diagnóstico médico diabetes (Brasil, 2020).

Tal cenário evidencia que o processo de envelhecimento populacional acelerado implica em diferentes necessidades e demandas sociais, que requerem respostas pertinentes dos familiares, da comunidade e Estado. Diante dessas condições, constata-se a necessidade do Suporte Social (SS) para a pessoa idosa, sobretudo àquelas que apresentam cronicidades, aumento da vulnerabilidade e aquelas isoladas socialmente, sendo um fato relevante que pode prevenir a exclusão social da pessoa idosa e oferecer-lhe uma velhice com saúde.

O Suporte Social (SS) se configura como parte fundamental de ações integradas ao bemestar do idoso, possibilitando-lhe viver a velhice ativa e com mais saúde. Contudo, é

preciso uma maior envoltura na sociedade, priorizando a saúde, a funcionalidade, as atividades e a participação no coletivo para melhorar sua qualidade de vida. O SS é visto como um provedor da saúde e do bem-estar dos sujeitos e em alguns casos atua como acolhimento, contribuindo também com a autonomia (Paiva, 2019).

Considerando o fenômeno do envelhecimento populacional e o imperativo das DCNT entre os mais velhos e compreendendo as vulnerabilidades atreladas ao envelhecimento, assim com a necessidade de suporte social nessa fase da vida, levanta-se a seguinte questão norteadora: Como o idoso com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial percebe o Suporte Social?

Parte-se do entendimento de que a análise do suporte social percebido poderá contribuir no acompanhamento de pessoas com diabetes e/ou hipertensão, gerando evidências para uma maior intervenção psicológica e multidisciplinar à população idosa.

A escolha da temática do suporte social percebido e envelhecimento como objeto de estudo da presente pesquisa parte da afinidade e interesse pessoal e profissional da pesquisadora com as questões relativas ao envelhecer, que advém da participação no do Grupo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Saúde (GEPES-UEPB), em trabalhos de extensão e pesquisa com pessoas idosas.

Além disso, o estudo relaciona-se com a Psicologia da Saúde, uma vez que ela se sustenta no modelo biopsicossocial, em que o processo saúde-doença é afetado pela interação mútua dos contextos biológicos, psicológicos e socioculturais, contribuindo, desta forma, para a saúde e diminuição da doença (Straub, 2014).

A Psicologia da Saúde é um campo autônomo e interdisciplinar, no que se refere à investigação e intervenção. Ela concebe a saúde como sendo multideterminada. A área de estudo associa-se a programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, a partir da observação do sistema sanitário, que se efetiva através de Políticas e Programas de Saúde, sendo estes definidos por níveis de complexidade e assistência (Alves, Santos, Ferreira, Costa & Costa, 2017).

Neste sentido, o objetivo do estudo foi analisar o suporte social percebido pelo idoso com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial e mais especificamente caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso, verificar as principais fontes de apoio social percebido por esses idosos e analisar a associação entre apoio percebido e variáveis sociodemográficas.

Enfatiza-se a importância desse estudo, uma vez que o envelhecimento populacional tem se destacado, atualmente, como uma conquista social, como um dos maiores reconhecimentos da humanidade (Costa et al., 2018). O que antes era visto como um processo estritamente relacionado a perdas e declínios progressivos tem ganhado importância como tema de estudo, visando favorecer e privilegiar as esferas de vida que apontam para processos adaptativos exitosos, caracterizados como processos de envelhecimento ativo e saudável.

Considera-se também a relevância da pesquisa devido a necessidade de investimento em prevenção e controle da Diabetes e dos valores pressóricos de idosos hipertensos. Além disso, considerando que o suporte social é conceituado como um benefício para a saúde, seja física ou psicológica, e esteja relacionado com o bem-estar (Cohen & Mckay, 1984), faz-se essencial a análise do suporte social percebido pelo idoso, podendo o presente trabalho auxiliar na definição de estratégias de cuidado que minimizem às complicações resultantes de tais enfermidades, mediante a implementação de políticas públicas efetivas.

Assim, a atual dissertação, elaborada em formato de artigo, está estruturada em quatro

capítulos: **Capítulo 1**, apresenta o Referencial teórico, que aborda os seguintes aspectos: o envelhecimento populacional e as repercussões nas condições de vida e saúde, doenças crônicas associadas ao envelhecimento, aspectos conceituais sobre suporte social e suporte à pessoa idosa. O **Capítulo 2**, descreve os procedimentos metodológicos, com detalhes das etapas necessárias à operacionalização do estudo. No **Capítulo 3**, nomeado como artigo 1, intitulado associação entre suporte social percebido e características sociodemográficas em idosos diabéticos e/ou hipertensos; e o **Capítulo 4**, denominado de artigo 2, que tem como título: envelhecimento e as principais fontes de apoio do suporte social percebidos por idosos diabéticos e hipertensos será.

E por fim é apresentada as considerações finais.

2 CAPÍTULO 1 - REFERÊNCIAL TERÓRICO

2.1 O envelhecimento populacional e as repercussões nas condições de vida e saúde

A longevidade tem sido percebida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), como uma conquista da raça humana. O envelhecimento é considerado um processo natural, no qual ocorre a diminuição progressiva da reserva funcional, que não costuma provocar quaisquer problemas, em condições normais (Moreira, Justi e Moreira, 2018).

O envelhecimento normal compreende os eventos de ordem física, cognitiva e sociais que são característicos dessa fase da vida, estando presente algumas alterações, tais como: aumento de pressão arterial; déficits visuais; déficits auditivos; lentidão psicomotora; e, mudança de papéis sociais. Todavia, em condições de sobrecarga, seja em decorrência de doenças, acidentes ou estresse emocional, pode ser marcado por uma condição patológica, necessitando de assistência (Moreira, Justi e Moreira, 2018).

O envelhecimento saudável é definido pela OMS (2015) como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. Segundo Beard et al. (2016), trata-se de uma definição abrangente e relevante, uma vez que não está centrada na ausência de agravos e não se restringe a funcionalidade da pessoa idosa, todavia, é um processo que permite a construção de habilidades que facilitarão a vivência do envelhecimento da melhor forma possível. Desse modo, buscar um envelhecimento saudável é uma conquista necessária.

Nessa perspectiva, se compreende que envelhecer com saúde é resultado de uma relação mútua, que englobe a saúde psicológica, física, a independência na vida diária, as relações sociais, o suporte da família e uma situação financeira estável. Além disso, ter autonomia é relevante no envelhecimento e que pode determinar uma vida com mais saúde para os idosos (Silva, 2019).

O aumento da expectativa de vida populacional vem impondo desafios aos indivíduos e a sociedade, os dados demográficos mostram que a população tem envelhecido muito rapidamente. No mundo, havia 1,1 bilhão de idosos em 2020, mas a estimativa é de que em 2.100 atinja cifras de 3,1 bilhões de idosos (WHO, 2018).

O envelhecimento populacional, associado à urbanização e as constantes mudanças sociais e econômicas têm impactado no cotidiano das pessoas, refletindo modos e estilos vida, que traz como consequência a exposição a fatores de riscos importantes no

surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (Miranda, Mendes & Silva, 2016). Assim, muitas vezes na velhice se depara com a existência de alguma doença crônica ou deficiência, que evidencia a vulnerabilidade da pessoa idosa (WHO, 2018), e requer uma crescente necessidade na atenção à saúde e cuidado em longo prazo aos mais velhos.

Todavia, com o avançar da idade, surgem as limitações e a necessidade de ajuda para a realização das atividades da vida diária. Tais limitações, comuns ao processo de envelhecimento, são capazes de implicar nas habilidades funcionais e estabilidade de autonomia do idoso, o que torna complexa a gestão do autocuidado, sobretudo, associado às doenças crônicas (Anjos, Araújo, Barros, Pereira & Pereira, 2012; Camargos, Rodrigues & Machado, 2011).

Nesse contexto, o envelhecimento populacional trouxe visibilidade social e pautas diante das políticas governamentais (Costa, et.al., 2018). Especificamente no Brasil, no bojo da Política Nacional do Idoso, à família, o contexto social e o Estado são reconhecidos como responsáveis por garantir a condição de cidadão ao idoso, bem como o direito à vida e a saúde (Brasil, 2003). O Estatuto do Idoso também garante priorização nas formas e na ação de políticas sociais, enfatizando as políticas perante a idade, as condições de moradia, o contexto social, os direitos como cidadão, e a inserção da família e comunidade (Brasil, 2004).

Dessa forma, é dever do Estado participar, de forma que promova e auxilie o apoio da família e garanta acessibilidade da população idosa ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando se analisa os dados demográficos que mostram uma diminuição da taxa de mortalidade entre idosos, com aumento da probabilidade de sobrevivência na faixa etária entre 60 e 80 anos de idade, entre os anos 1980 e 2018 (IBGE, 2019). Em 2020, no país, havia 29,9 milhões de idosos. A previsão é de que em 2.100 esse número chegue a 72,4 milhões (WHO, 2018). Assim, ao propor um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa pretende-se “contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS, baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade” (Ministério da Saúde, 2014, p.16).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família, assume um papel relevante para o estabelecimento de vínculo com as pessoas idosas e os profissionais da saúde, principalmente no cuidado domiciliar de cada pessoa idosa dependente, constituindo as comunidades, que tem como principal fonte as famílias e a Atenção Básica da Saúde (Maeyama et al., 2020).

Porém, como os serviços de saúde ainda não atendem todas as necessidades da população, as relações sociais são de grande importância quando referidas à atenção à saúde da população idosa, agindo de forma complementar. Desta maneira, recursos de intervenções psicossociais estruturados em um repertório de conhecimento, habilidades e flexibilidade responsável e consciente, junto a grupos de idosos possibilitam, além do cuidado, elucidar a capacidade de enfrentar todas as formas do envelhecimento e as novidades que são vistas como potencialidades (Rabelo & Neri 2013).

2.2 Doenças crônicas associadas ao Envelhecimento

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) são um sério problema de saúde pública no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis mais relevantes que prejudicam os idosos são as enfermidades cardiovasculares, isto é: aterosclerose, dislipidemias, hipertensão arterial e derrame, além de diabetes *mellitus*, câncer, doenças pulmonares obstrutivas, artrite, demência e depressão (Brasil, 2009). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021) até o dia 28 de maio de 2021, havia aproximadamente 163 mil mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. Contudo, dentre as DNCT, a Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus* assumem importância em função de suas complicações, principalmente com o avanço da idade. Contudo, cabe mencionar que além hipertensão e diabetes *mellitus*, observa-se acentuado aumento de demência em função do grande contingente de idosos com 80 ou mais anos (Veras, Cordeiro & Pasinato, 2016).

A Hipertensão Arterial (HA), em termos conceituais, caracteriza-se por um aumento elevado e sustentado das taxas de pressão arterial (PA). O controle do quadro é muito relevante, visto que, o controle inadequado da PA relaciona-se diretamente a acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crônica (DRC), eventos de elevada gravidade, responsáveis por reduzir a longevidade e qualidade de vida, acarretando declínio da funcionalidade global, principalmente no contexto do envelhecimento (Malachias et al., 2016).

Conforme dados norte-americanos, a HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com doença arterial periférica (DAP) (Mozaffarian et al., 2015). No Brasil, 32,5%, ou seja, 36 milhões de adultos sofrem de HA, contribuindo para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (Scala, Magalhães & Machado, 2015).

Segundo Malachias et al. (2016), os fatores de risco associados a HA são: dislipidemia, obesidade abdominal e *diabetes mellitus* (DM). A Sociedade Brasileira de Cardiologia acrescenta outros fatores de risco, tais como: idade, sexo, etnia, excesso de peso, aumento do consumo de sal, do álcool, falta de exercício, e elementos sociais e econômicos (Malachias et al., 2016).

Ser idoso também constitui maior risco para desenvolver HA, graças às alterações morfológicas, metabólicas e psíquicas, próprias do envelhecimento (Santana, Rodrigues, Stival

& Volpe, 2019), como, por exemplo, as alterações no sistema cardiovascular (Almeida, Fook & Mariz, 2016). De acordo com Menanga et al. (2016), um recente estudo internacional também evidenciou o descontrole da PA referente a idade. A literatura também aponta que, para as mulheres, somam-se, ainda, as alterações provenientes do climatério e da menopausa como, por exemplo, a rigidez arterial, sendo agravantes para a prevalência de HA em idosas (Almeida, Fook & Mariz, 2016).

Um estudo realizado por Ruilope et al. (2018), comparou a população da América Latina a populações de outros lugares do mundo, concluindo que a hipertensão é causa frequente para doença cardiovascular.

Por sua vez, segundo a International Diabetes Federation (2017), a Diabetes *Mellitus* (DM) é avaliada como um fator preocupante e crescente na saúde pública, em todos os países, sejam eles desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Em 2017, foi estimado que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,3) da população mundial com idade entre 20 a 79 anos de idade vivia com Diabetes. Este número equivale a 424,9 milhões de pessoas.

Estima-se, ainda, que em 2045 haverá mais de 628,6 milhões de diabéticos em todo o mundo, sendo que a maior parte dos doentes (79%) vivem em países em desenvolvimento, onde deverá ocorrer o maior aumento de pacientes nas próximas décadas, segundo dados da *International Diabetes Federation* (2017).

Um estudo mais recente realizado pela *International Diabetes Federation* (2019) encontrou que a prevalência de diabetes entre adultos aumentou em relação ao ano de 2017, estima-se 463 milhões de pessoas com diabetes encontra-se na faixa etária de 20 a 79 anos, e em 2045, o número de casos de diabetes chegará a 700 milhões.

Em 2017, o Brasil encontrava-se na quarta posição no mundo em relação à frequência de indivíduos com Diabetes (30,2 milhões de diabéticos, com intervalo de confiança de 11,4 a 13,5), ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos da

América. Para 2045, estima-se que o país cairá para quinta posição, ficando atrás da Índia, China, Estados Unidos da América e México, porém os números continuam preocupantes: serão 20,3 milhões de brasileiros diabéticos, com intervalo de confiança de 18,6 a 22,1 (*International Diabetes Federation*, 2017).

O diabetes *mellitus* constitui-se por uma alteração metabólica crônica, considerada perigosa, que evolui lentamente e progressivamente. Esta doença tem como característica a escassez de insulina e/ou inabilidade da insulina de atuar para um bom resultado do processo metabólico, aumentando os níveis de glicose no sangue e na urina (Maia, 2002). Dentre os tipos de DM, destacam-se os grupos I e II. O processo de *Diabetes Mellitus* Tipo I resulta da destruição das células pancreáticas, com deficiência na produção de insulina. Contudo, a *Diabetes Mellitus* Tipo II é caracterizado por um quadro de clínico de resistência à ação da insulina, relacionado a uma relativa deficiência da secreção (Rodrigues, Szymaniak & Sobrinho, 2010).

Nos países desenvolvidos, o aumento da prevalência de diabéticos ocorrerá, principalmente, entre os idosos, devido ao aumento da expectativa de vida e ao crescimento populacional (Borba, Arruda, Marques, Leal & Diniz, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

A grande quantidade de pessoas acometidas pela Diabetes deve-se a fatores diversos, tais como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional; e, maior sobrevivência de diabéticos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

A Diabetes pode permanecer não detectada por muito tempo, ocasionando o surgimento de complicações. Isso ocorre devido ao baixo desempenho dos Sistemas de Saúde Pública; assim como a baixa conscientização da população e dos profissionais de saúde acerca da doença; e início insidioso dos sintomas, ou progressão da Diabetes tipo 2 (Beagley, Guariguata, Weil & Motala, 2014).

A Diabetes está associada a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos sistemas de saúde, maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal, amputações não traumáticas de membros inferiores. Desta forma, prever-se uma grande carga aos sistemas de saúde em todo mundo, porém a maior carga será nos países em desenvolvimento, uma vez que já enfrentam desafios referentes ao controle de doenças infecciosas (*Global Burden of Disease*, 2016; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

A rotina de autocuidado no quadro da Diabetes engloba uso de medicamentos, adoção de um estilo de vida saudável e mudança de hábitos, como por exemplo: alimentação balanceada; realização de atividades físicas; moderado uso do álcool; e, abandono do cigarro. Adotar esse estilo de vida é relevante, pois possibilita controlar e prevenir futuras desordens diabéticas. Além disso, é preciso estabelecer parcerias entre órgãos governamentais e a sociedade civil, para maior corresponsabilidade, a partir de ações de prevenção, detecção e controle da Diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

2.3 Aspectos Conceituais sobre Suporte Social

O Suporte Social (SS) é um dos principais conceitos trabalhados na Psicologia da Saúde (Siqueira, 2008), devido sua grande relevância, visto que contribui para aliviar momentos de aflição, impedir novas doenças e auxilia recuperação da saúde.

O interesse pelo Suporte Social na área da Psicologia e em outras áreas relacionadas deu-se por volta de 1970, como constatam Seild & Tróccoli (2006). No entanto, trata-se de um construto teoricamente complexo, e multidimensional, conceitualizado, definido e medido de diferentes formas, ocasionando falta de consenso entre os pesquisadores quanto à sua definição (Rodríguez & Cohen, 1998).

Mesmo com a diversidade de definições, estas possuem pontos em comum, resultando sempre a noção de que se trata de um tipo de interação ou comportamento cooperante fornecido àquele que busca ou necessita desse suporte (Rook & Dooley, 1985). Deste modo, assumindo que há algum tipo de transação relacional entre as pessoas (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), o que diferencia é a natureza dessa transação, abordada de formas variadas pelos estudiosos (Silva, 2019).

Grandes referências no estudo desse construto são os trabalhos pioneiros de Cassel (1976) e Cobb (1976). Em suas pesquisas, os autores constataram a influência das interações sociais no bem-estar, assim como na saúde dos indivíduos. Os estudos tinham como objetivo compreender como a inexistência ou precariedade do Suporte estaria associado à vulnerabilidade a doença, podendo aumentá-la. Tinham como objetivo, também, entender como o Suporte Social poderia proteger as pessoas de danos à saúde física e mental em virtude de situações estressantes.

Nas palavras de Ornelas (1994), o conceito de Suporte social contempla a forma com que cada pessoa percebe uma disponibilidade de ser assistido, do nível de sua integração na rede social de apoio.

De acordo com Ribeiro (1999) e Brito, Costa e Pavarini (2012), há três tipos de suporte social: informacional, emocional e material. O suporte informacional refere-se ao momento que os sujeitos obtêm informação ou orientação que sejam importantes para suas vidas e que ajude na compreensão do seu mundo; o suporte emocional equivale à disponibilidade de alguém com quem se pode ter contato, incluindo o fato do sujeito se sentir querido, amado e respeitado, com demonstrações de afeto, empatia e amor; por fim, o suporte material corresponde ao apoio proporcionado na solução de um problema prático ou ainda pela facilitação de tarefas que são do cotidiano (Barrón, 1996).

O SS proporcionado permite o compartilhamento de informações, auxílio em momentos de crises e a presença dos indivíduos em eventos sociais. Por sua forma subjetiva é visto como outro tipo de parentesco de amigos e de classes sociais, formando um novo grupo social fundado por traços de afinidade, marcado pela capacidade de unir pessoas (Aragão et al., 2009).

O conceito de apoio social percebido na concepção de Barrera (1986) é visto como uma avaliação cognitiva do sujeito, no qual ele se ver seguro através de outras pessoas e se sente amado e estimado pelos outros.

No campo das relações sociais, o SS pode ser observado no fornecimento de apoio material, financeiro ou alimentício; no apoio de atividades do lar, de transportes e mobilidade; no apoio de informações ao direito de cada um como sujeito de direitos; no apoio afetivo, que pode ser vivenciado de várias formas (Neri & Vieira, 2013).

Além do mais, o SS pode ser: pessoal ou interpessoal: onde é proposto por amizades, parentes e outras pessoas; relativamente formal: quando é gerado por outros tipos de sociedades e grupos, como de religião/ organizações do estado em comunidades; e finalmente, também é encontrado o profissional: possibilitando acesso a consultas e terapias (Barrón, 1996).

Pode-se encontrar o apoio social em duas formas: formal e informal. O primeiro tipo inclui serviços estatais, de segurança social e que são organizados pelo poder local (lares para terceira idade, serviços de apoio domiciliário, centro de convivência para idosos). O outro modelo mostra os parentes das pessoas mais velhas, as amizades e vizinhos (Martins, 2005).

O domínio de SS possui várias facetas e variados tipos que apresenta significado distinto para alguns tipos de sujeito e organizações (Ribeiro, 1999). Como proposto por Geib (2012), as relações sociais e comunitárias são determinantes sociais importantes para a saúde do idoso, compreendem o capital social, composto por relações de forte confiança, cooperação e reciprocidade, uma vez que as redes sociais se tornam mais fortes no momento que há verdade entre duas ou mais pessoas dentro de uma conjuntura. Por isso, Lemos e Medeiros (2013) destacam a importância do suporte social formal percebido pela população envelhecida.

2.4 Suporte Social à pessoa idosa

Segundo Barbosa et al., (2019), o interesse pelos aspectos sociais como fatores associados ao processo saúde-doença tem aumentado nos últimos tempos, considerando o conceito de saúde no contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a importância dos determinantes sociais que interferem na saúde das pessoas.

O Suporte Social é um dos aspectos mais relevantes quanto a melhorias na condição de vida e saúde dos sujeitos, incluindo as pessoas idosas (Freitas et al., 2016), e a sua importância aumenta com o decorrer do envelhecimento (Maia et al., 2016).

Segundo Santos et al. (2014), por ocorrer em um contexto sociocultural, o processo de envelhecimento necessita de cuidados organizacionais. Deste modo, viver a velhice de modo satisfatório implica competência frente às demandas externas e ambientais, mas também inserção coletiva, a partir da construção e manutenção do próprio bem-estar.

Em seu ambiente familiar e comunitário os indivíduos são significativos, conseguindo prover suporte social, além de formarem redes de apoio informal, onde prestam ajuda no dia a dia, gerando, portanto, bem-estar (Neri & Vieira, 2013).

O benefício da rede de apoio social depende, dessa forma, da sua capacidade de prover recursos para atendimento das muitas necessidades de cada pessoa, que se traduz como Suporte Social (Hanson et al., 1994).

Para a população idosa, as relações sociais representam uma forma apta para diminuir estresses durante a vida, sejam provenientes do dia a dia ou das enfermidades (Geib, 2012), buscando suporte afetivo e informação sobre seu particular com mais positividade, através do afeto e da promoção de um ambiente positivo e acolhedor (Gonçalves, 2011). Um estudo encontrou que idosos que recebem apoio social têm três

vezes menos chances de desenvolverem dependência em comparação àqueles que não o recebem (Brito et al., 2018).

É essencial falar da composição da família e suas funções no suporte ao idoso, principalmente, na ocasião de enfrentamento de condições adversas de estresse, saúde física, mental e outras demandas que possam vir a fragilizar a vida. De acordo com Rodrigues (2016) e Paúl (2017) quando os idosos apresentam incapacidades, os principais responsáveis por prestarem cuidados e apoio são os filhos.

Contudo, em alguns casos, a família não presta os devidos cuidados aos seus entes queridos. Quando não existe o suporte familiar, esse papel deve ser exercido por um sistema informal, como é o caso de familiares mais distantes, amigos, vizinhos ou pessoas da comunidade. Sabe-se que as interações com amigos e vizinhos asseguram, de forma notória, o sentimento de bem-estar emocional dos idosos (Rodrigues, 2016; Paúl, 2017).

Mesmo que a família tenha um importante papel no apoio social para os idosos como protetores, independentemente de tradições e questões culturais, eventualmente, o convívio com filhos e netos pode não ser garantia da existência de respeito e prestígio ou garantia da ausência de maus-tratos, assim como não asseguram uma velhice bem-sucedida (Costa & Lopes, 2014; Rodrigues, 2016).

Sem um suporte social, a pessoa pode vir a se desestruturar no âmbito social, em função do enfraquecimento de coesão social. A avaliação insatisfatória do suporte social no contexto do envelhecimento pode configurar um indicativo de piora na saúde física e psicológica de pessoas mais velhas. Conforme Félix et al. (2016), o apoio inapropriado de uma rede social falha pode estar relacionado a condições patológicas, indicadores de mortalidade, conduzindo a uma população com maior risco e vulnerabilidade. Sabe-se que a falta de rede social é preditora de mortalidade (Hobbs et al., 2016).

Situações estressantes associadas a recursos insuficientes, seja individual ou social, representam problemas para os idosos, podendo contribuir para o aparecimento de diversos transtornos de ordem psicológica, que corroboram com a má qualidade de vida e efeitos negativos na saúde, no geral. (Rabelo & Neri 2013; Nolen-Hoeksema et al., 2015). Somado a esses fatores, sabe-se que os idosos têm grandes chances de perdas afetivas da família e amigos, corroborando para o sentimento de solidão e isolamento social (Jaramillo & Fonnegra, 2015).

Nas palavras de Azeredo e Afonso (2016), “a solidão é um sentimento penoso e angustiante, que conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta suporte, sobretudo de natureza afetiva”. Segundo

Carmona, Souto e Scorsolini- Comin (2014), a solidão vivenciada pelo idoso está relacionada à falta de interações sociais, de trocas de afetividade, ao sentimento de exclusão e insatisfação, que podem levar ao quadro depressivo, afetando o desempenho das atividades de vida diária, sua funcionalidade e qualidade de vida (Vicente, et al., 2014).

3 CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e analítico, com recorte transversal e abordagem quantitativa, utilizando dados secundários oriundo da pesquisa “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde” realizada em Campina Grande no ano de 2016 e 2017.

3.2 Local da pesquisa

O município de Campina Grande localiza-se na mesorregião do agreste paraibano com população estimada de 413.830 habitantes distribuídos em aproximadamente 591.658 km². (IBGE, 2021).

No que diz respeito a rede de serviços de saúde, atualmente, encontra-se distribuídas no espaço-território dos 7 distritos sanitários e contempla 105 equipes da estratégia saúde da família, distribuídas em 74 unidades básicas de saúde; 8 centros de atenção psicossocial, 17 serviços de pronto atendimento (15 unidades do Serviço Móvel de urgência - SAMU e 2 Unidades de Pronto Atendimento) entre outros tipos de estabelecimento de saúde.

Para este estudo o cenário foram as Unidades Básica de Saúde localizada em seis Distritos Sanitários urbanos do município.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram 371 idosos com 60 anos ou mais de idade, com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, constituindo uma amostra do tipo não-probabilística, por conveniência.

Cabe destacar que como a atenção básica se responsabiliza pelas ações de intervenção e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2011), tornou-se, portanto, um local apropriado para encontrar o grupo pretendido.

No estudo original foram incluídos idosos adscritos nas unidades básica de saúde, escolhidas e que aceitem participar livremente da pesquisa, sendo excluídos os

participantes que deixaram o protocolo incompleto por algum motivo ou com dificuldade na compreensão dos instrumentos de coleta de dados.

3.4 Instrumentos

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: questionário sociodemográfico Inventário da rede de suporte social (IRSS). As variáveis para caracterização das condições demográficas e econômicas dos participantes do estudo foram selecionadas do questionário sociodemográfico e para mensurar o apoio percebido foi utilizada as variáveis do Inventário da rede de suporte social (IRSS).

No questionário estruturado foram selecionadas as variáveis relacionadas as condições sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, arranjo de moradia) e econômicas (renda mensal, aposentadoria, pensões, suficiência do dinheiro mensal para a sobrevivência, chefia familiar) dos idosos.

Para avaliação do apoio social foi utilizado o Inventário da Rede de Suporte Social – IRSS (Lima, Norman, & Lima, 2005), versão traduzida e adaptada à cultura brasileira do instrumento The Social Support Network Inventory (Flaherty, Gaviria, & Pathak, 1983).

O IRSS é um instrumento constituído por cinco subescalas com 10 itens cada que avaliam a rede social (fonte e tipos de contato) e componentes específicos de apoio social percebido (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio).

Durante a aplicação do instrumento era solicitado ao respondente para ele indicar as pessoas que tem contato mais frequente, pessoas próximas ao idoso ou que tem promovido algum suporte/apoio durante a sua experiência de enfermidade.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

No banco de dados foram coletadas as variáveis referentes as condições demográficas e econômicas oriundas no questionário sociodemográfico e as variáveis para mensurar o apoio percebido por idosos incluídos no estudo.

3.6 Processamento e análise dos dados

No banco de dados original criado no SPSS (versão 22) foram analisados dados de 371 idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo realizadas análises univariadas, bivariadas e multivariadas, com medidas de tendência central (média e mediana), de variabilidade (desvio padrão) das variáveis relacionadas as condições demográficas e econômicas.

Foram realizados testes de Mann-Whitney com o objetivo de investigar comparações entre os níveis do IRSS e variáveis sociodemográficas, e o Kruskal-Wallis visando verificar em que medida os níveis de apoio social eram equivalentes entre os diferentes grupos. Além disso, foi utilizada a correlação de Spearman para investigar em que medida as variáveis se correlacionavam entre si.

Realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método forward) para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, aposentadoria, quantos filhos tem, trabalha atualmente, escolaridade, renda, segurança financeira, religião, estado civil, morar sozinho, com a família, parentes ou outras pessoas e ser o principal responsável pelo sustento da família) e os níveis de suporte social percebido (IRSS).

No método forward as variáveis são inseridas passo-a-passo no modelo, tendo como base a correlação parcial da variável independente com a variável dependente. Optou-se por tal procedimento em razão de ser um modelo mais parcimonioso e apresentar o R² ajustado de cada variável (Field, 2020).

Foram criadas variáveis do tipo dummy para compor o modelo de Regressão Múltipla (masculino ou feminino; aposentado ou não aposentado; trabalha ou não trabalha; dinheiro é suficiente ou dinheiro não é suficiente; pouco religioso, religioso ou muito religioso; casado, solteiro, separado ou divorciado ou viúvo; morar sozinho ou não morar sozinho; mora com os filhos ou não mora com os filhos; mora com esposa ou não mora com esposa; principal responsável pela renda ou não ser o principal responsável pela renda).

Por fim, testes de qui-quadrado de independência (2x4) foram realizados visando investigar associações entre suporte social percebido (IRSS) (alto suporte social e baixo suporte social) e variáveis sociodemográficas (estado civil, religião e renda).

3.7 Aspectos éticos

Cabe mencionar que este estudo por utilizar dados secundários dispensa a apreciação ética, contudo a pesquisa que originou o banco de dados foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob o parecer nº 1.675.115.

Durante a sua execução, foram observadas as diretrizes estabelecidas para pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) para manuseio dados dos participantes.

4 CAPÍTULO 3 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM IDOSOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS

4.1 Resumo

O processo da velhice é uma etapa que envolve aspectos sociais e culturais, que requer proteção e cuidado. Estudo transversal com objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos diabéticos e/ou hipertensos e verificar a associação entre características sociodemográficas e suporte social percebido, utilizando dados secundários de 371 idosos, com idade a partir de 60 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e que foram acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande. As variáveis analisadas para caracterização das condições demográficas e socioeconômicas dos participantes foram selecionadas do questionário sociodemográfico. O modelo de regressão linear múltipla foi usado para mensurar o efeito das variáveis sociodemográficas e sobre os níveis de suporte social percebido. O teste de qui-quadrado foi realizado para verificar a associação entre suporte social percebido e as variáveis estado civil, religião e renda. Foram encontradas associações significativas entre suporte social percebido e estado civil ($\chi^2(3) = 10,954, p < 0,012, V = 0,173$); religião ($\chi^2(3) = 10,764, p < 0,013, V = 0,172$) e renda ($\chi^2(3) = 9,216, p < 0,027, V = 0,159$). Os idosos casados apresentaram 0,19 vezes mais chance de perceber alto suporte social, em comparação aos idosos solteiros. Destaca-se diante deste cenário, o suporte social como forma indispensável de vivenciar essa fase do envelhecimento, para lidar com questões pessoais e interpessoais, o que aponta a necessidade de oferta de ações, no contexto da atenção primária à saúde, centrada na promoção da saúde de modo a propiciar para um olhar sobre redes de suporte social de idosos, particularmente no contexto estudado, que contribua para efetivação do cuidado em saúde pautado na noção de saúde ampliada.

Palavras-chave: Suporte social, hipertensão arterial, diabetes mellitus, envelhecimento.

4.2 Introdução

Na atualidade, o processo de envelhecimento brasileiro está mais acentuado. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2019) mostram que de 210 milhões de brasileiros, 34 milhões são idosos. No quarto trimestre de 2019, os idosos representavam 16,2% da população do país. O processo da velhice torna-se uma etapa que envolve aspectos sociais e culturais, que requer proteção e cuidado, para as pessoas viverem essa fase da vida de forma satisfatória. Dessa forma, revela-se a importância de estudar ações que se voltem para esse público idoso, através da atenção, prevenção e promoção da saúde (Oliveira et al., 2021).

A experiência de envelhecer, no Brasil, tem evidenciado particularidades relacionadas às questões de saúde, aposentadoria, familiares e outras redes de apoio, identificadas como o suporte social e difere, em alguns aspectos, quando comparado com a

situação local envolvendo familiares, cuidadores e/ou dos idosos mexicanos e portugueses (Guedea et al. 2009; Paiva, 2019). O suporte social percebido, ainda, passa a ser relacionado com diversas variáveis demográficas como as relações intrafamiliares e demais relações sociais demonstrando, assim, que o ato de envelhecer é percebido, sentido e conta com uma rede de apoio que exige estratégias e cuidados com essa faixa etária (Sant'Ana & Elboux, 2019).

A investigação sobre o suporte social percebido em idosos diabéticos e hipertensos se justifica em função de que uma série de pesquisas de curta e longa duração tem apontado a diabetes mellitus e a hipertensão arterial com uma das principais causas de adoecimento e mortalidade em idosos (Strain & Paldánus, 2018; Francisco, Segri, Borim & Malta, 2018). Entende-se que a diabetes e a hipertensão são fatores de risco à vida da pessoa idosa e que determinadas variáveis podem potencializar (ou não) esse processo do envelhecer (Konzen, 2020; Costa, Deus & Alves, 2020). Situações estressantes associadas a recursos insuficientes, seja individual ou social, representam problemas para os idosos, podendo contribuir para o aparecimento de diversos transtornos de ordem psicológica, que corroboram com a má qualidade de vida e efeitos negativos na saúde. (Rabelo & Neri 2013; Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Lutz, 2015).

Enfrentar as comorbidades e outros desafios na vida da pessoa idosa é reconhecer inicialmente as limitações que há de surgir no corpo do sujeito (Souza, Pelegrini, Ribeiro, Pereira & Mendes, 2015). No entanto, fenômenos sociais têm sido cada vez mais, identificados para o enfrentamento dessas dificuldades, tornando, assim, o processo de envelhecer menos doloroso (Paiva, 2019). Para esses fenômenos, identifica-se as relações de afeto, cuidado, em que muitas são encontradas no seio familiar. São nessas instâncias que se encontra o suporte social, já discutido dentro da psicologia da saúde e áreas similares (Paiva, 2019).

Apesar da existência de diversas comorbidades em investigação na literatura científica da saúde, perceber as circunstâncias vivenciadas por idosos com comorbidades, abre um debate sobre as possíveis alternativas para o suporte social: seja ele recebido ou percebido. Assim, o suporte social percebido é fundamental para o desenvolver de estudos aplicáveis, sobretudo na população idosa que tem crescido ao longo dos últimos anos, uma vez que o apoio percebido pode contribuir positivamente para a saúde desse grupo. Assim, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos diabéticos e/ou hipertensos e analisar a associação entre características sociodemográficas e suporte social percebido.

4.3 Método

4.3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários oriundo da pesquisa “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde” realizada em Campina Grande no ano de 2016 e 2017.

4.3.2 Local da pesquisa

O cenário do estudo foram as Unidades Básica de Saúde localizada nos Distritos Sanitários urbanos do município de Campina Grande-PB.

O município de Campina Grande localiza-se na mesorregião do agreste paraibano com população estimada de 413.830 habitantes distribuídos em aproximadamente 591.658 km². (IBGE, 2021).

4.3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram 371 idosos com idades de 60 anos ou mais, com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, constituindo uma amostra do tipo não-probabilística, por conveniência. A escolha da unidade básica para recrutamento dos participantes partiu da premissa de que a atenção primária à saúde por se responsabilizar pela oferta de ações e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas constitui o local apropriado para encontrar o grupo pretendido.

4.3.4 Procedimentos de coleta de dados

No atual estudo, os dados foram coletados do Questionário sociodemográfico, sendo selecionadas as variáveis: sexo, cor ou raça, estado civil, escolaridade, religião, situação de trabalho, renda mensal, aposentadoria, pensões, suficiência do dinheiro mensal para a sobrevivência, chefia familiar dos idosos.

Para avaliação do apoio social percebido foram selecionadas as variáveis oriundas do Inventário da Rede de Suporte Social – IRSS (Lima, Norman & Lima, 2005), versão traduzida e adaptada à cultura brasileira do instrumento The Social Support Network Inventory (Flaherth, Gaviria & Pathak, 1983). O IRSS é um instrumento constituído por

cinco subescalas com 10 itens cada que avaliam a rede social (fonte e tipos de contato) e componentes específicos de apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio).

4.3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados dos participantes que atenderem ao critério de inclusão foram submetidos a análise estatística por meio do SPSS (versão 22). Assim, foi calculada as frequências relativas e absolutas para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes. Realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método forward) para verificar como as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, aposentadoria, quantos filhos tem, trabalha atualmente, escolaridade, renda, segurança financeira, religião, estado civil, morar sozinho, com a família, parentes ou outras pessoas e ser o principal responsável pelo sustento da família) impactavam nos níveis de suporte social percebido (IRSS). Em seguida, testes de qui-quadrado de independência (2x4) foram realizados visando verificar associações entre suporte social percebido (IRSS) (alto suporte social e baixo suporte social) e variáveis sociodemográficas (estado civil, religião e renda).

4.3.6 Aspectos éticos

Cabe mencionar que este estudo por utilizar dados secundários dispensa a apreciação ética, contudo a pesquisa que originou o banco de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob o parecer nº 1.675.115. Foram observadas as diretrizes estabelecidas para pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) para manuseio dados dos participantes.

4.4 Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico dos 371 idosos com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial, participantes do estudo, mostram média de idade de 71,34 (\pm 6,48), maioria do sexo feminino (81,4%), estado civil casados (39,9%) e viúvos (32,9%), se autodeclarando cabloco/mulato/pardo (54,2%), aposentados (71%) ou pensionistas (29%), 27% com renda familiar entre 901,00 e 1.761,00 reais, contudo chama a atenção que 14% de idosos desenvolviam algum tipo de trabalho (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo variáveis sociodemográficas, Campina Grande/PB, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	69	18,6
Feminino	302	81,4
Estado civil		
Casado(a)	148	39,9
Solteiro(a)	48	12,9
Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)	53	14,3
Viúvo	122	32,9
Cor ou raça		
Branca	133	35,8
Preta	29	7,8
Cabocla/mulata/parda	201	54,2
Indígena	3	0,8
Amarela/oriental	5	1,3
Trabalha atualmente		
Sim	52	14,1
Não	315	85,1
Renda		
Até 900 reais	96	25,9
De 901 até 1761 reais	101	27,2
1762 até 2300 reais	83	22,4
Acima de 2301 reais	91	24,5
Aposentado		
Sim	266	71,7
Não	105	28,3
Pensionista		
Sim	109	29,4
Não	257	69,3
Escolaridade		
Nunca foi a escola ou não concluiu a 1ª série	79	21,3
Curso de alfabetização de adultos	5	1,3
Ensino Fundamental I e II completo	75	20,2
Ensino Fundamental I e II incompleto	114	30,8
Ensino médio completo	35	9,4
Ensino médio incompleto	21	5,7
Curso superior completo	22	5,9
Curso superior incompleto	10	2,7
Pós-graduação (Especialização)	8	2,2
Proprietário da residência		
Sim	297	80,1
Não	73	19,9

Fonte: Adaptado de Banco de dados, 2016-2017.

Estudo de Konzen (2020), com idosos atendidos na atenção básica, também identificou uma maior prevalência de mulheres diabéticas e hipertensas, aspecto que pode ser explicado pelo fato de as mulheres apresentarem maior preocupação com sua condição física e por buscarem com maior regularidade os serviços de saúde (Elias et al., 2018). O estado civil é condição apontada por Matos et al. (2018), como importante em função de que uma união estável pode garantir o provimento de cuidado pelo companheiro relacionados a cuidados à saúde, a alimentação, ao lazer e atividades ocupacionais, de modo que essas dimensões do cuidado podem contribuir para uma melhor capacidade funcional ou mesmo na manutenção desta ao longo do tempo.

Ainda sobre o estado civil dos idosos, um achado do atual estudo que merece atenção foi proporção considerável de idosos viúvos, que pode apontar para uma possível fragilidade do idoso, conforme referido no estudo de Fernandes e Borgato (2016), que apontou o estado de viuvez associado com maior fragilidade entre os idosos comunitários.

Quanto à raça/cor, o fato dos idosos se autodeclarem cabloco/mulato/parda, apesar da escassez de estudos que abordam a relação raça com condições de saúde, já se tem relatado uma relação entre maior prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis em grupos étnicos não brancos. Nesse sentido, surge a necessidade de construção de investigações sobre essa associação, bem como a produção de estratégias individualizadas e direcionadas às especificidades de cada grupo racial e que visem à promoção à saúde (Moretto, Fontaine, Garcia, Neri & Guariento, 2016).

Sobre a situação da ocupação dos idosos entrevistados, dados do IBGE apontam como principal fonte de rendimento da população idosa a aposentadoria ou pensão (Camarano, 2020; IBGE, 2019). No entanto, nos chama a atenção na atual pesquisa, que alguns idosos desenvolviam algum tipo de trabalho. Talvez tal achado se justifique pelo fato de o idoso ainda ser o principal provedor da família e perda do poder aquisitivo ocasionado pelos baixos valores dos benefícios previdenciários, o que torna necessário um trabalho remunerado. Não obstante, Santos (2016) destaca outros fatores na manutenção das atividades laborais na velhice, sendo eles, a identidade vinculada ao trabalho, a relação social construída a partir dele, a ausência de planejamento na fase da aposentadoria e a falta de perspectivas futuras como fatores de preocupação para o trabalhador (Santos, 2016).

Considerando, que a maioria dos entrevistados são aposentados e pensionistas o fato deles referirem possuir renda entre 901,00 e 1.761,00 reais, tal situação ocorre em função dos idosos terem sua renda advindas, sobretudo, de programas de seguridade social,

como aposentadorias, pensões ou benefícios de prestação continuada. No entanto, destaca-se que na população estudada, pode haver uma heterogeneidade na variável renda, aspecto que não corrobora com os achados de Cardoso, Dietrich e Souza (2021), quando identifica que a distribuição de renda é mais igualitária entre idosos do que entre a população com menos de 65 anos.

Foi observado que a maioria dos idosos referiu possuir baixo grau de escolaridade, Santos (2018) e Konzen (2020), também identificaram predominância de usuários idosos na atenção básica com baixo grau de escolaridade. Desse modo, destacamos que a baixa escolaridade é um indicador socioeconômico com repercussões diferenciadas no processo de saúde e doença, particularmente por isto incidir na vulnerabilidade dos indivíduos, implicando num menor acesso aos serviços de saúde, práticas mais desfavoráveis de alimentação, atividade física, cuidados com o corpo e prevenção de doenças (Malta et al., 2019).

Quanto a situações de moradia, o presente estudo encontrou que (80%) dos idosos são proprietários da residência que moram, dado positivo, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, que enfatiza a moradia como essencial para o bem-estar do idoso e que a qualidade de vida de uma população específica, ou seja, a qualidade de vida dos idosos também está relacionada à sua moradia (Freire & Carneiro, 2017).

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo segurança financeira e religião, Campina Grande/PB, 2017.

Variáveis	n	%
Principal responsável pelo sustento da família		
Sim	250	67,4
Não	121	32,6
Considera que tem dinheiro suficiente para as necessidades		
Sim	175	47,2
Não	193	52,8
Possui religião		
Sim	364	98,1
Não	6	1,9
Como se considera em relação a religião		
Pouco religioso	80	21,6
Religioso	196	52,8
Muito religioso	93	25,6

Fonte: Adaptado de Banco de dados, 2016-2017.

A respeito a situação financeira e religião dos idosos entrevistados (Tabela 2), o atual estudo identificou que 67,4% se auto referem como principais responsáveis pelo sustento da família, porém para 52,8% o dinheiro não é suficiente atender as necessidades. No tocante a religião, foi observado que a maioria (98,1%) afirma ter uma religião e 52,8% se consideram religiosos.

Em muitos lares brasileiros os idosos são os responsáveis pela manutenção financeira da família, situação evidenciada no levantamento do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)¹ que mostrou que 24,9% dos domicílios no Brasil têm pessoas de 60 e mais anos e que esses contribuem com mais de 50% da renda domiciliar, com aposentadorias, pensões, rendimento do trabalho ou de outro tipo. Segundo o estudo de Silva Junior, Souto, Santos, Melo e Lacerda (2019), esse achado revela certa autonomia do idoso como suporte para seus filhos, netos ou outros familiares com os quais compartilha residência.

Nesse escopo, a pesquisa encontrou que idosos não consideram ter dinheiro suficiente para manter todas as necessidades. Elemento preocupante, considerando que uma renda menor se associa com o desenvolvimento de condições crônicas. Nesse estudo identifica-se uma alta prevalência de condições crônicas em indivíduos em situações de

¹ Recuperado de <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>

baixa renda, por outro lado, os sujeitos com maior renda apresentam maiores condições de acesso aos serviços de saúde e diagnósticos de condições crônicas com mais regularidade (Nunes et al., 2018).

Com isso, compreende-se que a experiência do envelhecer também pode estar associada às condições financeiras e materiais do idoso. Em nossa pesquisa, a maioria dos idosos pesquisados responderam que a renda familiar é entre R\$ 2.501 e R\$ 3.500 reais. A partir desse valor financeiro, se afasta teoricamente a ideia de que esses idosos vivam situações de miséria e vulnerabilidade social. No entanto, pesquisa realizada por Mota (2021) conseguiu apresentar um outro perfil de população idosa, principalmente de mulheres idosas, de baixa escolaridade, morando em locais de vulnerabilidade social, do contrário das pesquisas anteriores, esse grupo de pessoas idosas não recebiam o suporte social exclusivamente de familiares, mas eram mulheres idosas ativas, cumprindo papéis de cuidadoras de netos e outras pessoas de laços sanguíneos e em situação de dificuldade financeira.

Conforme Lima-Costa (2018), evidencia-se a partir dessas considerações anteriores a necessidade de ampliação de investimentos na proteção social, na escolaridade e na saúde, além da diminuição das desigualdades a elas associadas, para a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem-estar de indivíduos de todas as idades.

Foram encontradas associações significativas entre suporte social percebido e estado civil ($c2(3) = 10,954$, $p < 0,012$, $V = 0,173$); religião ($c2(3) = 10,764$, $p < 0,013$, $V = 0,172$) e renda ($c2(3) = 9,216$, $p < 0,027$, $V = 0,159$) (Tabela 3). Resíduos padronizados ajustados demonstraram que os idosos casados e solteiros, pouco religiosos e que ganham até R\$900 se associaram com a classificação de suporte social percebido. Análises de razão de chance (odds-ratio) revelaram que os idosos casados apresentaram 0,19 vezes mais chance de perceber alto suporte social, em comparação aos idosos solteiros.

Tabela 3. Qui-quadrado 2x4 entre Suporte social percebido e variáveis sociodemográficas.

Estado civil				
<i>Suporte social</i>	Casado	Solteiro	Separado/Divorciado	Viúvo
Baixo suporte social (n)	7	10	6	15
Resíduos ajustados	-2,8**	2,5**	0,2	0,9
Alto suporte social (n)	137	38	47	105
Resíduos ajustados	2,8**	-2,5**	-0,2	-0,9
Religião				
<i>Suporte social</i>	<i>Pouco religioso</i>	<i>Religioso</i>	<i>Muito religioso</i>	
Baixo suporte social (n)	16	16	6	
Resíduos ajustados	3,2**	-1,4	-1,3	
Alto suporte social (n)	63	178	84	
Resíduos ajustados	-3,2**	1,4	1,3	
Renda				
<i>Suporte social</i>	<i>Até R\$900</i>	<i>R\$901 a R\$1762 a R\$2301</i>	<i>Acima de R\$1761 R\$2300</i>	
Baixo suporte social (n)	17	8	4	9
Resíduos ajustados	2,8**	-1,0	-1,8	-0,1
Alto suporte social (n)	77	93	77	80
Resíduos ajustados	-2,8**	1,0	1,8	0,1

Nota: n = número de casos; $p < 0,01$

O apoio social é visto como importante provedor de melhorias na vida e saúde para as pessoas idosas, alguns autores o trazem como fator relevante para prover atenção integral para a saúde do idoso e isto é visto ainda maior com o decorrer da velhice (Guedes, Lima, Caldas, & Veras, 2017). O avanço na vida do idoso pode se dar por meio do apoio material, instrumental, informativo, afetivo e de diversas manifestações (Neri & Vieira, 2013).

As pesquisadoras Sant'Ana e Elboux (2019) realizaram um estudo com um grupo de pessoas idosas, no município de Várzea Grande, no Estado do Mato Grosso, região Centro-Oeste do Brasil, com 348 pessoas idosas, embora seja referido que as mulheres são maioria nas pesquisas científicas quando comparado com a quantidade de homens idosos, evidenciou predomínio do sexo feminino e a família como a principal provedora de cuidado dos idosos. Outro estudo analisou o suporte social na fase da terceira idade, identificando uma maior participação do público feminino mostrando que as mulheres “são

mais participativas e aderem a propostas que estão relacionadas ao autocuidado e processos ligados à saúde (Neri & Vieira, 2013). Paiva (2019) apresenta que a maioria participante do seu estudo eram do sexo feminino, em congruência a esse estudo, que também identificou o maior número de mulheres.

É importante destacar que no processo de envelhecimento humano, ter a possibilidade de contar com auxílio e suporte pode diminuir situações de esgotamento, estresse e adversidades do dia a dia para com as pessoas idosas (Neri, 2001). Outro fator percebido, positivo e que se diferencia da atual pesquisa é a resiliência em idosos (Silva Junior et al., 2019).

Os estudiosos conseguiram estabelecer relação positiva da resiliência com os declínios do processo de envelhecimento. Isso porque, segundo o grupo de pesquisadores, idosos resilientes, e ligados à religiosidade, podem adquirir condições necessárias para atravessar um processo de adoecimento e de envelhecimento saudável (Silva Junior et al., 2019). Comparando com nossa pesquisa, não se obteve tal resposta de associação da resiliência de idosos com a religiosidade, no entanto, a variável “religião” foi acionada pelo grupo pesquisado e os resultados indicam que 364 idosos (98,1%) praticam ou acreditam em uma religião, contra 6 idosos (1,9%) que não praticam e/ou professam a vida espiritual.

O grupo de idosos no contexto estudado afirmou possuir alguma religião, achado que sinaliza uma alta vivência da espiritualidade/religiosidade na vida dessas pessoas. Essas práticas apresentam-se nessa etapa da vida como um importante recurso no enfrentamento das adversidades que nesse período surgem, tais como o declínio das condições de saúde; gastos financeiros consideráveis em tratamentos de saúde; mudança de status econômico resultante, principalmente, de aposentadorias indignas; perdas pessoais diversas e perda de pessoas significativas no curso da vida; isolamento social e por vezes familiares (Esperandio, Escudero, Fanini & Macedo, 2019).

Levando-se em consideração as suas dimensões, a espiritualidade/religiosidade pode constituir-se parte integrante do Suporte Social do idoso, à medida que assegura ao idoso, um sentimento de ser e pertencer a uma comunidade maior, reduzindo o isolamento, estimulando os laços sociais e reforçando o significado de vida. A espiritualidade também se configura como fator influenciador no bem-estar do idoso, na construção de seus valores e crenças e nas suas relações sociais e novamente foi apontada como uma estratégia de enfrentamento, oportunizando o desenvolvimento de sentimentos positivos, sendo

compreendida como uma motivação para superar as adversidades vindas do processo de envelhecimento (Garcia, 2019).

Glidden, Borges, Pianezzer e Martins (2019) construíram um trabalho em que o objetivo era analisar a participação de idosos em grupos da terceira idade e como isso poderia se relacionar com o suporte social. Logo, esses resultados também demonstram como essas redes de relacionamento (ou suporte social) são importantes e trazem benefícios para a vida do idoso. Essa perspectiva é semelhante, quando comparada com a presente pesquisa que analisa associação entre apoio percebido e as características sociodemográficas em idosos diabéticos e hipertensos.

Por outro lado, algumas pesquisas realizaram levantamento de dados sobre o suporte social percebido por idosos com câncer. Brito, Penido, Silva, Fava e Nascimento (2021) perceberam os fatores associados positivamente e negativamente. Entre os fatores associados positivamente ao apoio social estão: não morar sozinho, renda, possuir companheiro e outras variáveis. No caso dos fatores negativos, os pesquisadores identificaram: baixa renda e uso de polifarmácia. No estudo, ainda, os pesquisadores encontraram que mais de 88% dos idosos residem com pelo menos mais uma pessoa no domicílio. Essa variável, inclusive, “morar sozinho” foi percebida pelos idosos pesquisados com comorbidades (diabetes mellitus e hipertensão arterial).

Apesar da pesquisa avaliar idosos com câncer, diferentemente desta pesquisa que investiga idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial, ambas as pesquisas conseguem observar o suporte social do ponto de vista percebido pelo idoso e de que forma as variáveis podem favorecer para a melhoria e efetivação das políticas públicas da saúde e no atendimento desses sujeitos (Brito et al., 2021).

Outra característica identificada na atual pesquisa é que o suporte ou apoio social se ampara em relações duradouras ou, pelo menos, tem se a expectativa de que isso ajude o idoso com comorbidades, a enfrentar os percalços da vida. Ao consultar a tabela, na variável “estado civil”, enxerga-se que a maioria dos idosos investigados são casados(as), na sequência aparecem os idosos viúvos(as), divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) e solteiros(as).

A permanência desse tipo de relação (íntima), isto é, o casamento, na vida do idoso faz parte de uma configuração e rede de apoio formada ao longo da vida pessoal e que naturalmente são pessoas que contribuem, em alguma medida, na vida do companheiro(a). Para Neri e Vieira (2013), o suporte social e as redes de relações sociais não são fixas, do

contrário, são variáveis que podem mudar de acordo com o gênero e situações socioeconômicas.

Além desses aspectos, é relevante enfatizar que se faz necessário que o suporte social seja compreendido de uma maneira específica pelos idosos, tendo em vista que, cada grupo, respeitando as características e individualidades dos sujeitos, deve apresentar diferenças. Segundo Paiva (2019), o suporte social percebido é um aspecto ligado à subjetividade. Essa percepção do suporte social na pessoa idosa permite entender como, por exemplo, essas informações podem ajudar no desenvolvimento e no quadro de saúde do sujeito.

A caracterização sociodemográfica e a associação para suporte percebido pelos idosos, a partir de sete variáveis: sexo, idade, estado civil, mora sozinho, religião, renda familiar e escolaridade, similarmente ao estudo de Santos (2018) por meio do perfil do idoso, buscar visualizar questões básicas sobre a saúde pública do idoso e como isso pode fundamentar a própria pesquisa. Além dessas variáveis, enfatiza-se que os idosos investigados têm um perfil demarcado por duas comorbidades: a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, explícito nos resultados e estudo em questão.

4.5 Considerações finais

O estudo em questão possibilitou a análise da associação entre suporte social percebido e as características sociodemográficas em idosos diabéticos e/ou hipertensos, revelando questões que o idoso enfrenta no transcurso da vida diária e como a percepção do suporte social faz parte da sua vida.

Dessa forma, o estudo mostrou entre os idosos participantes do estudo, prevalência de mulheres, estado civil “casados” e se autodeclarando cabloco/mulato/pardo, aposentados e com responsabilidade pelo sustento da família. Contudo, chamou a atenção que alguns desses idosos, embora possuíssem uma renda proveniente de aposentaria/pensões, alguns ainda desenvolviam algum tipo de trabalho. Ficou evidenciando que idosos casados, pouco religiosos e que ganham até R\$ 900 apresentam um nível de alto suporte social percebido.

Destaca-se diante deste cenário, o suporte social como forma indispensável de vivenciar essa fase do envelhecimento, para lidar com questões pessoais e interpessoais, o que aponta a necessidade de oferta de ações, no contexto da atenção primária à saúde, centrada na promoção da saúde de modo a propiciar para um olhar sobre redes de suporte

social de idosos, especialmente no contexto estudado, que contribua para efetivação do cuidado em saúde pautado na noção de saúde ampliada.

4.6 Referências

- Almeida, A. N. (2015). O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(1), 43-52. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/21752095/2015/v7n1/a4755.pdf>
- Banco de dados: resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde. (2017). Local: Campina Grande.
- Brasil. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brito, T. R. P., Penido, G. S. G., Silva, J. G., Fava, S. M. C., & Nascimento, M. C. (2021). Fatores associados ao apoio social percebido pelo idoso com câncer. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15, e0210004.
- Camarano, A. A. (2020). Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4169-4176.
- Cardoso, E., Dietrich, T. P., & Souza, A. P. (2021). Envelhecimento da população e desigualdade. *Brazilian Journal of Political Economy*, 41, 23-43.
- Costa, G. D., Deus, R. M. L., Alves, W. S. (2020). Estudo epidemiológico da prevalência simultânea de hipertensão e diabetes de pacientes cadastrados no Hiperdia em uma cidade do estado do Piauí. *Research, Society and Development*, 9, e192922163.
- Elias, H. C., Marzola, T. S., Molina, N. P. F. M., Assunção, L. M. D., Rodrigues, L. R., & Tavares, D. M. D. S. (2018). Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 562-569.
- Esperandio, M. R. G., Escudero, F. T., Fanini, L., & Macedo, E. P. N. (2019). Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. *Interação em Psicologia*, 23(2), 268-280.
- Fernandes, B. L., & Borgato, M. H. (2016). A viuvez e a saúde dos idosos: uma revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 187-204.
- Flaherth, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: the social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 12-519.
- Francisco, P. M. S. B., Segri, N. J., Borim, F. S. A., & Malta, D. C. (2018). Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3829-3840.

- Freire, R. D. M. H., & Carneiro, N. (2017). Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20, 713-721.
- Garcia, L. D. L. (2019). Espiritualidade como suporte social no envelhecimento. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
- Glidden, R. F., Borges, C. D., Pianezzer, A. A. & Martins, J. (2019). A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 261-275.
- Guedea, M. T. D., Damacena, F. A., Carbajal, M. M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. A., ... & Flores, E. I. (2009). Necessidade de apoio social em cuidadores de familiares de idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 242-249.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2021). Campina Grande. Recuperado de <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>
- Konzen, A. L. (2020). Perfil epidemiológico de idosos hipertensos e diabéticos assistidos em uma Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul.
- Lima, E. D. R. P., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarsh*, 37(3), 258-260.
- Lima-Costa, M. F. (2018). Envelhecimento e saúde coletiva: estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 52, 2s.
- Malta, D. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Machado, Í. E., Silva, A. G. D., Bernal, R. T. I., ... & Szwarcwald, C. L. (2019). Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22, E190006-SUPL.
- Matos, F. S., Jesus, C. S. D., Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. D. S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3393-3401.
- Moretto, M. C., Fontaine, A. M., Garcia, C. D. A. M. S., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2016). Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00081315.

- Mota, G. M. P. (2021). Arranjos familiares, apoio social e fragilidade em idosos da comunidade. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Neri, A. L. (2001). Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Lutz, C. A. (2015). *Hilgard's introduction to psychology*. New Delhi: Cengage Learning.
- Nunes, B. P., Batista, S. R. R., Andrade, F. B. D., Souza Junior, P. R. B. D., Lima-Costa, M. F., & Facchini, L. A. (2018). Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSIBrasil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 10s.
- Oliveira, M. C. C., Pereira, K. D., Oliveira, M. A. C., Pinto, M. A. T. C., Lucena, J. M. C., Leite, M. F., ... & Fonseca, R. C. (2021). Importância da atenção e promoção à saúde frente ao processo de cuidado da pessoa idosa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1151-1163. Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23130>
- Paiva, A. F. (2019). Suporte social percebido e funcionamento cognitivo em idosos portugueses. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2013). Intervenções psicossociais com grupo de idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(6): 43-63.
- Sant'Ana, L. A. J., & Elboux, M. J. (2019). Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde em Debate*, 43(121), 503-519.
- Santos, K. L. (2018). Qualidade de vida de idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na atenção primária em saúde. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. Recuperado de <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3179>
- Santos, N. M. (2016). Permanência de idosos no trabalho: fatores estruturais e psicossociais (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva Júnior, E. G. D., Eulálio, M. D. C., Souto, R. Q., Santos, K. D. L., Melo, R. L. P. D., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 7-16.
- Souza, A., Pelegrini, T. S., Ribeiro, J. H. M., Pereira, D. S., & Mendes, M. A. (2015). Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1176-1185.
- Strain, W. D., & Paldánus, P. M. (2018). Diabetes, cardiovascular disease and the microcirculation. *Cardiovascular Diabetology*, 17(1), 57.

5 CAPÍTULO 4 - ENVELHECIMENTO E AS PRINCIPAIS FONTES DE APOIO DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO POR IDOSOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS

5.1 Resumo

A experiência de envelhecer tem evidenciado particularidades relacionadas as questões de saúde. Estudo exploratório com recorte transversal, com objetivo de verificar as principais fontes de apoio percebido pelo idoso com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Foram utilizados dados secundários oriundos da pesquisa “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde” realizada em Campina Grande em 2016 e 2017. No banco da pesquisa, foram selecionados dados de 371 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial, acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde do município. Os escores de cada escala do Inventário de Suporte Social foi somado e dividido pelo total de item, obtendo-se o grau de apoio percebido pelo respondente entre as pessoas identificadas por ele. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar a correlação entre o apoio percebido e as variáveis sociodemográficas, com significância estatística $p < 0,05$. A correlação de Spearman foi realizada para investigar em que medida as variáveis se correlacionavam entre si. O escore médio total do Inventário de Suporte Social foi de 4,37 (DP = 0,52), demonstrando que os idosos possuem alta percepção de suporte social. Observa-se que as mulheres idosas apresentaram maior nível de apoio social em comparação aos homens ($U = 3096,000$, $z = -2,419$, $p < 0,01$). Porém, o tamanho de efeito foi baixo ($r = 0,15$). Os idosos que moram com os filhos percebem mais apoio social ($U = 6487,500$, $z = -2,198$, $p < 0,02$, $r = 0,14$), assim como os idosos que moram com os netos ($U = 3769,000$, $z = -2,503$, $p < 0,01$, $r = 0,16$), quando comparado com aqueles que não moram. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre apoio social, idade e mora sozinho. Sugere-se a realização de estudos para aprofundamento sobre as pessoas idosas e suas redes de apoio, seja de família, de amigos, grupos ou profissionais de saúde, para comparações ao longo do tempo, com foco em boas condições de saúde, e oferta de suporte à pessoa idosa que proporcionem melhoria nas ações de promoção da saúde, com direcionamento de estratégias e intervenções que agreguem qualidade ao envelhecimento.

Palavras-chave: Idosos, suporte social, hipertensão arterial, diabetes.

5.2 Introdução

A população brasileira tem aumentado, pesquisa realizada no Brasil revela que há milhões de idosos vivos e que no ano de 2019, os idosos representavam 16,2% do sistema populacional do país, dessa forma há uma necessidade de estudos para esse público, pois se faz necessário criar estratégias de prevenção e promoção de saúde para estes, evitando assim, agravamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o Diabetes e a Hipertensão Arterial, pois essas são vistas como grande problemas de saúde pública, estando entre os principais riscos de morte no país (Tortorella, Corso, Gonzáles-Chica &

Melhen (2017), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2019, Oliveira et al., 2021).

Dessa forma, o envelhecimento da população é de interesse para diversas vertentes da ciência, como a psicologia, que estuda a velhice. Sendo assim, a psicologia considera o processo do envelhecer multidimensional, com percalços e vantagens, pois a experiência de envelhecimento tem evidenciado particularidades relacionadas as questões de saúde e suas necessidades, desse modo o suporte social entra como um recurso de proteção à saúde, pois o apoio social que o idoso percebe facilita suas vivências diante do envelhecimento (Glidden, Borges, Pianezes & Martins, 2019; Yamaji, 2021).

Nessa direção é relevante que o idoso perceba apoio social, para seu bem-estar psicológico, físico e social, ter o entendimento que esse aspecto tem influência na forma como a pessoa idosa desenvolve e percebe sua velhice, essa participação do idoso com grupos, amigos, família, são necessários para adiar a perda das habilidades cognitivas, dessa forma é crucial que essas formas de apoio para o idoso para prevenção de doenças (Glidden et al., 2019). Diante disso, esse estudo tem como objetivo verificar as principais fontes de suporte social do idoso com Diabetes e/ou Hipertensão Arterial.

5.3 Método

5.3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, com recorte transversal e abordagem quantitativa, utilizando banco de dados secundários oriundo da pesquisa “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde” realizada em Campina Grande no ano de 2016 e 2017.

5.3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em Campina Grande-PB, cidade do nordeste brasileiro, localizada na mesorregião do agreste paraibano, possui uma população estimada de 413.830 habitantes distribuídos em aproximadamente 591.658 km². (IBGE, 2021). O cenário do estudo foram as Unidades Básica de Saúde localizada nos Distritos Sanitários urbanos do município.

5.3.3 Participantes

Foram analisados dados de 371 idosos com idades de 60 anos ou mais, com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, constituindo uma amostra do tipo não-probabilística, por conveniência.

Considerando que atenção básica se responsabiliza pelas ações de intervenção e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2011), entende-se ser um local apropriado para encontrar o grupo pretendido.

5.3.4 Procedimentos de coleta de dados

No presente estudo, as variáveis relacionadas as condições sociodemográficas (sexo, idade, arranjo de moradia e quantidade de filhos vivos) dos idosos foram extraídas do Questionários sociodemográficos e as variáveis para mensurar o apoio percebido por idosos (satisfação, o sentimento de pertença, assistência, confiança, responsabilidade, orientação e envolvimento) contidas no Inventário da Rede de Suporte Social – IRSS (Lima, Norman & Lima, 2005), versão traduzida e adaptada à cultura brasileira do instrumento The Social Support Network Inventory (Flaherth, Gavia & Pathak, 1983). Assim, a partir do IRSS foi identificado a percepção do suporte social.

5.3.5 Processamento e análise dos dados

O IRSS é um instrumento constituído por cinco subescalas com 10 itens cada que avaliam a rede social (fonte e tipos de contato) e componentes específicos de apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio), assim, para verificação das principais fontes de suporte social do idoso com Diabetes e/ou Hipertensão Arterial, os escores de cada escala foi somado e dividido pelo total de item. O valor resultante do cálculo representa o grau de apoio percebido pelo respondente entre as pessoas identificadas por ele.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar a correlação entre o apoio percebido e as variáveis sociodemográficas, com significância estatística $p < 0,05$. Além disso, foi utilizada a correlação de Spearman para investigar em que medida as variáveis se correlacionavam entre si.

5.3.6 Aspectos éticos

O estudo por utilizar dados secundários dispensa a apreciação ética, contudo a pesquisa que originou o banco de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob o parecer nº 1.675.115. Considerando as diretrizes estabelecidas para pesquisas com seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) foram adotados os preceitos éticos para manuseio dados dos participantes.

5.4 Resultados e discussão

O escore médio total do IRSS foi de 4,37 (DP = 0,52), demonstrando que os idosos deste estudo possuem alta percepção de suporte social. O escore mínimo foi de 2,88 e o máximo de 5,10 (Tabela 1).

Tabela 1. Escore médio do IRSS, Campina Grande 2017.

Subescala	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
IRSS 01	4,61	0,55	5,10	1,90
IRSS 02	4,45	0,67	5,10	1,60
IRSS 03	4,36	0,89	13,30	1,80
IRSS 04	4,20	0,85	5,10	1,10
IRSS 05	4,10	0,81	5,10	1,00
IRSS Total	4,37	0,52	5,10	2,88

A psicologia da saúde é um campo da ciência que estuda o ser humano em diferentes vertentes, sendo uma delas, a saúde das pessoas idosas (Guedes, Lima, Caldas & Veras (2017). Guedes et al. (2017) citam o apoio social - cuja nomenclatura também é identificada como suporte social - enquanto uma parte importante de um estudo realizado sobre o apoio social e o cuidado integral à saúde dos idosos. Em um levantamento bibliográfico, os autores pesquisaram sobre artigos referentes ao estudo do apoio social e encontraram, na época, pelo menos 60 produções acadêmicas. Um dos principais pontos abordados pelo grupo é a necessidade de um olhar mais humanizado para esse público (Guedes et al., 2017).

Dessa forma, o suporte social tem sido identificado na literatura científica como fator importante na saúde das pessoas idosas. Também conhecido como apoio social, é

entendido como um conjunto das relações e redes sociais subdivididas em campos da vida humana como: apoio material, apoio instrumental, apoio informativo e apoio afetivo (Neri & Vieira, 2013). Ao construírem laços, os sujeitos encontram possibilidades de contornar as adversidades da vida, entre elas, problemas de vulnerabilidade, isolamento e solidão (Sant’Ana & Elboux, 2019b).

Algumas questões estão ligadas a percepção e interpretação do indivíduo, como é o caso do otimismo em situações da vida. Sobre isso, uma pesquisa analisou a participação de um grupo de idosos, a sua relação com o suporte social e o otimismo (Glidden et al., 2019), e que esse “sentimento” de otimismo pode estar relacionado a uma percepção de autocuidado e de vivência. Na ótica de Silva, (2015) o suporte social percebido pode estar associado ao desempenho dos diferentes papéis da vida social.

Em outro estudo, foi analisada a associação de sintomas depressivos e de ansiedade em uma amostra de 134 idosos sem déficit cognitivo, além de variáveis e da percepção do suporte social. Possatto e Rabelo (2017) afirmam que essas psicopatologias afetam significativamente a vida dos idosos, com reflexos nas relações familiares. O suporte social identificado, pelos pesquisadores, foi o percebido pelos idosos e que segundo os resultados, foi de baixa percepção apresentando, inclusive, mais sintomas de ansiedade.

Concorda-se com os autores sobre o entendimento do suporte social percebido. Na pesquisa, eles compreendem que a possibilidade de ter mais pessoas disponíveis para oferecer suporte aos idosos, pode ajudar nas demandas cotidianas. O suporte é classificado, ainda, como emocional, material ou instrumental, capaz de amenizar os problemas e tensões dos idosos (Possato & Rabelo, 2017).

Os idosos confirmaram perceber mais apoio por parte dos familiares (61,7%), se constituindo em sua principal fonte de suporte social. Seguido dos amigos (15,4%), grupos (8,7%) e profissionais de saúde (1,2%) (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas da fonte de suporte social percebido (IRSS) (n = 371).

Variáveis	Frequência Absoluta (F)	Frequência relativa (%)
Pessoa 01		
Amigos	47	12,7
Chefe	1	0,3
Familiar	307	82,7
Grupo	2	0,5
Profissional de saúde	6	1,6
Pessoa 02		
Amigos	69	18,6
Familiar	269	72,5
Grupo	2	0,5
Profissional de saúde	4	1,1
Pessoa 03		
Amigos	67	18,1
Familiar	246	66,3
Grupo	4	1,1
Profissional de saúde	7	1,9
Pessoa 04		
Amigos	65	17,5
Familiar	226	60,9
Grupo	10	2,7
Profissional de saúde	3	0,8
Pessoa 05		
Amigos	37	10,0
Familiar	96	25,9
Grupo	144	38,8
Profissional de saúde	3	0,8

Nesta pesquisa, foram identificadas diversas fontes do suporte social percebido pelos idosos: família; amigos; profissionais da saúde e grupos, sendo analisadas individualmente. Ao contrário da pesquisa de Possato e Rabelo (2017), esta pesquisa encontrou uma alta percepção do suporte social. No entendimento dos idosos, a fonte de apoio “família” foi a maior provedora do suporte social percebido pelo grupo da terceira idade, registrando 82,7% (pessoa 1), seguido de 72,5% (pessoa 2), 66,3% (pessoa 3), 60,9% (pessoa 4), com exceção do último, que revelou o menor percentual 25,9% (pessoa 5).

De acordo com Glidden et al. (2019) a interação social é fundamental na vida da pessoa idosa, pois isso contribui para a manutenção do suporte social e, conseqüentemente, cuidados com a saúde e prevenção de doenças. É nessa área, de interação e apoio, que as

redes e os vínculos familiares se manifestam, mostrando ponto de equilíbrio e, por vezes, bases fundamentais para os idosos. As autoras Sant'Ana e Elboux (2019a) referem que além dos familiares, o suporte ou apoio social é geralmente oferecido também por outros grupos sociais.

Sob outra perspectiva, as pesquisadoras já indicam que se tratando do apoio, se sobressai a ajuda recebida por familiares, corroborando para um cenário também identificado na presente pesquisa, de que os familiares estão, em sua maioria, ajudando e cuidando dos idosos (Sant'Ana e Elboux, 2019a).

Além do suporte social percebido ser avaliado positivamente pelos idosos, Sant'Ana e Elboux (2019a) também reconhecem a família como a principal provedora, captando informações importantes no que diz respeito aos arranjos familiares. A expectativa do cuidado esteve associada às mulheres, sendo filhas, noras ou esposas.

É importante observar a frequência de estudos que apresentam resultados em que figuras do sexo feminino são correlacionadas à função do “cuidar”, o que também pode ser interpretado às teias de interdependência dos sujeitos do sexo masculino, bem como as desigualdades de gênero. Sant'Ana e Elboux (2019a) exemplifica essa relação na pesquisa, ao se referir que a grande maioria das mulheres esperavam pelos cuidados das filhas ou noras (81,78%), descartando os cuidados dos maridos. No caso dos próprios homens, eles também esperavam pelos cuidados de esposas, filhas ou noras (71,76%).

Na atual pesquisa, considerando a que a família foi destacada como principal fonte de apoio social percebido, pode-se inferir que o fato de o apoio social estar associadas às pessoas do seio familiar, é sinal de confiabilidade no discurso, ou seja, existe uma entrega verbal e de confiança dos idosos para quem se diz. As autoras mencionadas anteriormente, apontam que os relacionamentos entre grupos, incluindo os familiares, ajudam no enfrentamento de situações do cotidiano e sendo identificados como indivíduos provedores do suporte social (Sant'Ana e Elboux, 2019a).

Mota (2021) investigou sobre a constituição dos arranjos familiares de idosos e como o tema pode estar relacionado ao apoio social. Com uma amostra de 247 idosos, a pesquisadora encontrou 73,8% dos participantes da pesquisa moram com algum membro da família. O dado reforça como a família, além de um vínculo de confiança e apoio, é também de presença na vida dos idosos. Por outro lado, ela descreve no estudo um

crescimento de relacionamentos permeados por conflitos tanto interno quanto externo ao lar.

Esse dado - até então, não discutido nas pesquisas anteriores - mostra que os arranjos familiares também passam por transformações e que não são estáticos, fixos. E sobre essa informação, a pesquisadora também analisou os laços existentes, sendo 54,7% de pessoas idosas que contaram ter aumentado os laços ao longo do tempo, seguido de 31% que diminuiriam e, por fim, 14,3% que permaneceram.

Retomando a ideia dos laços de amizades enquanto suporte social percebido para os idosos, a literatura científica também já tem contribuído sobre o assunto. Glidden et al. (2019) classifica a rede de amigos como uma das comunidades capazes de adiar a perda das habilidades mentais. O envolvimento com esses grupos sociais são formas de proteção (ou suporte social) identificados pelos idosos. A variável “amigos”, ela se destaca de maneira diferente, quando comparada com as redes familiares.

Na Tabela 3, pode ser observada que classificação da fonte de suporte social “amigos” ficou estabelecida da seguinte forma: 12,7% (pessoa 1), 18,6% (pessoa 2), 18,1% (pessoa 3), 17,5% (pessoa 4) e 10,0% (pessoa 5). O envolvimento de pessoas idosas com amigos também pode ser justificado com um percentual mais baixo, por entender que na fase final da vida desses idosos, sobretudo, idosos acometidos por doenças, a rede de contatos de amigos passa a ser mais escassa, diante da própria dinâmica da vida social. Logo, é compreensível que o engajamento dessas relações possa diminuir.

Autores, como Neri e Vieira (2013) identificam que as relações apresentam uma espécie de natureza, sendo elas, formais e informais. É no campo da informalidade que estão concentradas as relações com familiares, amigos e vizinhos. Essas redes de apoio e suporte social são imediatamente acionadas, quando os idosos necessitam desse auxílio e cuidado emergencial. Com isso, nota-se quão importante são os relacionamentos e apoio afetivo das amizades, ainda que os resultados desta pesquisa apontem em menor porcentagem.

Dando sequência, Sant’Ana e Elboux (2019a) indicam uma reflexão oportuna sobre as redes de apoio de familiares e amigos, a propósito, que respaldam os resultados desta pesquisa. Conforme as autoras, as amizades entre idosos promovem benefícios, ajudam na sociabilidade do sujeito e são de livre escolha, entretanto, é com a família a relação principal e mais próxima.

Embora haja essa hierarquização das redes de suporte social percebido pelos idosos, vale enfatizar que ambas podem influenciar na capacidade física, cognitiva e social da pessoa idosa.

Assim, fica percebido que a variável “amigos” é, em alguma medida, uma rede protetiva e de importância percebida pelos idosos, ainda que não seja a principal delas. Esses tipos de relações podem ajudar a minimizar danos, resgatar e construir novas memórias.

Até o momento, fica visto que as redes familiares e de amigos são tidas como suporte social percebidas, em níveis percentuais diferentes, pelos idosos diabéticos e hipertensos. E um dos grupos também presentes na vida das pessoas idosas são os cuidadores e profissionais que prestam serviços de saúde (Ceccon et al., 2021). Para as autoras Sant’Ana e Elboux (2019a), o apoio social é multivariado e que é papel dos profissionais de saúde reconhecerem o protagonismo dos cuidados familiares.

Os achados do atual estudo (Tabela 3) mostram que 1,6% dos idosos responderam positivamente para a assistência recebida pelos cuidadores ou profissionais de saúde (pessoa 1), seguido de 1,1% (pessoa 2), na sequência de 1,9% (pessoa 3), 0,8% (pessoa 4), encerrando com 0,8% (pessoa 5). Com isso, fica evidente que a ajuda percebida pelos idosos, no que diz respeito aos profissionais, foi pouco mencionada. Segundo Martins (2005) o suporte social pode ser subdividido em duas fontes principais: formal e informal. Nesta perspectiva, Paiva (2019) cita, em seu estudo, inclusive, que os profissionais da saúde (médicos, assistentes sociais ou psicólogos) estão classificados na categoria formal.

Sob análises diferentes, as pesquisas citadas, até o momento, mostram a importância do suporte social para os idosos, seja o apoio advindo da família, amigos ou profissionais da saúde (Paiva, 2019; Sant’Ana & Elboux, 2019a; Ceccon et al., 2021; Neri & Vieira, 2013; Glidden et al., 2019).

A quarta fonte de suporte social percebido pelos idosos foram os grupos sociais, isto é, a igreja, centros de convivência e outros espaços que venham a oferecer auxílio no apoio e enfrentamento no cotidiano. Nesta pesquisa, o que se ressalta é que 38,8% (pessoa 5) perceberam mais apoio desses grupos sociais, em seguida de 2,7% (pessoa 4), 1,1% (pessoa 3) e 0,5% (pessoa 1 e 2). Os dados confirmam resultados maiores na pessoa 5, após responderem no questionário ter recebido mais apoio ou suporte social pelos grupos citados.

Neri e Vieira (2013) quando realizaram a pesquisa com uma amostra de 1.451 idosos, perceberam que entre as atividades realizadas com maior frequência, ir à igreja estava entre essas práticas cotidianas. Além de uma prática social e ativa na vida do idoso, os autores percebem que o envolvimento em atividades dessa natureza ajuda positivamente na saúde da pessoa idosa e faz com que o grupo da terceira idade desperte para o sentimento de acolhimento e pertencimento a um espaço, lugar ou mesmo grupo.

Essa análise dos autores, permite que seja possível encontrar semelhanças com o grupo/pessoa 5, uma vez que podem enxergar a necessidade ativa e espiritual do idoso em estar presente nesses grupos sociais. Ainda que a amostra de Neri e Vieira (2013) seja com uma quantidade superior de idosos, quando comparada a esta pesquisa, em ambas foi percebida que a maior parte de idosos eram do sexo feminino, fazendo com que tais dados sejam fios condutores para o entendimento dos dados e da realidade social.

A pesquisa de Yamaji (2021) com objetivo de compreender qual a percepção da pessoa idosa, diante do suporte social percebido e como é a sua interpretação diante desse auxílio e/ou ajuda. Ao contrário de outros estudos, a autora traz uma reflexão sobre a necessidade de mobilizar profissionais da saúde para que se criem ações mais efetivas, integrativas e preventivas para esse público. Ainda que os profissionais não tenham sido mencionados diretamente, os idosos citaram que utilizam serviços como a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

Foi observado que os idosos têm acesso aos serviços de saúde, no entanto, não há uma percepção profunda desses idosos com esse tipo de suporte social, diferentemente dos achados da atual pesquisa que analisou dados coletados entre 2016 e 2017, talvez pelo fato do estudo conduzido por Yamaji, (2021) ter sido realizado durante a pandemia da covid-19, em que os idosos passavam a maior parte do tempo dentro de seus lares e que em circunstâncias de visitas, a família apresentou a maior frequência, com 55% de presença na vida dos idosos. Assim, foi identificado que o suporte social percebido é predominantemente familiar (Yamaji, 2021).

Ainda que a pesquisa de Yamaji (2021) tenha uma amostra inferior à desta pesquisa, com somente 20 pacientes, e com idade igual ou superior a 60 anos, a autora traz contribuições acadêmicas que são importantes para o desenvolvimento de futuros estudos sobre o envelhecimento humano. Apontar que, além de falhas em políticas públicas, deve-se ter uma prioridade em mobilizar sujeitos e profissionais com foco em estratégias ampliadas da saúde.

Resgatando os estudos de Mota (2021), a autora também analisa estatisticamente os vínculos de apoio social mais citados pelos idosos durante a realização da sua pesquisa. Em um primeiro momento do estudo, 57,1% dos participantes citaram as instituições religiosas e, em segundo plano, se sobressaíram os serviços de saúde (60,7%). Assim, fica evidente nos dados levantados pela estudiosa, de que ambas as variáveis também são significativas para os idosos investigados.

À luz de estudos e das pesquisas compartilhadas, a presente pesquisa realizada com idosos do município de Campina Grande, expõe as redes de apoio familiares como as principais fontes de suporte social percebido, não apresentando detalhes de tensões e conflitos, como foi diagnosticado no estudo de Mota (2021). Em seguida, as pessoas idosas entendem a importância das amizades e como esses laços ajudam no processo do envelhecer, na sequência do apoio dos profissionais de saúde e grupos sociais, sendo este último, de maior relevância para a pessoa 5.

A partir do teste de Mann-Whitney, foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre o IRSS e as variáveis sociodemográficas sexo, mora com filhos ou enteados e mora com neto(a). Os resultados mostraram que as mulheres idosas apresentaram maior nível de apoio social em comparação aos homens ($U = 3096,000$, $z = -2,419$, $p < 0,01$). Porém, o tamanho de efeito foi baixo ($r = 0,15$). Os idosos que moram com os filhos percebem mais apoio social ($U = 6487,500$, $z = -2,198$, $p < 0,02$, $r = 0,14$), assim como os idosos que moram com os netos ($U = 3769,000$, $z = -2,503$, $p < 0,01$, $r = 0,16$), quando comparado com aqueles que não moram. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos pertinentes a comparação entre apoio social, idade e mora sozinho. No entanto, observou-se uma correlação positiva e significativa entre o IRSS e quantidade de pessoas que moram com o idoso, mas de baixa magnitude ($r = 0,12$, $p < 0,05$).

Tabela 4. Comparação e correlação do apoio social percebido de acordo com variáveis sociodemográficas. Campina Grande, 2021

Variáveis sociodemográficas	Mediana±desvio padrão	*(p-valor)
Sexo		**0,01
Masculino	4,06±0,60	
Feminino	4,50±0,50	
Idade		**0,78
Até 74 anos	4,45±0,54	
75 anos ou mais	4,52±0,49	
Mora sozinho		**0,40
Sim	4,44±0,58	
Não	4,48±0,51	
Mora com filhos ou enteados		**0,02
Sim	4,58±0,48	
Não	4,42±0,55	
Mora com neto/a		**0,01
Sim	4,60±0,49	
Não	4,44±0,52	
Quantidade de filhos (vivos)		****0,26
0	4,36±0,65	
1	4,50±0,52	
2	4,37±0,51	
3	4,42±0,55	
4	4,54±0,41	
5	4,45±0,51	
6	4,40±0,54	
7	4,48±0,56	
8	4,64±0,49	
9	4,60±0,59	
10	4,40±0,05	
13	4,15±1,23	
Quantidade de pessoas com quem mora		****0,05
1	4,40±0,54	
2	4,54±0,48	
3	4,30±0,53	
4	4,74±0,40	
5	4,85±0,42	
6	4,04±0,40	
7	4,52±0,73	
8	4,60±0,70	

Nota: *Significância estatística se valor de $p \leq 0,05$. ** Utilizado teste de Mann-Whitney. **** Utilizada correlação de Spearman.

Na Tabela 4, observa-se que a maioria dos idosos apresentaram idade avançada, com 75 anos ou mais, a maioria do sexo feminino, além de parte dos idosos não morarem sozinhos. Silva Junior, Souto, Santos, Melo e Lacerda (2019) pesquisaram as associações entre a resiliência, variáveis sociodemográficas, entre elas, sexo, idade e arranjos de moradia, e as correlações com a resiliência e o suporte social.

Nos resultados, os autores encontraram idosos com a faixa etária semelhante à desta pesquisa (75,5 anos) e com prevalência do sexo feminino (72,1%; n = 62). Alguns autores, como é o caso de Silva Junior et al. (2019), - já citado anteriormente - têm se ocupado de investigar idosos, suporte social e a resiliência, encontrando resultados como de elevados padrões de resiliência que têm contribuído positivamente para o envelhecimento humano.

Em pesquisas sobre idosos, é comum surgirem variáveis como “morar sozinho ou não”. Isso porque no processo de envelhecer espera-se, por parte desses próprios idosos, o cuidado, a atenção, o diálogo do outro para com esses idosos, geralmente funções exercidas pelos familiares (Brito, Belloni, Castro, Camargo & Giacomizzi, 2018). Ainda sobre a pesquisa de Silva Junior et al. (2019), os pesquisadores perceberam que os idosos que moram sozinhos (56 = 71,8%) tiveram alta percepção de resiliência, distribuídos na pesquisa entre os que não vivem sozinhos e os que moram com os filhos.

Na Tabela 3, ao analisar a correlação do apoio social percebido com as variáveis sociodemográficas, dentre essas, a variável “mora sozinho” também aparece em evidência entre maioria de idosos hipertensos e diabéticos (4,44, $\pm 0,58$), o que corrobora para a importância de familiares na vida dessas pessoas (Brito et al; 2018) e que, muitas vezes, dividem o mesmo lar que os idosos.

No caso dos estudos de Serbim (2012), percebe-se a presença de familiares (167 = 76,3%) que moravam com os idosos. Em seguida, 16,9% que moravam sozinhos, em menor quantidade 5,5%, idosos disseram morar com outros parentes, amigos, cuidadores ou empregados e apenas 1,4% dos idosos que moravam em casas de abrigo. Com isso, é destacado um dado importante: há lugares naturais de proteção, estando os grupos familiares e a comunidade, entre esses locais para os idosos (Serbim, 2012).

Contudo, o estudo de Minayo (2021), que traz uma reflexão sobre o trabalho informal, dos cuidadores da pessoa idosa dependente, mediante análises comparativas com outros países como o Canadá, confirma que o trabalho informal é majoritariamente exercido por mulheres. No entanto, a ação do trabalhar não se resume apenas aos cuidados da pessoa idosa, mas às tarefas domésticas, cuidado com o lar e as crianças, o que mostra um trabalho ainda não reconhecido oficialmente pela sociedade, mas de muita

responsabilidade e sobrecarga. Na realidade do Brasil ainda se observa ausência de políticas públicas que pensem e valorizem os cuidadores familiares no país, o que talvez justifique a um grande contingente de idosos que moram sozinho.

Na variável “mora com filhos ou enteados”, a presente pesquisa mostrou que a maioria dos idosos moravam com filhos, filhas ou enteados (4,58, $\pm 0,48$) e perceberam mais apoio social, demonstrando a presença física e suporte dessas pessoas no cuidado aos idosos. No estudo feito por Pereira e Gonçalves (2021), os pesquisadores criaram categorias temáticas e o grupo “filhos” é citado nessas categorias. Entretanto, a abordagem é diferente da nossa pesquisa, já que os autores vão apontar a percepção da falta de afeto na relação dos filhos para com os pais idosos.

Ainda na pesquisa, foi identificado que a maioria das pessoas idosas, além dos filhos, filhas ou enteados, também responderam ter maior suporte social quando moravam com os netos (4,60 $\pm 0,49$). Apesar da percepção dos idosos desta pesquisa, Pereira e Gonçalves (2021) resgatam a informação de que os idosos entrevistados valorizam os vínculos, principalmente, entre as pessoas conhecidas e idosas. Isso fica implícito e explícito, nos dados qualitativos, como uma alternativa dos idosos em se relacionar com pessoas que aceitem e sejam semelhantes às condições.

A amostra de idosos desta pesquisa – acometidos por hipertensão arterial e diabetes mellitus - também relataram morar com netos ou netas, mediana 4,60 ($\pm 0,49$). A grande maioria demonstrou dividir a moradia com essas pessoas, enquanto outros idosos, disseram em menor quantidade. Novamente, ter com quem contar a nível familiar, é uma característica reconhecida e valorizada pelos idosos, aumentando positivamente a percepção do suporte social.

Até aqui, portanto, é visto que os idosos dividem os lares com filhos ou enteados, netos ou netas, a exceção dos que moram sozinhos (Tabela 3). Em contrapartida, no estudo de Minayo (2021) a pesquisadora expõe uma outra faceta apresentada na vida do idoso: a do isolamento em relação ao jovem. A leitura é a de que, em determinado momento, o idoso pode ser lido como descartável, o que resulta em um idoso teoricamente rejeitado.

Ainda que a pesquisa seja discutida a partir de categorias e narrativas de interlocutores, uma proposta diferente desta pesquisa, o estudo enriquece o debate e aponta novas perspectivas de pensar no idoso e dos cuidadores de idosos no Brasil, o processo de envelhecimento, a ajuda emocional que essas pessoas necessitam e como a comunidade científica tem abordado o assunto (Minayo, 2021), corroborado para entender a complexidade, importância e necessidade do tema

A realidade predominante desta pesquisa de mestrado é a de idosos com problemas de saúde, especificamente com diabetes mellitus e hipertensão, que em grande maioria não moram sozinhos. Uma informação que vale ser destacada é que, em alguns estudos, os pesquisadores estão interessados em entender como ser autônomo ou não é importante para a pessoa idosa.

Brito et al. (2018), ao compararem o contexto da pessoa idosa no Brasil e na Itália, perceberam a relevância da autonomia desses idosos e como o contexto de doenças pode ser algo temido pelo grupo.

O estudo analisou 40 pessoas, acima de 65 anos de idade, buscando entender as representações sociais do idoso, seja no Brasil ou na Itália, de como esses grupos compreendem a temática. Tendo como parâmetro a pesquisa de Brito et al. (2018), a nossa pesquisa revela um perfil de um idoso que conta com o auxílio de outras pessoas e que sob a perspectiva das doenças investigadas, essas circunstâncias podem influenciar em uma situação de maior dependência desses idosos. Os pesquisadores entendem que esse contexto contribui para a necessidade de um “cuidador”, o que traz reflexos na independência do idoso.

Na presente pesquisa, não se investigou diretamente sobre o cuidador ou cuidadora da pessoa idosa, assim como não surgiram variáveis ou se coletaram respostas nesse sentido. O que se percebeu foi a ajuda, cuidado e contribuição das pessoas, principalmente, de pessoas que moram ou não com esses idosos, mas que estão presentes no cotidiano, sendo esposas, filhas ou noras, figuras do sexo feminino. Brito et al. (2018), entendem que é necessário um trabalho coletivo: cuidados do próprio idoso com a saúde e do cuidador ou cuidadora da pessoa idosa. Nesta pesquisa, iremos além, enfatizando também o papel e outras redes de suporte social percebido pelo idoso como a família, amigos e terceiros, que também são importantes nessa construção e vivência do envelhecer humano.

A percepção do idoso sobre o suporte social é uma questão de interesse desta pesquisa, já a autopercepção, relatos e experiências do idoso é tema e interesse de pesquisa de Pereira e Gonçalves (2021). Eles encontraram depoimentos de idosos que preferem o isolamento, entendido não como abandono, pelo contrário, como uma escolha individual. Trata-se de idosos que entendem o processo e aceitam a velhice, assim como as condições e limitações da vida, além de serem considerados saudáveis.

Essa reflexão permite uma junção de pesquisas distintas, de Brito et al. (2018) e de Pereira e Gonçalves (2021), mas que se somadas, constroem e ajudam no entendimento de questões que envolvem a pessoa idosa. Considerando todas as perguntas e respostas,

variáveis, percepções do idoso ou dos cuidadores, o envelhecimento é um processo heterogêneo, confirmado no estudo de Brito et al. (2018) e diversos fatores podem influenciar na experiência de um bom e saudável avançar da vida da pessoa idosa.

Nos resultados de nossa pesquisa, foi significativa a percepção dos idosos com relação às pessoas que moravam com eles, sendo filhos, companheiros ou netos. No caso dos filhos, há idosos que não lidam bem com a circunstância dos filhos saírem de casa e esse contexto específico foi identificado na pesquisa de Brito et al. (2018). Essas representações sociais do cuidado e da velhice são percebidas por grupos de idosos brasileiros viúvos, que entendem a ausência dos filhos como uma dificuldade enfrentada nesse estágio da vida.

Esse é mais um dado que reforça a importância da família enquanto grupo relevante para o suporte social, seja ele emocional, físico ou financeiro, para os idosos. Ainda que essa seja uma realidade dos idosos pesquisados, há idosos que têm outra percepção das relações sociais e parentais. Pereira e Gonçalves (2021) verificaram respostas de idosos que compreendem a quietude e o isolamento como práticas do cotidiano e que o diálogo é preferencial entre pessoas da mesma idade, ou seja, com outros idosos.

A justificativa é que segundo esses idosos, existe um nível de maior compreensão e aceitação entre os seus pares. Além disso, também foi percebido que a comunicação entre o idoso e o jovem é diferente, que os mais novos acabam não atribuindo valor positivo à presença da pessoa idosa. As falas analisadas e as categorias apontadas na pesquisa direcionam para um sentimento de desvalorização e falta de afeto, no caso de filhos para com os pais idosos (Pereira & Gonçalves, 2021).

Destaca-se que o suporte social percebido foi avaliado positivamente pelos participantes desse estudo, ao passo que a maioria das respostas se enquadra na classificação de alto suporte social percebido. Nessa pesquisa houve a prevalência de idosos do sexo feminino. O estudo, portanto, corrobora com os trabalhos de Sant'Ana e Elboux (2019a), em relação ao predomínio do sexo feminino e a família ser a principal provedora de cuidado dos idosos. Essa é também uma realidade de uma amostra de idosos pesquisados na região do México e que, a partir da estrutura e redes de apoio, vivenciam o contato com familiares como os laços mais frequentes (Alvarenga, Campos, Domingues, Amendola & Faccenda, 2011). Ainda na literatura científica, Paiva (2019) apresenta que a maioria participante do seu estudo eram do sexo feminino, em congruência a esse estudo, que também identificou o maior número de mulheres.

Outro dado pertinente, que também pode estar relacionado ao assunto, é que os idosos acabavam atribuindo o ato do “cuidar” à figura do sexo feminino. Através de dados, Sant’Ana e Elboux (2019a) compararam a rede de apoio social e a expectativa do cuidado entre o público idoso. Com isso, foi percebido que os idosos, além de se apoiarem nas relações familiares, as redes de apoio e o cuidado eram direcionadas às figuras da filha ou nora (Sant’Ana & Elboux, 2019a).

É importante destacar que no processo de envelhecimento humano, ter a possibilidade de contar com auxílio e suporte pode diminuir situações de esgotamento, estresse e adversidades do dia a dia para com as pessoas idosas (Neri, 2001). O predomínio de idosos que residiam acompanhados nesta pesquisa (78%) foi próximo aos encontrados em outras pesquisas realizadas no Mato Grosso do Sul (80,5%), Bahia (77,7%) e Goiás (81,5%). Por sua vez, o percentual de idosos que declararam viver sozinhos (21%) foram similares aos encontrados em pesquisa da Rede FIBRA (Rede para o Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros) nas cidades de Poços de Caldas (19,9%) e Ivoti (21%), Rio Grande do Sul (RS) (Elias et al., 2018).

O morar sozinho ou não é um fato apontado na literatura como fator que pode implicar no cuidado de saúde do idoso. No caso de estar sozinho acarreta uma maior probabilidade de adultos idosos que moram sozinhos serem afetados por piores condições relativas ao estado de saúde, funcionalidade física e comportamento, ou seja, pode comprometer o autocuidado, provocar declínio funcional, acarretar maior propensão à depressão (Negrini, Nascimento, Silva & Antunes, 2018). Além disso, pode ocasionar o isolamento social e comprometer as relações familiares, tendo em vista que o idoso que mora sozinho vivência momentos de solidão, insegurança, tristeza, baixa autoestima, desencadeando o isolamento social que quando acentuado e regularmente pode fragilizar o vínculo familiar. Desse modo, a falta de diálogo, a diminuição do apoio familiar e social, o tempo escasso de convívio familiar, a não participação nos processos decisórios podem comprometer a função familiar e as condições gerais de saúde do idoso (Souza, Pelegrini, Ribeiro, Pereira & Mendes, 2018).

A Organização Pan-Americana de Saúde enfatiza a moradia como essencial para o bem-estar do idoso e que a qualidade de vida de uma população específica, ou seja, a qualidade de vida dos idosos também está relacionada à sua moradia (Freire & Carneiro, 2017). Algumas pesquisas realizaram levantamento de dados sobre o suporte social percebido por idosos com câncer. Brito, Penido, Silva, Fava e Nascimento (2021) perceberam fatores associados positivamente e negativamente. Entre os fatores associados

positivamente ao apoio social estão: não morar sozinho, renda, possuir companheiro e outras variáveis. No caso dos fatores negativos, os pesquisadores identificaram: baixa renda e uso de polifarmácia. Nos estudos, ainda, os pesquisadores encontraram que mais de 88% dos idosos residem com pelo menos mais uma pessoa no domicílio. Essa variável, inclusive, “morar sozinho” foi percebida pelos idosos pesquisados com comorbidades (diabetes mellitus e hipertensão arterial).

Apesar da pesquisa avaliar idosos com câncer, diferentemente desta pesquisa que investiga idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial, ambas as pesquisas conseguem observar o suporte social do ponto de vista percebido pelo idoso e de que forma as variáveis podem favorecer para a melhoria e efetivação das políticas públicas da saúde e no atendimento desses sujeitos (Brito et al., 2021).

Na análise desenvolvida por Tortorella et al. (2017) entre os períodos de 2004 a 2011, considerando a época do estudo, mais de 60% da população de Florianópolis, em Santa Catarina, constatou um aumento de prevalências das doenças hipertensão arterial (HAS) de 7 para 13,5%, a diabetes mellitus (DM) de 2,2 para 4,2% e das comorbidades combinadas de 1,2 para 2,9% em adultos no período mencionado. Os autores chamam atenção sobre esses dados, que são importantes, e com grande potencial de contribuição para a prevenção de doenças e promoção da saúde pública.

Nesta pesquisa, todos os 371 idosos selecionados foram classificados como portadores de diabetes e/ou hipertensão. Dourado, Macêdo-Costa, Oliveira, Leadebal e Silva (2011) realizou um estudo sobre a adesão ao tratamento de idosos hipertensos em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, na Paraíba. A partir desses dados, os estudiosos analisaram que a falta de adesão ao tratamento da hipertensão é um dos desafios que permeiam essa área. Esse diagnóstico é relevante, pois, assim como outras doenças, o tratamento da hipertensão em idosos também requer o apoio familiar e de profissionais de saúde que estejam envolvidos na adesão do tratamento (Dourado et al., 2011).

A hipertensão arterial ou “HA” é uma doença que acomete 36 milhões de indivíduos adultos, o que corresponde a 32,5%. São mais de 60% dos idosos, o que mostra ser uma doença frequente e que atinge a população em larga escala (Malachias, 2017). Por isso, diversos estudos entendem que investigar a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial é necessária, já que a não adesão pode levar a agravamentos no quadro de enfermidade do idoso hipertenso (Dourado et al., 2011; Malachias, 2017).

No caso de Glória (2020), a autora problematizou em seu estudo, quais os fatores socioculturais que dificultariam os idosos em aderir ao tratamento da hipertensão arterial.

Partiu-se do pressuposto de que os idosos tinham dificuldades ao tratamento por falta de conhecimento suficiente sobre a gravidade da doença. Como resultado, foi identificado a negligência do autocuidado e que a principal causa da pressão arterial (PA) é, como se antecipou, a não adesão ao tratamento.

A outra comorbidade estudada (diabetes mellitus) também provoca mudanças na vida das pessoas. Frassatto et al. (2021) apontam que as variações emocionais, o que inclui o estresse percebido por idosos, podem alterar a diabetes nas pessoas portadoras da doença, causando a liberação de hormônios no organismo do sujeito. É interessante perceber que os pesquisadores Frassatto et al. (2021) analisaram o resultado de variáveis e a relação delas com o estresse percebido, ainda que tenha sido baixa a percepção e o autocuidado de idosos.

5.5 Considerações finais

O estudo em questão nos possibilitou compreender as principais fontes de apoio do suporte social percebido por idosos diabéticos e/ou hipertensos. Destaca-se, que os idosos perceberam mais apoio familiar, relevando-se como sua principal fonte de suporte social, em seguida os amigos, grupos e profissionais de saúde. Dessa forma, a relação familiar foi a mais próxima, mostrando a importância do suporte social para o idoso no âmbito familiar.

Nesse sentido é importante considerar os estudos que contribuem para a manutenção do suporte social, visando uma boa prevenção de saúde para idosos. Nesse quesito, foi visto a importância da família como base fundamental na vida dos idosos.

Foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre o IRSS e as variáveis sociodemográficas, sexo, mora com filhos ou enteados e mora com neto(a). Os resultados mostraram que as participantes mulheres apresentaram maior nível de apoio social em comparação aos homens. Porém, o tamanho de efeito foi baixo. Os idosos que moram com os filhos percebem mais apoio social, assim como os idosos que moram com os netos, quando comparado com aqueles que não moram. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos pertinentes a comparação entre apoio social, idade e mora sozinho.

Nos resultados de nossa pesquisa, foi significativa a percepção dos idosos com relação às pessoas que moravam com eles, sendo filhos, companheiros ou netos. Olhando para esse contexto a família novamente inserida e como esse suporte influencia

positivamente no cotidiano deles, incluindo as relações com amigos, grupos e profissionais de saúde, potencializando situações que não contribuam para a ausência de apoio.

Por fim, sugere-se a realização de estudos para aprofundamento sobre as pessoas idosas e suas redes de apoio, seja de família, de amigos, grupos ou profissionais de saúde, para comparações ao longo do tempo, com foco em boas condições de saúde, e oferta de suporte à pessoa idosa que proporcionem melhoria nas ações de promoção da saúde, com direcionamento de estratégias e intervenções que agreguem qualidade ao envelhecimento.

5.6 Referências

- Alvarenga, M. R. M., Campos, O. M. A., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipe de Saúde da Família. *Ciênc saúde*, 16(5), 2603-2611.
- Brito, A. M. M., Belloni, E., Castro, A., Camargo, B. V., & Giacomizzi, A. I. G. (2018). Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e3455. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3455>
- Brito, T. R. P., Penido, G. S. G., Silva, J. G., Fava, S. M. C., & Nascimento, M. C. (2021). Fatores associados ao apoio social percebido pelo idoso com câncer. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15, e0210004.
- Ceccon, R. F., Vieira, L. J. E. S., Brasil, C. C. P., Soares, K. G., Portes, V. M., ... & Carioca, A. A. F. (2021). Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 17-26.
- Dourado, C. S., Macêdo-Costa, K. N. F., Oliveira, J. S., Leadebal, O. D. C. P., & Silva, G. R. F. (2011). Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Maringá*, 33(1), 9-17.
- Elias, H. C., Marzola, T. S., Molina, N. P. F. M., Assunção, L. M. D., Rodrigues, L. R., & Tavares, D. M. D. S. (2018). Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 562-569.
- Flaherth, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: the social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 12-519.
- Frassatto, D. C. A., Bertolin, D. C., Ribeiro, R. C. H. M., Cesarino, C. B., Oliveira, G. A. S. A., & Andre, J. C. (2021). Estresse percebido e autocuidado entre pessoas com diabetes e doenças cardiovasculares. *Mundo da Saúde*, 45, 140-151.
- Freire, R. D. M. H., & Carneiro, N. (2017). Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20, 713-721.

- Glidden, R. F., Borges, C. D., Pianezzer, A. A. & Martins, J. (2019). A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 261-275.
- Glória, L. R. (2020). Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos. (Monografia de Graduação). Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso. Recuperado de <https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1911/1/TCC%20Leidiane%20Rezende%20Gloria.pdf>
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204.
- Global BD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-603
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2021). Campina Grande. Recuperado de <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>
- Lima, E. D. R. P., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarsh*, 37(3), 258-260.
- Malachias, M. V. B. (2017). Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Revista Brasileira Hipertens*, 24(1), 12-17.
- Minayo, M. C. S. (2021). Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 7-15.
- Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde.
- Negrini, E. L. D., Nascimento, C. F. D., Silva, A. D., & Antunes, J. L. F. (2018). Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 523-531.
- Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432.
- Oliveira, M. C. C., Pereira, K. D., Oliveira, M. A. C., Pinto, M. A. T. C., Lucena, J. M. C., Leite, M. F., ... & Fonseca, R. C. (2021). Importância da atenção e promoção à saúde

frente ao processo de cuidado da pessoa idosa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1151-1163. Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23130>

- Paiva, A. F. (2019). Suporte social percebido e funcionamento cognitivo em idosos portugueses. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Pereira, R. M., & Gonçalves, D. (2021). Experiências e relatos de idosos sobre a autopercepção. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), 35927-35944.
- Possato, J. M., & Rabelo, D. F. (2017). Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. Ansiedade e depressão em idosos: associações com idade, sexo, capacidade funcional e suporte social. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(2), 45-58.
- Sant'Ana, L. A. J., & Elboux, M. J. (2019a). Comparação da rede de suporte social e a expectativa para o cuidado entre idosos em diferentes arranjos domiciliares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), e190012.
- Sant'Ana, L. A. J., & Elboux, M. J. (2019b). Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde em Debate*, 43(121), 503-519.
- Serbim, A. K. (2012). Redes e apoio social percebido por idosos usuário de um serviço de emergência. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva Junior, E. G., Eulálio, M. C., Souto, R. Q., Santos, K. L., Melo, R. L. P., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 7-16.
- Silva, M. M. O. R. O. (2015). O suporte social percebido e a satisfação com os papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Souza, A., Pelegrini, T. S., Ribeiro, J. H. M., Pereira, D. S., & Mendes, M. A. (2015). Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1176-1185.
- Tortorella, Corso, A. C. T., Gonzáles-Chica, D. A., & Melhen, A. R. F. (2017). Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 469-480.
- Yamaji, C. (2021). A percepção do suporte social da pessoa idosa. *Revista Longevidade*, 3(11), 53-62.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos traz reflexões sobre estudos da área da Psicologia e propõe uma discussão sobre aspectos que devem ser considerados quando se fala em saúde. Desse modo, se insere o Suporte Social que envolve diversas dimensões e que perpassa o envelhecimento, pois há no Brasil e no mundo um processo de transição demográfica diante da população envelhecida. É essencial que durante esse período se tenha suporte social na vida, sendo assim, uma questão de promoção saúde.

O estudo trouxe dois artigos, que tiveram como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico de idosos diabéticos e/ou hipertensos, analisar associação entre suporte social percebido e as características sociodemográficas e verificar as principais fontes de apoio do suporte social percebidos por idosos diabéticos e/ou hipertensos. Considerando que o suporte social se destaca como importante provedor de saúde, destaca-se a relevância da presente pesquisa, apresentando-as nas análises presentes.

A pesquisa apresenta o perfil do idoso que participou do estudo, que trouxe características igualitárias a maioria da população idosa brasileira no quesito do sexo feminino e renda. O estudo também mostrou prevalência do estado civil “casados”, autodeclarando caboclo/mulato/pardo, aposentados. E os idosos casados mostraram mais chance de percepção de alto suporte social. O IRSS, empregado para avaliar o suporte social nos possibilitou conhecer sobre as principais fontes do suporte social percebido pelo idoso como forma de vivenciar essa fase. Mostrando, ainda, a relação do suporte social e as variáveis sociodemográficas, de como lidar com questões pessoais e interpessoais.

Diante deste cenário, os dados apontam a necessidade de caracterização do idoso que possui Diabetes e/ou Hipertensão como uma forma de promover saúde para demandas singulares e existentes através do suporte social, que resultará numa futura intervenção assertiva, para o enfrentamento desses problemas de saúde que essas doenças demandam.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T.S.O., Fook, S.M.L., Mariz, S.R. (2016). Associação entre etilismo e subsequente Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão sistemática. *Revista Saúde & Ciência Online*, 5 (1), 76-90.
- Alvarenga, M. R. M., Campos, O. M. A., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipe de Saúde da Família. *Ciênc saúde*, 16(5), 2603-2611.
- Alves, J. L. P. R. (2011). A psicologia da saúde. In R. F. Alves. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.
- Alves, R. Santos, G. Ferreira, P., Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555.
- Alves, J. E. D. (2018). O envelhecimento populacional no Brasil. II Congresso Nacional de Envelhecimento Humano (CNEH), Curitiba.
- American Diabetes Association. (2015). Guidelines Source: Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. *Diabetes Care* 2015, 38 (Supl. 1), S1-S93.
- Anjos, D.M.C., Araújo, I.L., Barros, V.M., Pereira, A.G., Pereira, D.S. (2012) Avaliação da capacidade funcional em idosos diabéticos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19(1), 73-78.
- Aragão, E. I. S., Vieira, S. S., Alves, M. G. G., & Santos, A. F. (2009). Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. *Psicologia & foco*, 2(1).
- Azeredo, Z. A. S., Afonso, M. A. N. (2016). solidão na perspectiva do idoso. *Revista brasileira de geriatria gerontologia*, Rio de janeiro, 19(2), 313-324.
- Barbosa, A. R. C., Nunes, D. P., Pereira, E. C. T., Rezende, F. A. C., Neto, L. S., Osório, N. B., Brito, T. R. P. (2019) Apoio social percebido por idosos: um estudo com participantes de uma universidade da maturidade. *Revista humanidades e inovação* 6(11).
- Barrera, J.R. (1986). Distinctions between social support concepts, measurs and models. *Am J. Community Psychol*, 14(5), 413-45.
- Barreto, M. S., Carreira, L., Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. *Kairós Gerontologia*, 18(1), 325-339.
- Barron, A. I. (1996). *Apoio social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. ISBN 84-232-0918-4.

- Beard J. R., Officer A., Carvalho I. A., Sadana R., Pot A. M., Michel J. P. (2016) The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* (Internet),387(10033), 2145-54.
- Beagley J., Guariguata L., Weil C., Motala A. A. (2014) Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract.*,103(2),150-60.
- Brasil. (2003). Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política nacional do idoso. Retirado em 28 de setembro:
- Brasil. (2004). Senado Federal. Lei nº10.741/2003. Estatuto do Idoso. Brasília.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar ANSS. (2009). Retirado em 30 de Setembro;
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saud_e_no_setor_de_SS.pdf.4
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- Borba, A. K. O. T., Arruda, I.K.G.; Marques, A.P.O., Leal, M. C. C., Diniz, A. S. (2019). Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciência saúde coletiva*, 24 (1).
- Brito, A. M. M., Belloni, E., Castro, A., Camargo, B. V., & Giacomizzi, A. I. G. (2018). Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e3455. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3455>
- Brito, T. R. P., Costa, R. S., & Pavarini, S. C. I. (2012) Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46(4).
- Camargos, M.C.S., Rodrigues, R.N., Machado, C.J. (2011). Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 28 (1), 217-230.
- Carmona, C. F., Couto, V. V. D., Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 19(4), 681-691.
- Cassel, J. (1976) The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.

- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*, 4, 253- 267.
- Costa, A. M .M .R., Lopes, R. G. C. (2014). Rede de Suporte Social na Velhice: para além da família e dos amigos. *Revista portal de divulgação*, 40, 2178-3454.
- Costa, A. E. K., Pissaia, A. E., Ferla, L. F., Moccelin, N. J., Rehfeldt, J. M. H., Moreschi, M. J., C. (2018). Envelhecimento humano: reflexões a partir do diário de campo de um pesquisador. *Research, Society and Development*, 7(1).
- Duarte, E. C., & Barreto, S. M. (2012). Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 529-532. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>
- Field, A. (2020). *Descobrimo a estatística usando o SPSS (recurso eletrônico) Andy Field:tradução Lori Vialli*. 5. Ed. - Porto Alegre: Penso.
- Félix, T. A. (2016). Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*, 16(31), 172-85.
- Flaherth, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: the social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 12-519.
- Freitas, R. P. A. et al. (2016). Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(3).
- Geib, L. T.C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciências Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
- Global Burden of Disease. (2016) Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years live with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*, 388(10053):1545-603.
- Hanson, B. S. Liedberg, B., Owall, B (1994). Social network, social support and dental status in elderly swedish men. *Commun. Dent. Oral Epidemiol*, 22(51), 331-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas: eighth edition*.
- International Diabetes Federation. (2019) *IDF Diabetes Atlas: ninth edition*.

- International Diabetes Federation. (2019) IDF Diabetes Atlas: sixth edition.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2021). Campina Grande. Recuperado de <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>
- Jaramillo I. F., Fonnegra L.J. (2015). Los duelos en la vida. Colômbia: Grijalbo.
- Llano, P. M. P. (2015). Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Pelotas.
- Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF.
- Lemos, N., & Medeiros, S. L. (2013). Suporte Social ao Idoso Dependente. In: Elizabete Viana De Freitas. et. al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp. 2001-2010.
- Lima, E. D. R. P., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarsh*, 37(3), 258-260.
- Maia, F.F.R., & Araújo, L.R. (2002). Projeto "Diabetes Weekend" Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 46(5), 550- 556.
- Maia, C. M. L., Castro, F.V., Fonseca, A.M.G., & Fernández, M. I. R. (2016). Redes de apoio social e suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology-INFAD*, 1(1), 293-304. Retirado em 18 de setembro de 2018: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279>
- Malachias, M.V.B., Souza, W.K.S.B., Plavnik, F.L., Rodrigues, C.I.S., Brandão, A.A., Neves, M.F.T., et al. (2016). Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3Supl.3), 1-83.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. Recuperado de: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>
- Maeyama, M. A., Brusamarello, A., Cardoso, C., Munaro, C. A., Oliveira, I. C., Pegoretti, M. L. Saúde do idoso e os atributos da atenção básica à saúde, 6(8).
- Menanga, A., Edie, S., Nkoke, C., Boombhi, J., Musa, A.J., Mfeukeu, L.K., et al. (2016). Factors associated with blood pressure control amongst adults with hypertension in Yaounde, Cameroon: a cross-sectional study. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 6(5), 439-45.
- Minayo, M. C. S., Firmo, J. O. A. (2019). Longevidade: bônus ou ônus? *Ciências saúde coletiva* [online], 24(1), 4.

- Ministério da Saúde (BR). (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 1st ed. (1). Brasília (DF): MS, 160 p.
- Ministério da Saúde (BR). (2018). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília (DF). Ministério da Saúde.
- Miranda, G.M.D., Mendes, A.C.G., Silva, A.L.A. (2016). Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 507-19.
- Moreira, S. V., Justi, F. R. R., Moreira, M. (2018). Intervenção musical pode melhorar a memória em pacientes com doença de Alzheimer? Uma Revisão Sistemática. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(2), 133-142.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., et al (2015). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2015: update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 131, e29-e322.
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Brasileira Geriatria. Gerontologia*, 16(3), 419-432.
- Nolen-Hoeksema S., Fredrickson B. L. , Loftus G. R., Lutz C. (2015). Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. 16^a ed. [New Delhi]: Cengage Learning.
- Ornelas, J. (1994). Análise psicológica. 2-3 (12), 333-339.
- OMS-Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Suíça: Who, p. 28.
- Paiva, A. F. (2019). Suporte social percebido e funcionamento cognitivo em idosos portugueses. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Paúl C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. [Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto](#), 15.
- Pereira-Llano, P.M., Santos, F., Rodrigues, M. C. T., Lemões, A. M., Lange, C., Santos, S. S. C. (2016) A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. *Revista Fundamental Care*, 8(3), 4717-4724.
- Rabelo, D.F., & Neri, A.L. (2013). Intervenções psicossociais com grupo de idosos. *Rev. Kairós Gerontologia*, 16(6): 43-63.

- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.
- Ruilope, L.M., Nunes Filho, A. C.B., Nadruz, J. F.F. Rodriguez, R. (2018). Obesidade e hipertensão na América Latina: perspectivas atuais. [Hipertensión y Riesgo Vascular](#), 35(2), 70-76.
- Rook, K. S., & Dooley, D. (1985). Applying social support research: Theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 41(1), 5–28.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3, 535-544.
- Rodrigues, M. J. A. (2016). Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI. (Dissertação de mestrado). Curso de Mestrado Gerontologia Social. Instituto politécnico de viana do castelo.
- Rodrigues, A. N., Szymaniak, N. P., Sobrinho, J. (2010). A. Influência das dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1325-1332.
- Santana, B. S., Rodrigues, B. S., Stival, M. M., Volpe, C. R. G. (2019). Hipertensão arterial em Idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. *Escola Anna Nery*, 23(2).
- Santos J., Gico V. V., Reis L. A., et al. (2014). Construção social da velhice. In: Campos A. C. V, Berlezi E. M., Correa A. H. M., organizadores. *Direitos do idoso: os novos desafios das políticas públicas*, 61-76.
- Scala, L.C., Magalhães, L.B., Machado, A. (2015) Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A.V. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 780-5.*
- Silva, L. L. N. B. (2019). Fatores associados à percepção de baixa afetividade nas relações familiares de idosos. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia.
- Siqueira, M. M. M. (2008) construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(2), 381-388.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(3), 317-326.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2021). *Cardiômetro. Mortes por doenças cardiovasculares no Brasil*. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/artigos.asp>.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2020). *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019/2020*. Clannad editora científica.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde*, Porto Alegre: ArtMed.

- Vicente, F. et al. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Revista brasileira de psiquiatria*, 63(4), 308-16.
- World Health Organization (WHO). (2018). Elder abuse. Geneva: WHO. [Acesso em 08 dez 2020]; Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–4.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS

1. Qual é sua idade?

_____ anos

99. NR

2. Qual é sua data de nascimento?

____/____/_____

99. NR

3. Gênero

1. Masculino

2. Feminino

4. Qual é o seu estado civil?

1. Casado/a ou vive com companheiro/a

2. 3. Solteiro/a

3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a

4. Viúvo/a

99. NR

5. Qual sua cor ou raça?

1. Branca

2. Preta

3. Mulata/cabocla/parda

4. Indígena

5. Amarela/oriental

99. NR

6. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?

99. NR

7. Trabalha atualmente?

1. Sim

2. Não (ir para a questão 9)

99. NR

8. O que o/a senhor/a faz? _____

9. O/a senhor/a é aposentado/a?

1. Sim

2. Não

99. NR

10. O/a senhor/a é pensionista?

1. Sim

2. Não

99. NR

11. O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples?

Sim

Não

99. NR

12. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos
2. Curso de alfabetização de adultos
3. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)
4. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
5. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
6. Até o ____ ano do Curso Superior
7. Pós-graduação incompleta
8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor

99. NR

13. Número de anos de escolaridade (calcular sem perguntar)

_____ anos

14. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem?

_____ filhos/as

99. NR

ARRANJO DE MORADIA

Com quem o/a senhor/a mora?

	sim	Não
15. Sozinho/a		
16. Marido/mulher / companheiro/a		
17. Filho/s ou enteado/s		
18. Neto/s		
19. Bisneto/s		
20. Outro/s parente/s		
21. Pessoa/s fora da família		

22. O/a senhor/a é proprietário(a) de sua residência?

1. Sim

2. Não

99. NR

23. O/a senhor/a é o(a) principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim

2. Não

99. NR

24. Qual a **sua** renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

25. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

26. Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

1. Sim

2. Não

99. NR

27. O senhor possui religião?

1. Sim

2. Não 99. NR

28. Qual:

1. Católica
 2. Evangélica/protestante
 3. Espírita
 4. Umbandista
99. NR

29. Outra: _____

30. Está frequentando alguma instituição religiosa?

1. Sim
 2. Não
99. NR

31. Se considera:

1. Pouco religioso(a)
 2. Religioso(a)
 3. Muito religioso(a)
99. NR

ANEXO A – INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL

Anexo A – Instrumento de Coleta de Dados Inventário da rede de suporte social

INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL

INSTRUÇÕES:

- Liste abaixo todas as pessoas próximas a(o) senhor(a) ou que têm promovido algum suporte/apoio durante a sua experiência de enfermidade. Por exemplo, membros da família, amigos, vizinhos, médicos, terapeutas, enfermeiros e colegas de trabalho. Qualquer pessoa que fizer parte importante de sua vida neste momento deve entrar na lista, mesmo que o(a) senhor(a) não a veja sempre.
- Liste ainda, grupos ou serviços de saúde aos quais o(a) senhor(a) pertence e que lhe têm fornecido algum suporte/apoio neste momento de enfermidade. Por exemplo, igreja, associações.
- Coloque apenas o primeiro nome de cada pessoa em sua lista. Indique o relacionamento desta pessoa para com o(a) senhor(a) no espaço após cada nome. Por exemplo: João, primo; Maria, terapeuta; Brenda, amiga; William, vizinho; Carolina, mãe.

LISTA DA REDE SOCIAL

PRIMEIRO NOME	RELACIONAMENTO

Da lista acima, por favor, escolha 5 pessoas que lhe dão mais suporte/apoio. Se o(a) senhor(a) preferir, pode escolher 4 pessoas e 1 grupo/serviço.

Se o apoio que o(a) senhor(a) recebe é de menos de 5 pessoas, liste apenas estas pessoas.

PESSOA/RELACIONAMENTO
C1.
C2.
C3.
C4.
PESSOA ou GRUPO/SERVIÇO
C5.

Responda agora uma série de 10 questões sobre o suporte que o(a) senhor(a) recebe destas 5 pessoas (ou 4 pessoas e 1 grupo)

PESSOA#1 _____ **RELACIONAMENTO** _____

Leia cada questão e circule a letra que ela corresponde

C6. Com qual frequência o(a) senhor(a) fala ou encontra com esta pessoa?

1. Uma vez por ano ou menos
 2. Poucas vezes por ano
 3. Uma vez por mês
 4. Uma vez por semana
 5. Quase todo dia
99. NR

C7. Quanto esta pessoa é disponível para o(a) senhor(a)?

1. Quase nunca
2. Muito pouco
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes

5. Sempre

99. NR

C8. Quanto o(a) senhor(a) é chegado(a) a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

99. NR

C9. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C10. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C11. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido(a), conversar, ser confortado(a), ou apenas estar com a pessoa.

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C12. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C13. Com qual frequência esta pessoa faz o(a) senhor(a) se sentir apreciado(a) ou valorizado(a)?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C14. Com qual frequência esta pessoa o(a) ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência o(a) senhor(a) espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

99. NR

C15. Quanto apoio o(a) senhor(a) recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa
2. O apoio não ajudou
3. Não senti apoio
4. Senti um pouco de apoio
5. Senti um bom apoio
6. Senti muito apoio

99. NR

PESSOA #2 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

C16. Com qual frequência o(a) senhor(a) fala ou encontra com esta pessoa?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano

3. Uma vez por mês

4. Uma vez por semana

5. Quase todo dia

99. NR

C17. Quanto esta pessoa é disponível para o(a) senhor(a)?

1. Quase nunca

2. Muito pouco

3. Algumas vezes

4. Muitas vezes

5. Sempre

99. NR

C18. Quanto o(a) senhor(a) é chegado(a) a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

99. NR

C19. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe assistência prática desta pessoa?

Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C20. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C21. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido(a), conversar, ser confortado(a), ou apenas estar com a pessoa.

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C22. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C23. Com qual frequência esta pessoa faz o(a) senhor(a) se sentir apreciado(a) ou valorizado(a)?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C24. Com qual frequência esta pessoa o(a) ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência o(a) senhor(a) espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C25. Quanto apoio o(a) senhor(a) recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa

2. O apoio não ajudou

3. Não senti apoio

4. Senti um pouco de apoio

5. Senti um bom apoio

6. Senti muito apoio

99. NR

PESSOA #3

RELACIONAMENTO

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

C26. Com qual frequência o(a) senhor(a) fala ou encontra com esta pessoa?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

99. NR

C27. Quanto esta pessoa é disponível para o(a) senhor(a)?

1. Quase nunca
2. Muito pouco
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

99. NR

C28. Quanto o(a) senhor(a) é chegado(a) a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

99. NR

C29. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe assistência prática desta pessoa?

Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C30. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C31. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido(a), conversar, ser confortado(a), ou apenas estar com a pessoa.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C32. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C33. Com qual frequência esta pessoa faz o(a) senhor(a) se sentir apreciado(a) ou valorizado(a)?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C34. Com qual frequência esta pessoa o(a) ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência o(a) senhor(a) espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C35. Quanto apoio o(a) senhor(a) recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa

2. O apoio não ajudou
 3. Não/o senti apoio
 4. Senti um pouco de apoio
 5. Senti um bom apoio
 6. Senti muito apoio
99. NR

PESSOA #4 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

C36. Com qual frequência o(a) senhor(a) fala ou encontra com esta pessoa?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

99. NR

C37. Quanto esta pessoa é disponível para o(a) senhor(a)?

1. Quase nunca
2. Muito pouco
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes

5. Sempre

99. NR

C38. Quanto o(a) senhor(a) é chegado(a) a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.

2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.

3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.

4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.

5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

99. NR

C39. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe assistência prática desta pessoa?

Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C40. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C41. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido(a), conversar, ser confortado(a), ou apenas estar com a pessoa.

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C42. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C43. Com qual frequência esta pessoa faz o(a) senhor(a) se sentir apreciado(a) ou valorizado(a)?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C44. Com qual frequência esta pessoa o(a) ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência o(a) senhor(a) espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C45. Quanto apoio o(a) senhor(a) recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa
2. O apoio não ajudou
3. Não senti apoio
4. Senti um pouco de apoio
5. Senti um bom apoio
6. Senti muito apoio

99. NR

PESSOA/GRUPO/SERVIÇO#5_____RELACIONAMENTO_____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

C46. Com qual frequência o(a) senhor(a) fala ou encontra com esta pessoa (ou grupo)?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

99. NR

<p>C47. Quanto esta pessoa (ou grupo) é disponível para o(a) senhor(a)?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Quase nunca2. Muito pouco3. Algumas vezes4. Muitas vezes5. Sempre <p>99. NR</p>
<p>C48. Quanto o(a) senhor(a) é chegado(a) a esta pessoa (ou grupo)?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições. <p>99. NR</p>
<p>C49. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe assistência prática desta pessoa (ou grupo)</p> <p>? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p>

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C50. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa (ou grupo)?

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C51. Com qual frequência o(a) senhor(a) recebe apoio emocional dessa pessoa (ou grupo)?
Apoio emocional se refere a ser ouvido(a), conversar, ser confortado(a), ou apenas estar com a pessoa (ou grupo).

1. Nunca

2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C52. Com qual frequência o(a) senhor(a) tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa (ou grupo)?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C53. Com qual frequência esta pessoa (ou grupo) faz o(a) senhor(a) se sentir apreciado(a) ou valorizado(a)?

1. Nunca
 2. Quase nunca
 3. Algumas vezes
 4. Com frequência
 5. Sempre
99. NR

C54. Com qual frequência esta pessoa (ou grupo) o(a) ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência o(a) senhor(a) espera receber este tipo de ajuda desta pessoa (ou grupo), se precisar?

1. Nunca
2. Quase nunca

3. Algumas vezes

4. Com frequência

5. Sempre

99. NR

C55. Quanto apoio o(a) senhor(a) recebe desta pessoa (ou grupo) nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa

2. O apoio não ajudou

3. Não senti apoio

4. Senti um pouco de apoio

5. Senti um bom apoio

6. Senti muito apoio

99. NR

