

Apoio financeiro e de cuidado e seus fatores associados em idosos: dados de uma coorte de base populacional

Financial and care support and their associated factors in elderly adults: data from a population-based cohort

Apoyo financiero y cuidados y sus factores asociados en personas mayores: datos de una cohorte de base poblacional

Bruna Venturin <https://orcid.org/0000-0001-7347-0925>¹; Elaine Thumé <https://orcid.org/0000-0002-1169-8884>²; Mirelle de Oliveira Saes <https://orcid.org/0000-0001-7225-1552>³; Mariangela Uhlmann Soares <https://orcid.org/0000-0002-6483-4931>²; Karla Pereira Machado <https://orcid.org/0000-0003-1765-1435>²; Luiz Augusto Facchini <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>²

Resumo O objetivo é examinar o recebimento de apoio social do tipo financeiro e de cuidado, conforme características sociodemográficas, de situação de saúde e modelo de atenção básica em uma coorte de idosos. Trata-se de uma análise transversal da coorte SIGa-Bagé com amostra de 1.593 idosos (≥ 60 anos) da zona urbana. Utilizou-se regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Em 2008, 20,2% recebiam apoio financeiro e 54,9% cuidado; em 2016, 16,9% e 37,0%, respectivamente. Em 2008, após ajuste para as características sociodemográficas e de situação de saúde, a probabilidade de recebimento de apoio financeiro foi 62%, 99% e 48% maior entre os não aposentados, com incapacidade de realizar atividades de vida diária e que não saíram no último mês, respectivamente. Em 2016, receber ajuda financeira foi 83% maior em mulheres. A probabilidade de receber cuidado, em 2008, foi 53% maior entre idosos com incapacidade de realizar atividades instrumentais e, em 2016, foi 84% maior entre os residentes em área de Estratégia Saúde da Família. Considerando as associações encontradas, é necessário fortalecer o apoio financeiro e de cuidado entre os idosos.

Palavras-chave Idosos, Apoio social, Apoio financeiro, Saúde do idoso, Envelhecimento

Abstract The aim is to examine the receipt of financial and care-related social support, according to sociodemographic characteristics, health status and primary care model in a cohort of elderly people. This is a cross-sectional analysis of the SIGa-Bagé cohort with a sample of 1,593 elderly individuals (≥ 60 years) from the urban area. Poisson regression with robust variance adjustment was used. In 2008, 20.2% received financial support and 54.9% care; in 2016, 16.9% and 37.0%, respectively. In 2008, after adjusting for sociodemographic characteristics and health status, the probability of receiving financial support was 62%, 99% and 48% higher among non-retired people, those unable to perform activities of daily living and those who had not gone out in the last month, respectively. In 2016, women were 83% more likely to receive financial assistance. In 2008, the likelihood of receiving care was 53% higher among elderly people unable to perform instrumental activities and, in 2016, it was 84% higher among those living in Family Health Strategy areas. Considering the associations found, it is necessary to strengthen financial and care support among older adults.

Key words Aged, Social support, Financial support, Health of the elderly, Aging

Resumen El objetivo es examinar la recepción de apoyo social financiero y asistencial, según características sociodemográficas, estado de salud y modelo de atención primaria en una cohorte de personas mayores. Se trata de un análisis transversal de la cohorte SIGa-Bagé con una muestra de 1.593 personas mayores (≥ 60 años) del área urbana. Se utilizó regresión de Poisson con ajuste de varianza robusto. En 2008, el 20,2% recibió apoyo económico y el 54,9% atención; En 2016, 16,9% y 37,0%, respectivamente. En 2008, después de ajustar por características sociodemográficas y estado de salud, la probabilidad de recibir apoyo financiero fue 62%, 99% y 48% mayor entre las personas no jubiladas, las incapaces de realizar actividades de la vida diaria y las que no habían salido en el último mes, respectivamente. En 2016, la recepción de ayuda financiera fue 83% mayor para las mujeres. La probabilidad de recibir cuidados, en 2008, fue 53% mayor entre los ancianos con incapacidad para realizar actividades instrumentales y, en 2016, fue 84% mayor entre los residentes en el área de la Estrategia de Salud de la Familia. Considerando las asociaciones encontradas, es necesario fortalecer el apoyo financiero y asistencial a las personas mayores.

Palabras clave Anciano, Apoyo social, Apoyo financiero, Salud del anciano, Envejecimiento

¹ Centro de Pesquisas Epidemiológicas, Universidade Federal de Pelotas. R. Mal. Deodoro 1160, Centro. 96020-220 Pelotas RS Brasil. brunaventurim@hotmail.com.

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande RS Brasil.

Introdução

A transição demográfica e epidemiológica são fenômenos mundiais caracterizados por queda da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida e alterações na estrutura das famílias e dos padrões de morbidade, invalidez e morte^{1,4}. O envelhecimento populacional traz consequências físicas, econômicas, sociais e psíquicas, como novos desafios e demandas, como a necessidade de apoio financeiro e de cuidado^{1,4}. Isso deve ser enfrentado pela sociedade e por gestores com o intuito de formular políticas públicas que promovam e garantam melhoria na qualidade de vida e na situação de saúde dos idosos^{1,4}.

Sabe-se que os fatores sociais e econômicos têm destaque entre os determinantes sociais da saúde⁴⁻⁸, em contrapartida, a situação de saúde dos idosos⁹, como a incapacidade de realizar atividades, também pode determinar o recebimento de apoio social¹⁰.

O apoio social se refere à funcionalidade e à qualidade das redes sociais dos indivíduos quando necessitam de ajuda em diferentes áreas e aspectos ao longo do ciclo de vida. A literatura nacional e internacional enfatiza que o recebimento de apoio financeiro e de cuidado estão positivamente relacionados às características demográficas, socioeconômicas e de saúde⁴⁻¹².

No Brasil, a redução das desigualdades até 2030 constitui um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que têm como metas a promoção de inclusão social, econômica e política de todos, a implementação de medidas e sistemas de proteção social adequados e a cobertura universal de serviços de saúde, incluindo a proteção financeira e o acesso a serviços essenciais¹³. A probabilidade do recebimento de apoio financeiro entre idosos é maior em indivíduos que vivem sem o companheiro, de baixa renda e com autoavaliação de saúde ruim. Já o recebimento de cuidado é maior entre os indivíduos do sexo feminino, com renda elevada, doença crônica, autoavaliação da saúde ruim e com incapacidade de realizar atividades de vida diária^{4,7,9-11,14}.

Apesar do crescente reconhecimento da importância do apoio financeiro e de cuidado, a literatura científica tem abordado majoritariamente o apoio social como variável explicativa, com menos atenção ao seu recebimento como desfecho^{15,16}. Estudos que analisam o apoio como variável dependente ainda são escassos, limitando a compreensão dos fatores que in-

fluenciam sua distribuição entre os grupos populacionais. Além disso, observa-se predominância de estudos transversais, restringindo a identificação de relações causais e de trajetórias ao longo do tempo, com a falta de estudos longitudinais sendo uma lacuna apontada na literatura¹⁷. Ainda que transversal, este estudo contribui ao explorar a percepção do apoio recebido e analisar os fatores associados ao recebimento de apoio financeiro e de cuidado, ampliando a compreensão das desigualdades nesse campo. Outra limitação da literatura diz respeito à heterogeneidade na mensuração e definição dos tipos de apoio social, dificultando a comparação entre estudos e a consolidação de evidências¹⁷.

Desse modo, investigar o recebimento de apoio financeiro e de cuidado em idosos contribui para a formulação de políticas públicas, a organização e o planejamento de serviços, uma vez que permite realizar a descrição segundo características da população, colaborando então na identificação de iniquidades sociais e em saúde, o que facilita o enfrentamento de desigualdades⁴⁻¹⁷.

O presente estudo teve como objetivo examinar o recebimento de apoio social do tipo financeiro e de cuidado, em função de características sociodemográficas, de situação de saúde e de modelo de atenção básica à saúde na coorte de idosos de Bagé-RS em 2008 e 2016.

Métodos

Desenho do estudo

Estudo de coorte com idosos (60 anos ou mais) residentes na zona urbana do município de Bagé, RS, Brasil, no período de 2008 e 2016/2017.

Coleta de dados

Antes de iniciar o trabalho de campo, realizou-se um estudo piloto com idosas residentes em uma instituição de longa permanência do município, a fim de avaliar a aplicação do questionário. A primeira coleta de dados ocorreu em 2008, quando foram entrevistados 1.593 idosos¹⁸. Tanto em 2008 quanto em 2016 os entrevistados responderam a um questionário estruturado com questões pré-codificadas e aplicado na residência dos idosos por entrevistadores previamente treinados e coordenados por supervisores de campo.

Local do estudo

O município de Bagé situa-se na região Sul do Brasil, tem aproximadamente 15% de residentes com 60 anos ou mais, apresenta um pouco mais de 4 mil km², densidade demográfica de 28,52 habitantes por km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,740¹⁹. Em 2008, o município tinha 15 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), cobrindo 51% da população e cinco unidades básicas com modelo de atenção tradicional, responsáveis pelo atendimento dos demais habitantes^{18,20}.

Seleção da amostra e critérios de elegibilidade

A amostra da coorte SIGa-Bagé incluiu moradores da área urbana, proporcionalmente distribuídos conforme o serviço de saúde do território (tradicional e ESF). Para garantir a equiprobabilidade, pontos de partida eram sorteados com salto de seis domicílios, considerando-se elegíveis as residências à esquerda. Todos os moradores com 60 anos ou mais eram considerados elegíveis e convidados a participar do estudo. Eram considerados inelegíveis para o estudo idosos institucionalizados (hospitais, instituições de longa permanência e privados de liberdade) e também aqueles que tinham incapacidade mental e estavam sem acompanhante ou tutor.

No acompanhamento de 2016, todos os endereços foram revisitados e, em caso de mudança de residência, houve tentativa de busca no novo endereço. Os entrevistadores fizeram pelo menos três tentativas de entrevista e/ou agendamento por membros da família. Para os idosos com dificuldade de comunicação, um acompanhante foi solicitado para auxiliar na coleta de dados¹⁸. Mais detalhes sobre o cálculo do tamanho da amostra e o processo de amostragem podem ser consultados no artigo metodológico¹⁸.

Perdas e recusas

Os idosos residentes em instituições de longa permanência, privados de liberdade ou aqueles que mudaram da zona urbana para a rural ou outro município foram considerados perdas, assim como aqueles que não foram encontrados nos domicílios após três tentativas. Os indivíduos que relataram verbalmente não querer participar mais do estudo foram definidos como recusa.

Variáveis dependentes

O recebimento de apoio financeiro ou de cuidado pela família, ou outros, foram as variáveis dependentes neste estudo e consideradas presentes quando os idosos responderam sim a cada uma das perguntas (não; sim): “O(a) sr./sra. recebe ajuda financeira da família ou de outros?” e “O(a) sr./sra. recebe cuidado da família ou de outros?”. Os entrevistadores orientavam os idosos a considerar o(s) familiar(es) que residiam ou não no mesmo domicílio. Caso o idoso questionasse quem seriam “outros”, os entrevistadores descreveriam que poderia ser a figura de vizinhos, amigos, cuidador, agentes comunitários ou outros profissionais.

Variáveis independentes e instrumentos

As variáveis independentes correspondentes às características sociodemográficas foram: idade (até 74 anos; 75 anos ou mais), sexo (masculino; feminino), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro), morar sozinho(a) (não; sim), anos de estudo (analfabeto(a); 1 a 7 anos; 8 anos ou mais), trabalho no último mês (não; sim) e aposentadoria (não; sim).

Para avaliar a situação de saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: autoavaliação da saúde (boa/muito boa; péssima/ruim/regular), incapacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) (independente; dependente); incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (independente; dependente) e saiu de casa no último mês (saiu todos os dias; saiu uma vez por semana; saiu entre duas e quatro vezes por semana; e não saiu nenhum dia).

A incapacidade para realizar AVD foi avaliada com o uso da escala de Katz²¹, definindo como dependentes os idosos que tiveram pelo menos uma resposta negativa às perguntas sobre a habilidade de executar tarefas de autocuidado de forma independente, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e ser continente. As AIVD foram avaliadas por meio da escala de Lawton e Brody²², caracterizando como dependente pela resposta negativa a pelo menos uma das perguntas sobre tarefas que permitem a vida em comunidade, como limpeza da casa, manusear objetos pequenos, fazer compras, preparo da comida, uso de telefone e administração das finanças. Em relação aos serviços de saúde, foi considerado o modelo de atenção primária à saúde (tradicional e ESF) da área de residência do idoso em 2008.

Análise dos dados

A análise descritiva foi feita apresentando as frequências absoluta e relativa, os testes qui-quadrado de heterogeneidade e exato de Fisher foram usados na análise bivariada, conforme pressupostos.

A regressão de Poisson com ajuste robusto da variância foi utilizada para calcular as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A modelagem hierarquizada foi realizada na análise multivariável.

Inicialmente, as variáveis associadas aos desfechos em estudo ($p < 0,20$) foram incluídas no modelo, com o propósito de considerar possíveis fatores de confusão. Na etapa de modelagem, as variáveis independentes foram incluídas a partir do nível distal (1º) até o proximal (3º), seguindo a ordem: fatores sociodemográficos; situação de saúde; e modelo de atenção (variável incluída somente nas análises do desfecho, recebimento de cuidado). Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram feitas no programa estatístico Stata, versão 15.1.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (processo nº 15/08/2008, parecer nº 678.664/2014). Os princípios éticos foram assegurados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o direito de não participação na pesquisa e o anonimato na divulgação dos resultados.

Resultados

Em 2008, dos 1.593 entrevistados, 1.592 responderam às perguntas referentes ao recebimento de apoio financeiro ou de cuidado. Em 2016/2017 foram identificados 638 óbitos (40,1%) via sistemas de informação ou relato de familiares, restando 955 idosos vivos (59,9%); destes, 735 (77,0%) foram efetivamente entrevistados, com perdas e recusas somando 220¹⁸. Entretanto, 711 entrevistados responderam aos desfechos em estudo no acompanhamento de 2016.

Em relação à caracterização da amostra incluída neste estudo no acompanhamento de 2008 ($n = 1.593$), verificou-se que a maioria dos idosos estava na faixa etária até 74 anos (68,8%); 62,8% eram do sexo feminino; 51,3% viviam

com companheiro; e 54,5% tinham de um a sete anos de estudo. Do total, aproximadamente 82% não moravam sozinhos; cerca de 72% eram aposentados e aproximadamente 87% não trabalhavam; 53,5% eram cobertos pela ESF; 41,2% autoavaliavam a situação de saúde como péssima/ruim/regular; 10,6% apresentavam incapacidade de realizar AVD; 34,2% tinham incapacidade de realizar AIVD e 14,9% não saíram de casa nenhum dia no último mês (dados não apresentados nas tabelas).

Quanto à caracterização da amostra do acompanhamento de 2016/17 ($n = 735$), a maioria dos idosos tinha 75 anos ou mais (57,8%); 65,3% eram mulheres; e aproximadamente 58% viviam sem companheiro (solteiros, viúvos e separados); cerca de 56% tinham de 1 a 7 anos de estudo; quase 76% não moravam sozinhos; 79,7% eram aposentados e aproximadamente 94% dos idosos não trabalhavam; 54,4% eram cobertos pela ESF; 46,3% autoavaliavam a situação de saúde como péssima/ruim/regular; 13,5% apresentavam incapacidade de realizar atividades de vida diária; 39,6% tinham incapacidade de executar atividades instrumentais de vida diária e 19% não saíram de casa nenhum dia no último mês (dados não apresentados nas tabelas).

A frequência de recebimento de apoio financeiro e cuidado em 2008 foi de 20,2% (IC95% 18,3-22,3) e 54,9% (IC95% 51,4-56,3), respectivamente, enquanto a de 2016 foi de 16,9% (IC95% 14,3-19,9) e 37,0% (IC95% 33,5-40,6) (Tabela 1). Houve diminuição do recebimento de cuidado de aproximadamente 18 pontos percentuais no período dos oito anos (de 2008 para 2016/17), essa diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as análises bruta e ajustada do recebimento de apoio financeiro segundo características sociodemográficas. No acompanhamento de 2008, após análise ajustada, observou-se que a frequência de recebimento de apoio financeiro foi 28% maior entre os idosos que viviam sem o companheiro (RP = 1,28; IC95% 1,05-1,56), 62% (RP = 1,62; IC95% 1,32-1,94) maior entre não aposentados e 50% (RP = 1,50; IC95% 1,03-2,17) maior entre aqueles que não trabalhavam ($p < 0,05$). Após ajustes para fatores de confusão, no acompanhamento de 2016, as mulheres apresentaram probabilidade 83% maior de receber ajuda financeira do que os homens (RP = 1,83; IC95% 1,23-2,73) ($p < 0,05$).

Em 2008, idosos com incapacidade para realizar AVD tinham probabilidade 99% (RP =

Tabela 1. Frequência do recebimento de apoio financeiro e cuidado entre os idosos residentes na zona urbana do município de Bagé, RS, Brasil, 2008-2016/17.

	2008			2016/17		
	N [*]	% [†]	IC95% [‡]	N [*]	% [†]	IC95% [‡]
Recebimento de apoio financeiro						
Não	1.270	79,8	77,7-81,7	589	83,1	80,1-85,7
Sim	322	20,2	18,3-22,3	120	16,9	14,3-19,9
Recebimento de cuidado						
Não	734	46,1	43,7-48,6	446	63,0	59,4-66,5
Sim	858	53,9	51,4-56,3	262	37,0	33,5-40,6

* N: frequência absoluta; † %: frequência relativa; ‡ IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Autores.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada do recebimento de apoio financeiro segundo características sociodemográficas dos idosos residentes em área urbana do município de Bagé, RS, Brasil, 2008-2016/17.

Características sociodemográficas	Recebe apoio financeiro da família e outros										
	2008						2016				
	Descrição da amostra			Bruta			Ajustada			Descrição da amostra	
	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]	IC95% [§]	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]
Idade				p = 0,016		p = 0,872				p = 0,516	
Até 74 anos	1.096	68,8	Ref.		Ref.		310	42,2	Ref.		-
75 anos ou mais	497	31,2	1,28	1,05; 1,56	0,98	0,78; 1,23	425	57,8	0,90	0,65; 1,24	-
Sexo				p = 0,001		p = 0,208				p = 0,003	p = 0,003
Masculino	593	37,2	Ref.		Ref.		255	34,7	Ref.		Ref.
Feminino	1.000	62,8	1,44	1,15; 1,70	1,17	0,92; 1,49	480	65,3	1,85	1,24; 2,76	1,83
Situação conjugal				p = 0,001		p = 0,015				p = 0,102	p = 0,729
Com companheiro(a)	816	51,3	Ref.		Ref.		310	42,4	Ref.		Ref.
Sem companheiro(a)	776	48,7	1,40	1,15; 1,71	1,28	1,05; 1,56	421	57,6	1,33	0,95; 1,87	1,07
Anos de estudo				p = 0,005		p = 0,170				p = 0,848	-
Analfabeto(a)	382	24,0	1,56	1,16; 2,10	1,28	0,95; 1,72	153	20,8	1,15	0,70; 1,90	-
1 a 7 anos	868	54,5	1,18	0,89; 1,5	1,06	0,81; 1,40	413	56,2	1,06	0,70; 1,61	-
8 anos ou mais	342	21,5	Ref.		Ref.		169	23,0	Ref.		-
Mora sozinho(a)				p = 0,378		-				p = 0,406	-
Não	1.313	20,6	Ref.		-	-	558	75,9	Ref.		-
Sim	280	17,6	0,89	0,68; 1,16	-	-	177	24,1	1,17	0,81; 1,68	-
Aposentadoria				p < 0,001		p < 0,001				p = 0,027	p = 0,186
Não	451	28,3	1,58	1,30; 1,93	1,62	1,32; 1,94	149	20,3	1,16	0,54; 2,48	1,28
Sim	1.142	71,7	Ref.		Ref.		584	79,7	Ref.		Ref.
Trabalho no último mês				p = 0,017		p = 0,033				p = 0,700	-
Não	1.392	87,4	1,56	1,08; 2,25	1,50	1,03; 2,17	681	94,3	1,16	0,54; 2,48	-
Sim	200	12,6	Ref.		Ref.		41	5,7	Ref.		-

* N: frequência bruta; † %: frequência relativa; ‡ RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de confiança de 95%; || Ref.: grupo de referência.

Fonte: Autores.

1,99; IC95% 1,59-2,49) maior de receber ajuda financeira do que aqueles que não apresentavam incapacidade. Aqueles que não saíram de casa nenhum dia no último mês tinham probabilidade 48% maior de receber ajuda financeira do

que aqueles que saíram diariamente (RP = 1,48; IC95% 1,11-1,96) ($p < 0,05$). Em 2016, os idosos com incapacidade para realizar atividades de vida diária tiveram uma probabilidade 67% maior de receber ajuda financeira do que aque-

les sem incapacidade (RP = 1,67; IC95% 1,13-2,49) ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Em 2008, após ajustes, a prevalência de recebimento de cuidado foi 13% maior entre os idosos com 75 anos ou mais (RP = 1,13; IC95% 1,02-1,24), 18% maior para o sexo feminino (RP = 1,18; IC95% 1,05-1,31) e 19% maior para os idosos que viviam sem o companheiro (RP = 1,19; IC95% 1,07-1,32) ($p < 0,05$). Os idosos que moravam sozinhos tiveram 34% menos probabilidade de receber cuidado, quando comparados àqueles que não moravam só (RP = 0,66; IC95% 0,56-0,77) ($p < 0,001$). Em 2016, os idosos que não trabalhavam recebiam cerca de 35% menos cuidado do que aqueles que trabalhavam (RP = 0,65; IC95% 0,46-0,92) (Tabela 4).

Em 2008, aqueles com incapacidade para realizar atividades instrumentais da vida diária apresentaram 53% maior probabilidade de receber cuidado do que os idosos sem incapacidade, após ajustes (RP = 1,53; IC95% 1,39-1,69) ($p < 0,001$). A probabilidade de receber cuidado foi 20% menor entre idosos que não saíram de casa nenhum dia no último mês, quando comparados aos que saíram todos os dias (RP = 0,80; IC95% 0,70-0,92) ($p < 0,001$). A análise ajustada

para possíveis fatores de confusão de 2016 mostrou que idosos residentes em área coberta por ESF tinham probabilidade 84% maior de receber cuidado, quando comparados aos que residiam em áreas tradicionais (RP = 1,84; IC95% 1,47-2,29) ($p < 0,001$). Os idosos com incapacidades instrumentais de vida diária recebiam 56% mais cuidado do que os idosos sem incapacidade (RP = 1,56; IC95% 1,28-1,89) ($p < 0,001$). Idosos que não saíram de casa nenhum dia no último mês apresentavam cerca de 40% menos probabilidade de receber cuidado do que os idosos que saíram diariamente (RP = 0,61; IC95% 0,46-0,80) ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Discussão

Os achados do presente estudo mostraram associação entre o recebimento de apoio financeiro e cuidado as características sociodemográficas e de situação de saúde dos idosos em dois momentos. Em 2008, o recebimento de apoio financeiro esteve associado à situação conjugal, à aposentadoria e ao trabalho, controlando para os fatores de confusão. Observou-se a associa-

Tabela 3. Análise bruta e ajustada do recebimento de apoio financeiro segundo situação de saúde dos idosos residentes em área urbana do município de Bagé, RS, Brasil, 2008-2016/17.

Situação de saúde	Recebe apoio financeiro da família e outros											
	2008						2016					
	Descrição da amostra			Bruta			Ajustada			Descrição da amostra		
	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]	IC95% [§]	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]	IC95% [§]
Avaliação da situação de saúde				p = 0,205						p = 0,929		
Boa/muito boa	906	58,8	Ref.		-	-	382	53,7	Ref.		-	-
Péssima/ruim/regular	634	41,2	1,14	0,93; 1,40	-	-	329	46,3	1,02	0,60; 1,74	-	-
AVD [*]				p < 0,001						p = 0,010		
Independente	1.424	89,4	Ref.		Ref.		627	86,5	Ref.		Ref.	
Dependente	169	10,6	1,97	1,56; 2,47	1,99	1,59; 2,49	98	13,5	1,70	1,14; 2,55	1,67	1,13; 2,49
AIVD ^{**}				p < 0,001						p = 0,033		
Independente	1.045	65,8	Ref.		Ref.		434	60,5	Ref.		Ref.	
Dependente	544	34,2	1,43	1,18; 1,74	1,11	0,87; 1,41	284	39,5	1,43	1,03; 1,98	1,17	0,80; 1,70
Saiu de casa no último mês				p < 0,001						p = 0,566		
Saiu todos os dias	569	35,7	Ref.		Ref.		274	37,9	Ref.		-	-
Saiu 1 vez por semana	351	22,0	0,90	0,67; 1,21	0,82	0,61; 1,10	103	14,3	1,32	0,83; 1,51	-	-
Saiu entre 2 e 4 vezes na semana	435	27,4	1,01	0,77; 1,31	0,97	0,74; 1,25	207	28,6	0,99	0,65; 1,51	-	-
Não saiu	238	15,9	1,84	1,43; 2,36	1,48	1,11; 1,96	139	19,2	1,20	0,77; 1,89	-	-

*N: frequência bruta; †%: frequência relativa; ‡RP: razão de prevalência; §IC95%: intervalo de confiança de 95%; ||Ref.: grupo de referência; *AVD: atividades básicas de vida diária; **AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada do recebimento de cuidado segundo características sociodemográficas dos idosos residentes em área urbana do município de Bagé, RS, Brasil, 2008-2016/17.

Características sociodemográficas	Recebe cuidado da família e/ou outros											
	2008						2016					
	Descrição da amostra			Bruta			Ajustada			Descrição da amostra		
	N*	%†	RP‡	IC95%§	RP‡	IC95%§	N*	%†	RP‡	IC95%§	RP‡	IC95%§
Idade				p < 0,001			p = 0,019			p = 0,079		
Até 74 anos	1.096	68,8	Ref.				310	42,2	Ref.			
75 anos ou mais	497	31,2	1,31	1,20; 1,44	1,13	1,02; 1,24	425	57,8	0,84	0,70; 1,02	0,88	0,72; 1,07
Sexo				p < 0,001			p = 0,004			p = 0,234		
Masculino	593	37,2	Ref.				255	34,7	Ref.		-	-
Feminino	1.000	62,8	1,21	1,09; 1,34	1,18	1,05; 1,31	480	65,3	0,89	0,73; 1,08	-	-
Situação conjugal				p < 0,001			p = 0,001			p = 0,247		
Com companheiro(a)	816	51,3	Ref.				310	42,4	Ref.		-	-
Sem companheiro(a)	776	48,7	1,18	1,08; 1,30	1,19	1,07; 1,32	421	57,6	0,89	0,74; 1,08	-	-
Anos de estudo				p = 0,002			p = 0,580			p = 0,590		
Analfabeto(a)	382	24,0	1,27	1,10; 1,45	1,07	0,94; 1,22	153	20,8	1,13	0,84; 1,52	-	-
1 a 7 anos	868	54,5	1,12	0,98; 1,27	1,07	0,92; 1,24	413	56,2	1,13	0,88; 1,46	-	-
8 anos ou mais	342	21,5	Ref.				169	23,0	Ref.		-	-
Mora sozinho(a)				p < 0,001			p < 0,001			p = 0,141		
Não	1.313	20,6	Ref.				558	75,9	Ref.			
Sim	280	17,6	0,69	0,59; 0,80	0,66	0,56; 0,77	177	24,1	0,89	0,66; 1,06	0,85	0,66; 1,08
Aposentadoria				p = 0,659			-			p = 0,605		
Não	451	28,3	1,02	0,93; 1,13	-	-	149	20,3	0,71	0,51; 0,97	-	-
Sim	1.142	71,7	Ref.		-	-	584	79,7	Ref.		-	-
Trabalho no último mês				p = 0,057			p = 0,865			p = 0,030		
Não	1.392	87,4	1,16	1,00; 1,36	1,01	0,87; 1,18	681	94,3	0,71	0,51; 0,97	0,65	0,46; 0,92
Sim	200	12,6	Ref.				41	5,7	Ref.			

*N: frequência bruta; †%: frequência relativa; ‡RP: razão de prevalência; §IC95%: intervalo de confiança de 95%; ||Ref.: grupo de referência.

Fonte: Autores.

ção das incapacidades funcionais ao maior recebimento de apoio financeiro e de cuidado em 2008 e 2016. Idosos mais velhos, com incapacidade AIVD e que não saíram de casa nenhum dia no último mês estiveram associados ao recebimento de cuidado nos dois acompanhamentos. Constatou-se, em 2016, a relevância do modelo de atenção à saúde da ESF no recebimento de cuidado.

A frequência do recebimento de apoio financeiro foi de 20,2% em 2008 e de 16,9% em 2016. Os resultados se assemelham aos achados recentes divulgados em pesquisas diversas. Estudo internacional encontrou redução de dez pontos percentuais (de 20% para 10%) no recebimento de ajuda financeira entre os idosos mexicanos no intervalo de uma década²³. Estudo realizado com idosos residentes na zona rural encontrou

variação da frequência do recebimento de ajuda financeira de 10,8% para 20,8%²⁴.

A taxa de recebimento de cuidado foi de 54,9% em 2008 e de 37% em 2016. Corroborando o achado do último acompanhamento, estudo nacional realizado no Rio de Janeiro com 369 idosos encontrou prevalência de 31,5%²⁵. É importante salientar que existe, na literatura, uma ampla variação na definição operacional e na mensuração do recebimento de apoio social, prejudicando a comparação dos resultados, o que pode explicar a discrepância dos resultados deste estudo em relação a outros achados da literatura. Uma das hipóteses para a diminuição do recebimento de cuidado, tratando-se de um estudo de coorte, pode estar relacionada à característica de não independência da amostra, pois os idosos podem passar a residir sozinhos

Tabela 5. Análise bruta e ajustada do recebimento de cuidado segundo modelo de atenção e situação de saúde dos idosos residentes em área urbana do município de Bagé, RS, Brasil, 2008-2016/17.

Situação de saúde	Recebe cuidado da família e/ou outros											
	2008						2016					
	Descrição da amostra			Bruta			Ajustada			Descrição da amostra		
	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]	IC95% [§]	N [*]	% [†]	RP [‡]	IC95% [§]	RP [‡]	IC95% [§]
Tipo de Modelo de Atenção				p = 0,101						p < 0,001		
Básica												
Tradicional	741	46,5	Ref.		Ref.		355	45,6	Ref.		Ref.	
ESF ^{**}	852	53,5	1,08	0,99; 1,18	1,06	0,97; 1,16	400	54,4	1,85	1,49; 2,30	1,84	1,47; 2,29
Avaliação da situação de saúde				p = 0,002						p = 0,929		
Boa/muito boa	906	58,8	Ref.		Ref.		382	53,7	Ref.		-	-
Péssima/ruim/regular	634	41,2	1,16	1,06; 1,28	1,08	0,99; 1,19	329	46,3	1,02	0,60; 1,74	-	-
AVD [‡]				p < 0,001						p = 0,103		
Independente	1.424	89,4	Ref.		Ref.		627	86,5	Ref.		Ref.	
Dependente	169	10,6	1,57	1,43; 1,72	1,08	0,95; 1,22	98	13,5	1,24	0,96; 1,62	1,08	0,82; 1,43
AIVD ^{††}				p < 0,001						p < 0,001		
Independente	1.045	65,8	Ref.		Ref.		434	60,5	Ref.		Ref.	
Dependente	544	34,2	1,66	1,52; 1,80	1,53	1,39; 1,69	284	39,5	1,60	1,32; 1,93	1,56	1,28; 1,89
Saiu de casa no último mês				p = 0,002						p = 0,159		
Saiu todos os dias	569	35,7	Ref.		Ref.		274	37,9	Ref.		Ref.	
Saiu 1 vez por semana	351	22,0	0,95	0,84; 1,08	0,78	0,68; 0,88	103	14,3	1,03	0,78; 1,35	0,89	0,68; 1,16
Saiu entre 2 e 4 vezes na semana	435	27,4	0,92	0,82; 1,04	0,83	0,74; 0,93	207	28,6	0,82	0,64; 1,04	0,77	0,61; 0,98
Não saiu	238	15,9	1,18	1,04; 1,33	0,80	0,70; 0,92	139	19,2	0,78	0,58; 1,04	0,61	0,46; 0,80

^{*}N: frequência bruta; [†]%: frequência relativa; [‡]RP: razão de prevalência; [§]IC95%: intervalo de confiança de 95%; ^{||}Ref.: grupo de referência; ^{*}AVD: atividades básicas de vida diária; ^{**}ESF: Estratégia Saúde da Família; ^{††}AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

Fonte: Autores.

por perderem seus companheiros e/ou familiares, diminuindo assim sua rede de apoio social, com uma diminuição da percepção de recebimento de suporte, além da possibilidade de vies de sobrevivência.

Em termos demográficos, a probabilidade do recebimento de cuidado foi maior entre os idosos mais velhos (75 anos ou mais) e em mulheres, confirmando achados prévios da literatura^{14,26}. À medida que ocorre o envelhecimento, observa-se o aumento da demanda de cuidados devido à situação de saúde dos idosos, entretanto há uma diminuição da percepção de apoio, principalmente em razão da diminuição da rede social, não só pelos óbitos de familiares e amigos, mas pelo aumento das incapacidades físicas que prejudicam o deslocamento dos idosos e a procura por ajuda¹⁴.

Quanto ao sexo, estudos confirmam que as mulheres recebem com mais frequência o apoio financeiro e o cuidado^{4,14,25}. Sousa e colaboradores encontraram associação estatisticamente sig-

nificante do maior recebimento de apoio social entre as mais velhas, que viviam sem o companheiro e que não trabalhavam²⁵. Pesquisadores afirmam que os homens são mais restritivos em suas relações sociais, concentrando o contato na companheira e nos parentes mais próximos⁴. Em contrapartida, em geral as mulheres têm redes sociais maiores e oferecem mais apoio social do que os homens⁴. A diferença entre os papéis sociais e de gênero pode estar diretamente relacionada aos achados. É atribuído culturalmente às mulheres o papel de cuidar da casa, da família ou dos filhos, e aos homens o papel de prover, apesar das mudanças atuais do papel da mulher na sociedade e dentro do lar⁴.

No que se refere às características socio-demográficas, o conhecimento científico atual apresenta que os valores de benefícios como a aposentadoria são insuficientes e não suprem as demandas dos idosos, deixando que muitos fiquem dependentes financeiramente, sobretudo dos filhos^{4,9,17}. De acordo com um trabalho

internacional, a participação de idosos no trabalho é consequência de privações financeiras e de falta de apoio²⁷. Em geral as despesas dos idosos são com saúde, principalmente medicamentos⁹. Pesquisas revelam que os idosos são parcial ou totalmente dependentes de outra pessoa em termos financeiros, afirmando que o risco financeiro e de ausência de apoio social podem fazer com que idosos abandonem o tratamento de alguma doença ou agravo devido à necessidade de pagar pelos cuidados à saúde^{9,17}. Autores sugerem que a aposentadoria pode exercer efeito protetor contra a falta de acesso aos cuidados de saúde, promovendo maior acesso aos cuidados de saúde e redução dos gastos catastróficos¹⁷. Cabe ressaltar que a seguridade social compreende a saúde, a previdência e a assistência social. A independência dos idosos está diretamente relacionada às questões socioeconômicas e de saúde, como o trabalho e a capacidade funcional²⁸⁻³³.

A análise ajustada de 2008 mostrou que os idosos que moravam sozinhos apresentavam 32% menos probabilidade de receber cuidado da família ou de outros em comparação com os que não moravam sozinhos. Em consonância com os achados, autores apontam que os idosos que moram sozinhos têm probabilidade três vezes maior de ausência da percepção de cuidado quando comparados com aqueles que não moram sozinhos²⁵.

Segundo a literatura nacional, em geral os idosos que coabitam residência com familiares assumem o papel de provedor de ajuda financeira e são os chefes da família^{29,33}. Estudo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios apontou que residir com outras pessoas é um indicativo de pobreza e uma tentativa de combatê-la, aumentando a renda do domicílio, e também evidenciou que o recebimento de um salário mínimo por políticas governamentais como o Benefício de Prestação Continuada, aposentadoria ou pensão é importante na determinação do arranjo familiar do idoso³⁰. Autores apresentam a renda como uma via de mão dupla na determinação da configuração familiar do domicílio, pois por um lado o recebimento de uma renda pode oferecer a autonomia e independência de residir sozinho ao idoso, por outro, famílias em situação de vulnerabilidade se unem na mesma residência para compartilhamento do benefício, sendo muitas vezes a principal renda³⁰.

Os achados do presente estudo corroboram a literatura nacional e internacional referente à relação entre a incapacidade funcional dos

idosos e o recebimento de apoio financeiro e/ou cuidado^{11,14,33,34}. Estudo realizado na China mostrou, na análise multivariada após ajuste para características demográficas e socioeconômicas, que idosos com incapacidade apresentavam 135% mais chances de receber suporte financeiro do que os idosos sem incapacidade³³. Outra pesquisa evidenciou que, quanto maior o grau de dependência do idoso com o avançar da idade, maiores seriam os gastos com medicamentos e/ou intervenções de saúde, necessitando de suporte financeiro³². Portanto, alguns determinantes socioeconômicos, demográficos e de políticas públicas são de suma importância para alcançar a equidade no financiamento da saúde dos idosos⁸. Os pesquisadores apontam que a menor renda e a oferta insuficiente de serviços, principalmente de saúde, limitam a independência, não atendem às necessidades de saúde e agravam as condições de vida²⁵.

Pesquisa internacional mostrou, após controle para fatores demográficos, socioeconômicos e de situação de saúde, que os idosos com incapacidade de realizar atividades tinham 4,2 vezes mais chances de receber cuidado de serviços de enfermagem quando comparados aos que não apresentavam dependência¹⁴. Os mesmos autores mostraram que o recebimento de cuidado dos serviços de enfermagem concentra-se com maior frequência entre mulheres, idosos mais velhos, que viviam sem o companheiro, com dependência para realizar atividades de vida diária e avaliação negativa da saúde¹⁴. O envelhecimento é acompanhado por mudanças na situação de saúde, como o desenvolvimento de incapacidades funcionais e psicossociais que aumentam a demanda de apoio da família, dos amigos e da sociedade¹⁴. Trabalho nacional conduzido na atenção básica identificou que os indivíduos com alguma doença física, principalmente mais grave, tendem a ampliar a rede de apoio social³³. Autores evidenciam que os idosos que apresentam dependência recebem mais apoio não só no aspecto material, mas de cuidado¹¹. Corroborando os achados de Nunes e colaboradores (2017), que afirmam, após análise ajustada para fatores sociodemográficos, comportamentais e de condição de saúde, que a probabilidade de receber atendimento domiciliar nos últimos três meses entre os idosos foi 150% e 61% maior entre aqueles com incapacidade de AIVD e AVD, respectivamente, quando comparados com aqueles que não apresentavam incapacidade³⁴.

Apesar da escassez de estudos quantitativos que abordem a importância do modelo de

atenção à saúde prestado ao idoso e sua percepção de cuidado, alguns pesquisadores destacam a relevância do acesso aos serviços de saúde na contribuição de uma alta percepção de apoio social^{14,25}. Indivíduos que vivem em áreas cobertas pela ESF apresentam estímulos ao funcionamento da rede de apoio familiar e comunitária, mediante ações articuladoras que preconizam o cuidado integral e contínuo dos sujeitos, realizadas conforme as necessidades de saúde do idoso, aproximando os profissionais dos usuários, aumentando assim a rede de apoio social^{14,25}. No presente estudo, a associação do modelo de atenção com o recebimento de cuidado demonstrou relevância à medida que os indivíduos envelhecem. Cabe ressaltar a necessidade de que os formuladores de políticas públicas organizem e instituem programas que favoreçam o apoio social dos idosos na comunidade e, em especial, em seus domicílios¹⁴.

A crise política e econômica, com medidas de austeridade após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, iniciadas no governo Temer e mantidas por Bolsonaro, priorizando pautas antidemocráticas, autoritárias e de retrocesso, com cortes em políticas sociais e retirada de direitos trabalhistas e previdenciários^{35,36}. Embora o SUS e seus programas tenham contribuído para enfrentar desigualdades em saúde, observa-se crescente mercantilização e perda de direitos sociais³⁵. A Emenda Constitucional nº 95/2016 congelou gastos primários por 20 anos, afetando o financiamento do SUS e a saúde da população, em um cenário de crescimento populacional, envelhecimento e maior demanda por assistência³⁵. A nova Política Nacional de Atenção Básica integra essa agenda de retrocessos, propondo mudanças na atuação dos agentes comunitários e fragmentação do cuidado³⁵. Há ainda redução de farmácias e municípios no Programa Farmácia Popular, desobrigação de equipes multidisciplinares, mudanças no financiamento do Previn Brasil e descontinuidade do Mais Médicos^{38,39}.

A ESF cobre mais de 130 milhões de pessoas no Brasil, com foco em grupos de risco, garantindo um sistema público de saúde equitativo, apesar das dificuldades⁴⁰. A ESF tem papel relevante no reconhecimento de vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde, e em vários aspectos da assistência pode haver rastreio e identificação da necessidade de apoio financeiro e cuidado de indivíduos, famílias e comunidades. É relevante frisar que esforços entre gestores devem ser constituídos para a formulação e implementação de uma política nacional de cuidado, sendo

necessário que não só a família assuma o papel do cuidado, mas que o Estado, que se encontra cada vez menos atuante, se responsabilize no enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e de situação de saúde. Tomadas de decisões e algumas estratégias, como aumento de cobertura da ESF, preservação do processo de trabalho dos agentes comunitários, disponibilização de equipes multidisciplinares vinculadas às equipes de saúde da família, avanços na implementação da telemedicina, aumento dos espaços de interação social, como centros de convivência para os idosos e garantir o Programa Farmácia Popular, são potenciais resoluções aos desafios⁴¹. Além disso, é indispensável revisar as reformas previdenciárias e trabalhistas atuais e assumir que os sistemas de saúde são formas de proteção social e direitos assegurados pela Constituição Federal⁴².

Como aspecto positivo, destaca-se a análise do recebimento de apoio financeiro e de cuidado como variável dependente, explorando sua variação conforme características sociodemográficas e de saúde. Essa abordagem é inovadora, face à produção de conhecimento nacional sobre apoio social nos últimos cinco anos. Outro ponto é a descrição da direção e magnitude do recebimento do apoio financeiro e de cuidado por meio de regressão de Poisson com variância robusta. Os resultados se destacam pela relevância do tema, especialmente para idosos vulneráveis, dadas às consequências da pandemia de COVID-19. A análise transversal da coorte de idosos em dois períodos contribui para evidenciar aspectos relevantes para a formulação e orientação de políticas públicas, como a universalização da aposentadoria, dos benefícios sociais e do modelo de atenção da ESF.

Possíveis limitações devem ser consideradas. A bidirecionalidade e a causalidade reversa podem ocorrer em algumas associações dos desfechos com características socioeconômicas e de saúde, pois, embora se trate de uma coorte, as análises foram transversais em cada acompanhamento. Outra limitação diz respeito à não independência das amostras estudadas (coorte). No acompanhamento de 2016 houve perda por óbito, recusa e não localização, o que pode ter gerado viés de sobrevivência. Também pode ter havido perda de poder estatístico para examinar as associações. Algumas associações podem não ter sido evidenciadas. Quanto à operacionalização das variáveis dependentes, a subjetividade do termo “outros” na pergunta de mensuração pode ter prejudicado as estimativas e a caracterização do apoio recebido, pois os participan-

tes podem não pensar no papel do Estado no recebimento de apoio financeiro ou cuidado. Mesmo que pensem na figura do agente comunitário de saúde em alguns casos, pode ser que o relato seja mais pelo pertencimento à comunidade daquele indivíduo do que por entenderem o agente como um componente importante na implementação do cuidado pelos gestores e governantes. Por fim, a ausência da caracterização de quem recebia apoio dos idosos limitou o conhecimento de quem foi beneficiado.

O envelhecimento da população brasileira abrange importantes questões sociais e de saúde pública, além da transição demográfica e epidemiológica, marcada pelo maior número de mulheres no mercado de trabalho, pela diminuição da disponibilidade de cuidado aos idosos devido ao menor tamanho das famílias e pelo aumento das separações conjugais e das doenças crônico-degenerativas⁸. Há necessidade de efetivar políticas de cuidado à população idosa, ampliar a cobertura da ESF e recomendar que gestores instituem e garantam políticas de seguridade social para reduzir desigualdades sociais e em saúde.

Conclusão

Conclui-se que o recebimento de apoio financeiro e cuidado variou conforme as características sociodemográficas, de saúde e o modelo de atenção básica. Destaca-se a importância de refletir sobre o papel social do idoso na família, reforçando a necessidade de fortalecer interações e apoio social ao longo da vida. Diante das dificuldades econômicas e deficiências no processo de distribuição de renda e seguridade social, é necessário que o Estado amplie e atualize as políticas de proteção social, incluindo o fortalecimento do apoio familiar para garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos.

No que se refere à prática do profissional de saúde, é fundamental a coleta dessas informações (recebimento de apoio financeiro e cuidado) nos atendimentos à população idosa. Espera-se que os resultados apresentados colaborem para a ampliação da discussão e na formulação de estratégias de seguridade social e de saúde pública, além da promoção, prevenção e monitoramento da situação de saúde dos idosos.

Colaboradores

Concepção e delineamento do estudo ou análise e interpretação dos dados: Venturin B, Thumé E, Saes MO, Soares MU, Machado KP e Facchini LA. Redação do artigo ou revisão crítica de seu conteúdo intelectual relevante: Venturin B, Thumé E, Saes MO, Soares MU, Machado KP e Facchini LA. Aprovação final da versão a ser publicada: Venturin B, Thumé E, Saes MO, Soares MU, Machado KP e Facchini LA.

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

- Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, Bisignano C, Azhar GS, Castro E, Chalek J, Daly M, Dwyer-Lindgren L, Frank T, Fukutaki K, Hay SI, Liu HC, Ma J, Månsson JC, Mokdad AH, Nandakumar V, Pierce M, Pletcher MA, Robalik T, Schaeffer LE, Sholokhov A, Sorensen RJD, Steuben KM, Zheng P, Murray CJL. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020; 396(10258):1285-1306.
- GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258):1160-1203.
- Lopes JM. Transição demográfica e epidemiológica. In: Lopes JM, Guedes MBOG, organizadores. *Fisioterapia na atenção primária: manual de prática profissional baseado em evidência*. São Paulo: Atheneu; 2019.
- Sant'Ana LAJ, D'Elboux MJ. Social support and expectation of elderly care: association with sociodemographic variables, health and functionality. *Saude Debate* 2019; 43(121):503-519.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde: equidade, o coração da saúde, 2020-2025*. Washington, DC: OMS; 2020.
- Mello FCC, Costa RFR, Corso JM. Modelo conceitual aplicável a estudos sobre determinantes sociais da saúde em municípios brasileiros. *Saude Soc* 2020; 29(2):e181094.
- Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Cienc Enferm* 2020; 26:e30267.
- Yamashita CH. *O impacto do cuidado em famílias de pacientes com incapacidade e dependência em diferentes contextos de vulnerabilidade* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
- Rabelo DF, Silva J. Vulnerabilidades em idosos: saúde, suporte social, chefia e sustento familiar. *Saude Pesq* 2021; 14(Supl. 1):e7823.
- Nevot-Caldentey L, Socías CO, Brage LB. Cluster analysis in the definition of profiles of elderly people with dependency in Palma de Mallorca: relationship between health, social support and dependency. *Rev Esp Salud Publica* 2020; 94:e202007040.
- Brito TRP, Nunes DP, Duarte YAO, Lebrão ML. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Bras Epidemiol* 2019; 21(Supl. 2):e180003.
- Okumura A, Espinoza MC, Boudesseul J, Heimark K. Venezuelan forced migration to Peru during sociopolitical crisis: an analysis of perceived social support and emotion regulation strategies. *J Int Migr Integr* 2021; 23(3):1277-1310.
- Organização das Nações Unidas Brasil (ONU). *Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil*. Brasília: ONU; 2022.
- Burzynska M, Bryla M, Bryla P, Maniecka-Bryla I. Factors determining the use of social support services among elderly people living in a city environment in Poland. *Health Soc Care Community* 2016; 24(6):758-768.
- Ximenes VM, Nepomuceno BB, Moura Jr. JF, Abreu MKA, Ribeiro GO. Propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psico-USF* 2020; 25(2):371-384.
- Oliveira SG, Mello FE, Dias LV, Cordeiro FR, Porto AR, Hartmann M. Instrumentos para avaliar a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores. *Av Enferm* 2021; 39(1):93-111.
- Muhammad T, Srivastava S, Sekher TV. Association of self-perceived income sufficiency with cognitive impairment among older adults: a population-based study in India. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1):256.
- Thumé E, Kessler M, Machado KP, Nunes BP, Volz PM, Wachs LS, Soares MU, Saes MO, Duro SM, Dilélio AS, Facchini LA. Cohort study of ageing from Bagé (SIGa-Bagé), Brazil: profile and methodology. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1089.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
- Soares MU, Nunes BP, Wachs LS, Kessler M, Dilélio AS, Soares DC, Facchini LA, Thumé E. Relações sociais informais em idoso com hipertensão e/ou diabetes. *Rev Enferm UFSM* 2018; 8(4):780-793.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185(12):914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3):179-186.
- Orozco-Rocha K, Gonzalez-Gonzalez C, Wong R. Family help received by Mexican older adults across socioeconomic strata: changes over a critical decade. *Rev Panam Salud Publica* 2021; 45:e90.
- Oliveira NA, Souza EN, Brigola AG, Rossetti ES, Terrassi M, Luchesi BM, Pavarini SCI. Idosos cuidadores em diferentes arranjos de moradia: comparação do perfil de saúde e de cuidado. *Rev Gaucha Enferm* 2019; 40:e20180306.
- Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Acta Paul enferm* 2010; 23(5):625-631.

26. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 2):724-732.
27. Sitoresmi SRG, Istiqomah I, Sukiman S. Why do the elderly keep working? *Trikonomika* 2020; 19(2):96-102.
28. Noronha K, Andrade LMB, Camargos MCS, Machado CJ. Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013. *Cad Saude Colet* 2021; 29(n. esp.):59-72.
29. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saude Publica* 2015; 31(4):874-884.
30. Paulo MA, Wajzman S, Oliveira AMCH. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. *Rev Bras Estud Popul* 2013; 30(Supl.):S25-S43.
31. Aragão EIS, Campos MR, Portugal FB, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Padrões de apoio social na atenção primária à saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. *Cienc Saude Colet* 2018; 23(7):2339-2350.
32. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, Thumé E, Facchini LA. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(2):295-304.
33. Hao X, Gu J, Ying X, Bo T. Social support and care needs of the disabled elderly population: An empirical study based on survey data from Beijing, China. *Biosci Trends* 2017; 11(5):507-515.
34. Dondo M, Monsalvo M, Garibaldi LA. Determinantes de la equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina: un estudio empírico. *Cad Saude Publica* 2016; 32(1):e00012215.
35. Rossi TRA, Sobrinho JEL, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4427-4436.
36. Morais HMM, Oliveira RS, Vieira-da-Silva LM. A coalização dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4479-4488.
37. Nogueira KWAS, Sobrinho SJ. A nova Política de Atenção Básica à Saúde: impactos perceptíveis em uma equipe de saúde da família no município de Alagoa Nova-PB. *Cad Cienc Soc Aplicadas* 2019; 16(28):25-40.
38. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, Benevides RPS. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev Saude Publica* 2019; 53:20.
39. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1181-1188.
40. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
41. Glidden RF, Borges CD, Pianezzer AA, Martins J. A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Bol Acad Paul Psicol* 2019; 39(97):261-275.
42. Lobato LVC, Costa AM, Rizzotto MLF. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. *Saude Debate* 2019; 43(120):5-9.

Artigo apresentado em 14/03/2023

Aprovado em 11/05/2025

Versão final apresentada em 13/05/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vânia de Matos Fonseca