



## **Vulnerabilidades em idosos: saúde, suporte social, chefia e sustento familiar**

*Vulnerabilities in the elderly: health, social support, family head and household livelihood*

*Doris Firmino Rabelo<sup>1</sup>, Josevânia da Silva<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus (BA) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador (Bahia), Brasil; <sup>2</sup> Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente Adjunta do Departamento de Psicologia e professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (Mestrado) da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande (PB), Brasil.

\***Autor correspondente:** Doris Firmino Rabelo - E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br

### **RESUMO**

Este estudo teve por objetivo analisar processos de vulnerabilidade de pessoas idosas a partir da associação entre condições de saúde física e psicológica, suporte social percebido, contribuição financeira e chefia familiar. Participaram 134 idosos entrevistados em domicílio. Foram feitas análises de conglomerados mediante o método da partição e comparações entre as variáveis que compuseram os conglomerados com base nos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher ( $p \leq 0,05$ ). As atividades básicas e instrumentais de vida diária e o número de sinais e sintomas autorrelatados foram as variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados. Maior vulnerabilidade em saúde foi observada em idosos longevos, com dependência para atividades cotidianas, com piores condições de saúde psicológica, com baixo suporte social, com baixa participação social e com sobrecarga no exercício de responsabilidades familiares.

**Palavras-chave:** Apoio social. Família. Idoso. Renda familiar. Vulnerabilidade em saúde.

### **ABSTRACT**

The elderly's vulnerability processes were analyzed based on the association between physical and psychological health conditions, perceived social support, financial contribution and head leadership through cluster analysis. One hundred and thirty-four participants were interviewed at home. Cluster analyses were performed using the partition method, and based on the Chi-square and Fisher exact tests ( $p \leq 0.05$ ), comparisons were made between the variables that comprised the clusters. The basic activities of daily living, the number of self-reported signs and symptoms and instrumental activities of daily living were the variables that most contributed to the formation of the clusters. Greater health vulnerability was observed in long-lived elderly, with dependence for activities of daily living, with worse psychological and health conditions, with low social support, low social participation and overload in the exercise of family responsibilities.

**Keywords:** Elderly. Family. Income. Health vulnerability. Social support.

*Recebido em Outubro 24, 2019  
Aceito em Novembro 24, 2020*

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo dinâmico e multideterminado<sup>1</sup>, em que os contextos nos quais as pessoas envelhecem estão relacionados com a vulnerabilidade e as condições de saúde. O reconhecimento da relação entre os processos sociais e a saúde está presente no marco da saúde coletiva<sup>2</sup>. Fenômenos como saúde e doença de indivíduos e populações são analisados a partir de um enquadramento teórico metodológico que considera a dialética existente entre os elementos individuais, interpessoais, grupais e sociais, que são referenciados com base em determinações políticas, econômicas e históricas<sup>3</sup>.

Os modos de envelhecer se distinguem, entre outros aspectos, conforme as pertencas sociais, condições de vida, cultura e acesso a bens materiais e simbólicos. Na realidade brasileira, por exemplo, há variações na expectativa de vida ao nascer por regiões do país – as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o Nordeste é o que apresentará o menor índice em 2030<sup>4-5</sup>. Pessoas idosas, socialmente vulneráveis, são mais acometidas por problemas de saúde de caráter crônico e limitações na capacidade funcional. Mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar aqueles com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde<sup>1</sup>. Os efeitos cumulativos das desigualdades ao

longo da vida se juntam aos processos biológicos normais da velhice, gerando maior vulnerabilidade.

Vulnerabilidade em saúde pode ser compreendida como a suscetibilidade de indivíduos, grupos ou populações a determinados agravos, podendo esta ser aumentada ou diminuída em razão do conjunto de aspectos políticos, sociais e culturais, entre outros<sup>6</sup>. A perspectiva conceitual da vulnerabilidade considera três dimensões inter-relacionadas e indissociáveis: a individual, em que o sujeito é compreendido como ser em relação nos cenários cotidianos; a social, que inclui condições de vida, renda, estrutura familiar, papéis sociais, relações de poder e outros; e a programática, que diz respeito à esfera das instituições governamentais (por exemplo, a ausência de políticas públicas e a negação de direitos)<sup>6</sup>. A vulnerabilidade também está relacionada aos recursos de que os atores sociais dispõem para o enfrentamento, no sentido da resposta social direcionada ao agravo.

Compreende-se que as dimensões individual e social abarcam, entre outros elementos, condições de saúde dos idosos, faixa etária, sexo, suporte percebido, chefia familiar e contribuição deles para o sustento familiar. Trata-se de processos relacionais associados a papéis e funções sociais e informam sobre a apropriação de recursos simbólicos e materiais. Por isso, se faz necessário considerar as características do contexto social que geram desigualdades nas exposições e

vulnerabilidades, bem como os aspectos que devem subsidiar intervenções políticas e assistenciais para a redução das iniquidades em saúde<sup>7</sup>.

As pessoas idosas que são responsáveis pela família, com participação expressiva na renda domiciliar, em geral estão mais vulneráveis ao adoecimento<sup>7</sup>. Essa situação as expõe ao compartilhamento de lares com rendas *per capita* insuficientes para o atendimento das necessidades básicas, reduzindo a disponibilidade financeira para outros domínios da qualidade de vida e aumentando o risco de adoecerem. As incapacidades geradas por essas condições tendem a enfraquecer a interação social e a participação comunitária delas, com riscos de isolamento social.

O suporte social é um determinante da saúde dos idosos e pode ser caracterizado pela avaliação deles em relação à frequência e à qualidade da ajuda de que dispõem em razão das suas necessidades<sup>8</sup>. Está associado à qualidade de vida percebida na população idosa brasileira<sup>9</sup> e conecta essas pessoas em atividades sociais<sup>8</sup>.

Este estudo teve por objetivo analisar processos de vulnerabilidade de idosos a partir da associação entre condições de saúde física e psicológica, suporte social percebido, contribuição financeira e chefia familiar mediante a análise de conglomerados.

## **METODOLOGIA**

### **PARTICIPANTES**

Participaram do estudo 134 idosos, com idade entre 60 e 95 anos, com média de 72 anos, ( $\pm 8$  anos), a maioria negra (preta = 29,9% + parda = 38,8%) e do sexo feminino (77,6%). Faziam parte do chamado Território de Identidade do Recôncavo, localizado na região leste do Estado da Bahia, com IDH calculado em 0,621 e índice de GINI de 0,574, o que indica um contexto de níveis elevados de desigualdades sociais. Residiam em Santo Antônio de Jesus, considerada cidade polo da região e importante centro comercial e de serviços, regionalmente conhecida como a capital do Recôncavo.

### **PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS**

Os dados foram colhidos em 2011 com a ajuda de agentes comunitários de saúde, que auxiliaram na identificação de domicílios com idosos localizados na área de abrangência da Unidade de Saúde que tinha maior número de idosos cadastrados no município à época da coleta. Os recrutadores foram instruídos para considerar os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O critério de inclusão da amostra baseou-se no desempenho das pessoas no Miniexame do Estado Mental (MEEM), um teste de rastreio de demências comumente usado em estudos populacionais. Foram adotadas as notas de corte para cada faixa de escolaridade, segundo os padrões adotados no estudo FIBRA<sup>10</sup>. A opção pela inclusão de idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência foi feita para não prejudicar a confiabilidade das respostas de autorrelato.

Foram visitados 207 domicílios, indicados pelos agentes comunitários de saúde ou pelos próprios idosos, e sete não cumpriam um ou mais critérios de elegibilidade. Sessenta e seis pessoas pontuaram abaixo da nota de corte no MEEM, razão pela qual foram excluídos da amostra. No procedimento de coleta de dados, foi solicitado ao participante que a entrevista ocorresse em um local da casa que pudesse proporcionar maior privacidade e tranquilidade, evitando-se a interrupção por outras pessoas. Esse processo durou de duas a três visitas de duas horas cada uma, em média.

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), do município de Cruz das Almas – Bahia (protocolo nº 034/2011), de acordo com a Resolução nº 465/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil. Todos os idosos assinaram o TCLE e lhes foi garantido o direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento.

## INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados, foram utilizados instrumentos conforme as variáveis de interesse, a saber:

### **Características sociodemográficas, contribuição financeira e chefia familiar**

Avaliaram-se a idade (agrupada em duas faixas – 60 a 74 anos e 75 anos ou mais) e o sexo (feminino e masculino); chefia familiar (com base na pergunta “Quem é o chefe da família?”, as respostas foram agrupadas nas opções sim ou não para a chefia das pessoas idosas); contribuição financeira do idoso para o sustento da família (uma pergunta com as alternativas total, parcial ou nenhuma).

### **Condições de saúde física**

- a) Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados: procurou-se identificar as doenças crônicas diagnosticadas por profissional de saúde no último ano (nove, com respostas dicotômicas), bem como sinais e sintomas (12, com respostas dicotômicas), ambas agrupadas nas categorias nenhuma, 1 a 2 e 3 ou mais<sup>10</sup>.
- b) Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (ABVDs)<sup>11</sup>: foi obtido mediante escala de seis itens, com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial

ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.

- c) Desempenho de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)<sup>12</sup>: foi avaliado mediante escalas com três possibilidades de resposta acerca da ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para telefonar, usar transportes, fazer compras, cozinhar, realizar serviços domésticos, fazer uso de medicação e manejo de dinheiro. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.
- d) Envolvimento social: a avaliação foi baseada em autorrelato acerca da participação em atividades físicas, em centro de convivência, na comunidade e atividades religiosas (com respostas que foram agrupadas em sim ou não). Os dados foram categorizados pela mediana, em menor ou maior envolvimento social.

### Condições de saúde psicológica

- a) Escala de Depressão Geriátrica (EDG): composta por 15 perguntas tipo sim x não, a respeito de como o idoso havia se sentido durante a última semana, as quais referem-se a humores disfóricos. Trata-se

escala de rastreio de depressão, com nota de corte  $\geq 6$  (depressão leve) e  $\geq 11$  (depressão grave). Posteriormente, foram reunidas as categorias para análises dicotômicas (sim x não).

- b) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)<sup>13</sup>: composto por 21 itens sobre sintomas comuns de ansiedade, com quatro possibilidades de resposta. A nota de corte  $\geq 11$  refere-se a ansiedade leve,  $\geq 20$  (ansiedade moderada) e  $\geq 31$  (ansiedade grave), numa pontuação que pode variar entre 1 e 63 pontos. Posteriormente, foram reunidas as categorias leve, moderada ou grave para análises dicotômicas (sim x não).

### Suporte social

*Interpersonal Support Evaluation* (ISEL) na versão reduzida: avalia a percepção de suporte social, indicativos de disponibilidade de apoio social afetivo, instrumental e informativo. Os sujeitos são solicitados a dizer com que frequência, numa semana, ocorrem as seguintes situações: 1) encontrar pessoas para conversar ao se sentirem sozinhos; 2) encontrar e conversar com amigos e familiares; 3) encontrar pessoas para ajudar nos afazeres se estiverem doentes; 4) ter com quem contar ao precisar de uma sugestão de como lidar com um problema; e 5) ter pelo menos uma pessoa em cuja opinião confiam plenamente. Os itens são

respondidos numa escala de quatro pontos (1 = nunca; 2 = às vezes; 3 = maioria das vezes; e 4 = sempre). Os dados foram agrupados em menor ou maior suporte social, de acordo com a mediana.

## ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram submetidos à análise estatística com auxílio do pacote estatístico *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 9.2, com o objetivo de estudar o perfil da amostra. Foram feitas análises de conglomerados (*Cluster Analysis*) mediante o método da partição, no qual o número de *clusters* é estabelecido previamente. Trata-se de análise multivariada baseada nas distribuições de frequência de um conjunto de variáveis categóricas, sem indicar a correlação e o peso relativo de determinadas variáveis sobre outra. É útil para indicar as tendências gerais da distribuição conjunta das variáveis de interesse. Os agrupamentos são comparados com a

teoria e com dados de pesquisa, o que possibilita a interpretação.

Inicialmente, realizou-se uma solução com dois conglomerados e, em seguida, com três. Esta última solução resultou em arranjos melhores, caracterizados por  $R^2$  mais altos e com maior número de variáveis. A forma usada para aferir a qualidade da solução encontrada foi avaliar se havia possibilidade de discriminar entre os conglomerados com base nas variáveis que os compunham. Com base nos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher (nível de significância de 5%), foram feitas comparações entre as proporções de respostas às categorias das variáveis que compuseram os conglomerados.

## RESULTADOS

Na análise de conglomerados, foi utilizado o método de partição, estabelecendo a priori a criação de três *clusters*, cujos resultados podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Tamanho dos conglomerados conforme análise das variáveis. Santo Antônio de Jesus (BA). 2011

Grupos	Frequência	RMS <sup>2</sup> (Desvio-padrão)	Distância máxima observada do centro	Cluster mais próximo	Distância entre os centroides dos grupos
1	67	0.9367	4.9589	3	2.5627
2	02	0.8136	2.0743	1	7.3970
3	65	0.8733	4.4353	1	2.5627

RMS<sup>2</sup> (Desvio-padrão) = Índice RMSSTD (*Root Mean Square Standard Deviation*), cuja tradução pode ser raiz-quadrada do desvio-padrão médio; é usado para calcular a homogeneidade dos agrupamentos.

Fonte: dados da pesquisa

A formação com três *clusters* teve um  $R^2$  de 0.193, explicando 19.3% da variabilidade dos dados. As variáveis que mais contribuíram (variáveis com maior  $R^2$ ) foram as atividades básicas de vida

diária ( $R^2 = 0,730$ ), o número de sinais e sintomas autorrelatados ( $R^2 = 0,356$ ) e as atividades instrumentais de vida diária ( $R^2 = 0,321$ ). A Tabela 2 mostra os resultados da análise de conglomerados.

**Tabela 2.** Resultados da análise de conglomerados conforme as variáveis. Santo Antônio de Jesus (BA). 2011

Variáveis	Desvio-padrão	Coefficiente de determinação*	RSQ/(1-RSQ)**
Sexo	0.98728	0.039941	0.041602
Idade	0.94773	0.115321	0.130354
Chefia familiar	0.97501	0.063656	0.067984
Contribuição para o sustento da família	0.93164	0.145105	0.169735
Nº doenças autorrelatadas	0.88631	0.226260	0.292423
Nº sinais e sintomas autorrelatados	0.80849	<b>0.356181</b>	0.553231
Envolvimento social	0.97582	0.062101	0.066213
Atividades básicas de vida diária	0.52306	<b>0.730526</b>	2.710937
Atividades instrumentais de vida diária	0.83051	<b>0.320630</b>	0.471952
Depressão	0.93360	0.141499	0.164821
Ansiedade	0.92690	0.153769	0.181711
Suporte social percebido	0.93797	0.133434	0.153980
Total	0.90538	<b>0.192605</b>	0.238552

\* Coeficiente de determinação,  $R^2 = \text{Quadrado do coeficiente de correlação}$ ; usado para calcular a dissimilaridade entre agrupamentos.

\*\* Proporção da variância dentro dos grupos ( $R^2 / (1-R^2)$ )

Fonte: dados da pesquisa

Foram realizadas análises para comparar as variáveis entre os três *clusters*, tendo em vista a identificação da

composição deles. Os resultados decorrentes dessas comparações estão dispostos na Tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação das variáveis entre os conglomerados. Santo Antônio de Jesus (BA). 2011

Variáveis	Categorias	Amostra total		Grupos (%)			Valor-p*
		n	%	1	2	3	
Idade	60-74 anos	89	66,4	53,7	-	<b>81,5</b>	< 0,001
	≥ 5 anos	45	33,6	<b>46,3</b>	<b>100,0</b>	18,5	
Sexo	Feminino	104	77,6	85,1	100,0	69,2	0,092
	Masculino	30	22,4	14,9	0,0	30,8	
Chefia familiar	Sim	97	72,4	<b>83,6</b>	50,0	61,5	<b>0,007</b>
	Não	37	27,6	16,4	50,0	<b>38,5</b>	
Contribuição para o sustento família	Total	66	49,3	<b>67,2</b>	50,0	30,8	< 0,001
	Parcial	59	44,0	31,3	50,0	<b>56,9</b>	

	Nenhuma	09	6,7	1,5	-	<b>12,3</b>	
Envolvimento social	Menor	88	65,7	<b>76,1</b>	<b>100,0</b>	53,8	<b>0,010</b>
	Maior	46	34,3	23,9	-	<b>46,2</b>	
	Nenhuma	18	13,4	4,5	-	<b>23,1</b>	
N° doenças autorrelatadas	1-2	70	52,3	41,8	-	<b>64,6</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	≥ 3	46	34,3	<b>53,7</b>	<b>100,0</b>	12,3	
	Nenhum	12	9,0	-	-	<b>18,5</b>	
N° sinais e sintomas autorrelatados	1-2	42	31,3	10,5	50,0	<b>52,3</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	≥ 3	80	59,7	<b>89,5</b>	50,0	29,2	
	Independente	129	96,3	<b>95,5</b>	-	<b>100,0</b>	
Atividades básicas	Dependência parcial	03	2,2	<b>4,5</b>	-	-	<b>&lt; 0,001</b>
	Dependência total	02	1,5	-	<b>100,0</b>	-	
	Dependência total	08	6,0	7,5	<b>100,0</b>	1,5	
Atividades instrumentais	Dependência parcial	48	35,8	<b>59,7</b>	-	12,3	<b>&lt; 0,001</b>
	Independente	78	58,2	32,8	-	<b>86,2</b>	
	Sim	23	17,2	<b>31,3</b>	-	3,1	
Depressão	Não	111	82,8	68,7	<b>100,0</b>	<b>96,9</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	Sim	31	23,1	<b>38,8</b>	50,0	6,2	
Ansiedade	Não	103	76,9	61,2	50,0	<b>93,8</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	Menor	70	52,2	<b>68,7</b>	<b>100,0</b>	33,8	
Suporte social	Maior	64	47,8	31,3	-	<b>66,2</b>	

\* Teste Exato de Fisher; diferença significativa se  $p \leq 0,05$ .

Fonte: dados da pesquisa

A partir das análises, foi identificada a composição dos conglomerados ou grupos com as seguintes características:

- **Grupo 1** (n = 67; 50% da amostra): predominantemente formado por idosos com maior idade ( $\geq 75$  anos), chefia familiar, contribuição total para sustento familiar, menor participação social, maior número de doenças, sinais e sintomas autorrelatados, independência ou dependência parcial em atividades básicas de vida diária, dependência parcial em atividades instrumentais de vida diária, depressão, ansiedade e menor suporte social;
- **Grupo 2** (n = 02; 1,5% da amostra): predominantemente formado por pessoas com maior idade ( $\geq 75$  anos), menor participação social, maior número de doenças, dependência total em atividades básicas e instrumentais de vida diária, sem depressão e com menor suporte social;
- **Grupo 3** (n = 65; 48,5% da amostra): predominantemente formado por pessoas com menor

idade (60-74 anos), sem chefia familiar, com contribuição parcial ou nenhuma para sustento familiar, maior participação social, menor número de doenças, sinais e sintomas autorrelatados, independência em atividades básicas e instrumentais de vida diária, sem depressão, sem ansiedade e com maior suporte social.

## **DISCUSSÃO**

Metade dos idosos investigados está no Grupo 1, que difere significativamente do Grupo 3 em termos de independência, faixa etária, suporte social e em relação aos processos de adoecimento físico e psíquico. Os resultados evidenciaram que as pessoas de maior idade que estão na condição de chefes de família e que são responsáveis pelo sustento da família são também as que, mais frequentemente, apresentam prejuízos em saúde.

Os grupos 1 e 2 caracterizaram idosos mais velhos, ou seja, referem-se à faixa etária (igual ou superior a 75 anos) com menor plasticidade biológica. Na população idosa brasileira, os mais longevos têm apresentado maior multimorbidade<sup>14</sup>. Ademais, a prevalência de dificuldade em atividades básicas de vida diária é 45% maior quando comparada com as pessoas idosas de menor idade, índice que aumenta na presença de duas ou mais doenças

crônicas<sup>15-16</sup>. Isso significa que quanto maior a faixa etária, maior a chance de precisar de ajuda nas atividades de vida diária e maior a necessidade de recursos sociais e pessoais para compensar ou manter os níveis atuais de funcionalidade e desenvolvimento.

Nesta pesquisa, foram poucos os idosos com idade igual ou superior a 75 anos que, mesmo com demandas de saúde e dependência, não contribuíam direta ou indiretamente para a chefia e/ou custeio das despesas familiares. O direcionamento da renda para esse fim pode implicar redução no investimento em atividades de lazer – que colaboram para o bem-estar e a saúde mental –, bem como na manutenção da própria saúde, como a compra de remédios e insumos, entre outros. A condição socioeconômica do domicílio, a insuficiência da renda para as despesas e o diagnóstico de depressão são fatores predisponentes da subutilização de medicamentos por motivos financeiros na população idosa brasileira<sup>17</sup>. Além disso, a autoavaliação da capacidade para o trabalho diminui com o aumento da idade, o que é agravado pela presença de depressão e de uma ou mais doenças crônicas<sup>18</sup>.

São os idosos do Grupo 1 que também apresentaram, frequentemente, ansiedade e depressão. Estudo populacional com pessoas idosas de Maceió (AL) mostrou maior ocorrência dessas psicopatologias entre aquelas com baixo nível socioeconômico, indicando que

a insuficiência da renda para as despesas familiares tem impacto na saúde mental<sup>19</sup>.

Em contextos de maior vulnerabilidade social, associados com fatores referentes a condições financeiras, pior suporte social e maior fragilidade, é frequente que o idoso seja fonte de renda do seu núcleo familiar<sup>20</sup>. Destacam-se nesse cenário as crises financeiras e o desemprego que colaboram para que os filhos necessitem morar com os pais. Esses aspectos aumentam os arranjos domiciliares, o que pode gerar instabilidade nas relações familiares. Arranjos domiciliares maiores têm sido associados com a insuficiência de cuidado direcionado à pessoa idosa<sup>16</sup>. A baixa percepção de suporte tem efeitos negativos sobre a saúde psicológica<sup>21</sup>.

O suporte social é um dos elementos promotores de saúde<sup>22-23</sup> e é destacado pelo “Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar” ao versar sobre a avaliação global da pessoa idosa. Na população brasileira dessa faixa etária, a qualidade de vida percebida apresentou associação positiva e independente com a frequência de encontros com amigos, com o suporte instrumental dentro de casa, de cônjuge ou companheiro e suporte emocional de outros parentes, de filho, nora ou genro e do cônjuge ou companheiro(a)<sup>10</sup>. De outro modo, uma pior avaliação dessa questão foi observada entre os mais longevos e com dificuldade na mobilidade<sup>10</sup>.

O envolvimento social é um indicador de melhores níveis de saúde e funcionalidade, de maior controle do ambiente físico e social e relaciona-se com múltiplos benefícios psicológicos e físicos<sup>8</sup>. Contudo, no Brasil, as atividades relacionadas ao desempenho funcional e às características urbanas, como atravessar a rua e o acesso ao transporte público, constituem barreiras para a participação social em adultos mais velhos<sup>24</sup>.

O Grupo 2, que menos representou a amostra, foi caracterizado por pessoas mais velhas com dependência funcional, participação social restrita, sem depressão e que consideraram insuficiente o suporte que recebem. A dependência completa, embora não desejada, é um evento que obriga o sistema familiar a mudar o fluxo das transferências dos recursos disponíveis, o que interfere na posição hierárquica do idoso na família e no uso de sua renda<sup>25</sup>.

A insatisfação com o apoio recebido pode significar que apenas as necessidades mais básicas estão sendo atendidas, e não aquelas esperadas ou priorizadas pelas próprias pessoas idosas<sup>24</sup>. Além disso, a dependência é um processo no qual ajustes e reorganizações vão sendo feitas ao longo do tempo, de modo que a saúde psíquica é um indicador da capacidade de resposta da família a esse evento de transição<sup>26</sup>. Contudo, isso não significa completa e plena satisfação e assistência das demandas.

As pessoas idosas do Grupo 3 foram as que sinalizaram maiores possibilidades em termos de envolvimento

social, autonomia, independência, melhores condições físicas e de saúde mental. Os processos de vulnerabilidades em saúde parecem ser menores entre os mais novos (menos de 75 anos), que não exercem o papel de chefia familiar, com suporte social e que não contribuem para sustento familiar ou o fazem apenas de forma parcial.

Esse grupo representa a possibilidade do exercício da autonomia, que vai além da capacidade funcional. Quando as condições sociais são adequadas, essas pessoas podem poupar seus recursos para investi-los em áreas e atividades que lhes dão maior prazer e realização, além de poder delegar responsabilidades a outros membros da família. Ressalta-se a importância de favorecer, na velhice, vivências de atividades relevantes e significativas para a manutenção de melhor saúde física, mental e social<sup>9-10</sup>.

Os grupos se diferenciaram principalmente em função da chefia, contribuição financeira e condições funcionais, o que pode indicar que exercer essa responsabilidade na família, durante a velhice avançada, sobrecarrega tanto homens quanto mulheres, especialmente se são prementes as necessidades de apoio e de cuidado. Mais do que uma simples conta econômica, a vulnerabilidade tem dimensões estruturais (como os sistemas que colocam famílias como dependentes dos recursos dos membros mais velhos) e de sociabilidade, em que interagem os relacionamentos e afetos<sup>6,27</sup>. Processos de

vulnerabilidades incluem, dialeticamente, dimensões individuais, sociais e programáticas<sup>28</sup>.

Por fim, é importante destacar que a maioria da amostra foi de pessoas idosas negras e mulheres. Embora a variável sexo não tenha diferido significativamente em nenhum grupo e a raça não tenha sido inserida nas análises, elas informam, inevitavelmente, sobre a realidade do envelhecimento do Território de Identidade do Recôncavo. São as mulheres idosas e a população negra as mais afetadas pelas condições crônicas e as mais vulneráveis ao adoecimento<sup>9,29</sup>. Neste estudo, as variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados foram as atividades básicas de vida diária, o número de sinais e sintomas autorrelatados e as atividades instrumentais de vida diária.

Essas informações podem auxiliar na elaboração de políticas específicas de promoção da saúde para idosos do nordeste brasileiro, bem como na organização do setor de saúde e de serviços com qualidade para essas pessoas e sua comunidade com vistas à integralidade e justiça social. No campo da saúde coletiva, são imprescindíveis análises acerca dos processos de saúde que considerem a relação indivíduo-sociedade<sup>6</sup>; é fundamental ter em conta a complexa dinâmica social subjacente aos processos de produção e reprodução das estruturas de dominação que exploram e colocam populações na exclusão e marginalização, o que acaba por serem expressadas nos processos de saúde<sup>2</sup>.

Sinaliza-se que existem algumas limitações no presente estudo. Primeiramente, o período da coleta de dados (2011) pode restringir a aplicação dos achados na realidade atual. Além disso, destacam-se ainda a natureza transversal dos dados, a análise descritiva e a necessidade de situar a família em relação às variáveis indicativas de vulnerabilidade programática. Para futuros estudos, sugere-se, por exemplo, investigar como as famílias de idosos estão se organizando para oferecer suporte às demandas deles, quais são as prioridades de uso dos recursos familiares e qual o acesso dessas pessoas com vulnerabilidades em saúde a uma rede de cuidados providos pelas políticas públicas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo investigou processos de vulnerabilidades de pessoas idosas a partir da associação entre condições de saúde física e psicológica, suporte social percebido, contribuição financeira e chefia familiar mediante a análise de conglomerados. Entre os achados, evidenciou-se que as atividades básicas de vida diária, o número de sinais e sintomas autorrelatados e as atividades instrumentais de vida diária foram as variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados. Maior vulnerabilidade em saúde foi observada em idosos longevos, com dependência para atividades de vida diária, piores condições de saúde psicológica, baixo suporte social,

baixa participação social e sobrecarga no exercício de responsabilidades familiares.

A análise das vulnerabilidades que aumentam as chances de exposição das pessoas idosas ao adoecimento, incapacidades e outras fragilidades é complexa e exige a consideração de um conjunto de variáveis correlatas. Entre os dados encontrados, ressalta-se que a maioria dos participantes eram negros e mulheres. Nesse sentido, a promoção de saúde na velhice requer o direcionamento de ações ao longo do curso de vida que considerem os arranjos familiares, a renda familiar e as políticas voltadas à participação social dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Barrett AE, Toothman EL. Multiple “old ages”: The influence of social context on women’s aging anxiety. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;73(8):e154-e164.
2. Borde E, Hernández M, Souza MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*. 2015;39(106):841-54.
3. Caravantes RED. Vulnerabilidad y riesgo como conceptos indisociables para el estudio del impacto del cambio climático en la salud. *Región y sociedad*. 2018;30(73):169-201.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047 [Internet]. 2018 [citado em 2019 out 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/a>

- gencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047
5. World Health Organization, WHO. Life expectancy and healthy life expectancy (Data by WHO region) [Internet]. 2018 [cited in 2019 Oct 15]. Available in: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>
  6. Castellanos MEP, Baptista TWDF, Ayres JR. Entrevista com José Ricardo Ayres. *Saúde e Sociedade*. 2018;27:51-60.
  7. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saúde Coletiva*. 2012;17(1):123-33.
  8. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(4):1185-204.
  9. Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST, et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 2):16s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000613>
  10. Neri AL, Guariento ME. Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas. Campinas: Alínea; 2011.
  11. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro ST Filho, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
  12. Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J, organizadores. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p.133-147.
  13. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.
  14. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto Contexto – Enferm*. 2017;26(2):1-10.
  15. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 2):10s. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>
  16. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52 (Suppl 2):9s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>
  17. Loyola AI Filho, Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Souza-Junior PRB, Andrade FB, et al. Cost-related underuse of medications in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 2):8s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000622>
  18. Castro CMS, Lima-Costa MF, César CC, Neves JAB, Andrade FB, Souza-Junior PRB, et al. Curso da vida e

- capacidade para o trabalho entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl. 2):11s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000648>
19. Maximiano-Barreto MA, Aguiar IM, Martins KC, Buarque DC, Fermoseli AFDO. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. *Psic Saúde & Doenças*. 2019;20(1):209-19.
  20. Jesus IT, Orlandi AA, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(6):614-20.
  21. Gouveia OMR, Matos AD, Schouten MJ. Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1030-40.
  22. Macedo JP, Dimenstein M, Sousa HRD, Costa APAD, Silva BIDBD. A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. *Gerais, Rev Interinst Psicol*. 2018;11(2):258-78.
  23. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2006.
  24. Ferreira FR, César CC, Andrade FB, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, Proietti FA. Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl. 2):18s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000647>
  25. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):14-20.
  26. Silva LLNB, Rabelo DF. Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos. *Pensando fam*. 2017;21(1):80-91.
  27. Ohara ECC. Aging and public health policies and the interface with bioethics. *Braz J Health Review*. 2019;2(2):1412-37.
  28. Saldanha AAW, Silva J, Furtado FMSF, Silva VF. Vulnerabilidades em saúde no contexto rural. In: Maciel SC, Fonsêca PN, organizadoras. *Psicologia Social: vertentes e perspectivas*. João Pessoa (PB): Editora UFPB; 2019. p. 147-164.
  29. Rabelo DF, Silva J, Rocha NMFD, Gomes HV, Araújo LF. Racismo e envelhecimento da população negra. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2018;21(3):193-215.