

Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011

doi: 10.5123/S1679-49742013000200015

Profile of the social support for the elderly in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, 2010-2011

Fabienne Louise Juvêncio dos Santos Amaral

Programa de Pós-graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Ricardo Oliveira Guerra

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Aline Freire Falcão Nascimento

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Álvaro Campos Cavalcanti Maciel

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o apoio social de idosos residentes em uma comunidade no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Métodos:** estudo descritivo, realizado entre novembro de 2010 e julho de 2011, com uma amostra por conveniência de 300 idosos; utilizou-se questionário estruturado, contendo informações sociodemográficas, econômicas e de saúde física; para avaliação do apoio social, foram utilizados o questionário da pesquisa 'Saúde, Bem-estar e Envelhecimento' e o 'Mapa Mínimo de Relações do Idoso'; os dados foram submetidos a análise estatística descritiva. **Resultados:** observou-se que 26,3% e 25,7% dos idosos apresentaram baixa frequência de ajudas recebidas e ajudas prestadas, respectivamente; constatou-se que os membros da família eram os principais provedores de ajuda. **Conclusão:** a rede de apoio ao idoso completa-se mediante vínculos expressivos com familiares, amigos e membros da comunidade; destaca-se a ausência de ajudas fornecidas pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Idoso; Saúde do Idoso; Apoio Social; Rede Social; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe social support for elderly residents in a community in the city of Natal, state of Rio Grande do Norte. **Methods:** a descriptive study conducted between November/2010 and July/2011 with a convenience sample of 300 elderly people. We used a structured questionnaire to obtain sociodemographic, economic and physical health data. The 'Health, Welfare and Aging' survey questionnaire and the 'Minimum Map of Elderly Connections' were used to assess social support. The data underwent descriptive statistical analysis. **Results:** 26.3% of the elderly were found to have low frequency of aid received and 25.7% had low frequency of aid provided. Family members were seen to be the principal aid providers. **Conclusion:** the elderly support network is completed through expressive ties with family, friends and community members. The absence of aid provided by health services stood out.

Key words: Aged; Health of the Elderly; Social Support; Social Network; Epidemiology, Descriptive.

Endereço para correspondência:

Fabienne Louise Juvêncio dos Santos Amaral – Avenida Mar Salgado, nº 57, apto. 102, Intermares, Cabedelo-PB, Brasil.

CEP: 58310-000

E-mail: fabi.louise@gmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, afetando países desenvolvidos e em desenvolvimento. Desde a década de 1960, a população idosa brasileira vem aumentando de forma acelerada, como consequência da redução das taxas de natalidade e do aumento na expectativa de vida das pessoas.¹ Estima-se que o número de idosos no país tenha ultrapassado os 20 milhões em 2010 e que, para o ano de 2050, sejam cerca de dois bilhões de seres humanos com 60 anos de idade ou mais, no mundo.²

O envelhecimento pode desencadear uma situação patológica, como o acometimento de doenças crônico-degenerativas, as quais, associadas a fatores externos como viuvez, aposentadoria irrisória e morte de familiares, favorecem o surgimento de incapacidade funcional e dependência em atividades da vida diária (AVD).¹ Estudos prévios^{3,4} afirmaram que aproximadamente 80% dos idosos apresentavam ao menos uma doença crônica ou limitações para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

O conceito de 'Apoio social', todavia em construção, representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas com quem são mantidos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

Nesse contexto, acredita-se que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde. De acordo com essa teoria, os laços sociais e o apoio oferecido aos idosos teriam influência na manutenção da saúde, contribuindo para a adoção de condutas adaptativas em situações de estresse.⁵

Estudos epidemiológicos^{6,7} já identificaram associação entre maior apoio social e menor mortalidade geral, frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e risco de demência, além de maior sobrevivência após diagnóstico de doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) e neoplasias.

O conceito de 'Apoio social', todavia em construção, representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas com quem são mantidos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou

comportamentos positivos. O apoio social pode ser de diferentes tipos: (i) instrumental ou material, referente a auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda em trabalhos práticos (limpeza da casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; (ii) afetivo, envolvendo expressões de amor e afeição; (iii) emocional, na forma de empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; e (iv) interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento.⁸

As redes de apoio social ao idoso podem ser consideradas formais e informais. As redes formais são compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas, órgãos da previdência social, entre outros. Já as redes informais constituem a própria família, amigos, vizinhos e comunidade. Ademais, cada membro da rede social pode ser analisado segundo a versatilidade, reciprocidade, intensidade, frequência dos contatos e história da relação com o idoso.⁹

Considerando-se essas questões e o fato de a investigação do apoio social ser um item importante no contexto de um protocolo abrangente de avaliação da saúde dos idosos, capaz de fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de uma estratégia de intervenção, este estudo objetivou descrever o apoio social de idosos residentes na comunidade das Rocas, município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, realizado na comunidade das Rocas, município de Natal-RN, no período de novembro de 2010 a julho de 2011. Esta pesquisa faz parte do Projeto intitulado 'Carga Alostática, fragilidade e funcionalidade em idosos', desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em parceria com a Université de Montréal.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o município de Natal-RN conta com 803.739 habitantes.² Destes, a população com 65 anos de idade ou mais representava, então, 7,0% dos indivíduos, o equivalente a 56.605 idosos.² A comunidade das Rocas, uma das mais antigas da localidade, situa-se na Zona Leste da cidade e é habitada por cidadãos de classe média baixa e classe baixa, quanto ao nível socioeconômico.

A população do estudo foi composta por 1.056 idosos residentes no bairro das Rocas, com 65 anos de idade ou mais. Apesar de a Legislação brasileira considerar idoso o indivíduo acima de 60 anos de idade, o presente estudo, por ser bicêntrico e estar associado a um país desenvolvido, que considera o idoso aquele com 65 anos ou mais, adotou-se esta faixa etária para fins de comparação.

No cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes parâmetros estatísticos: nível de confiança de 95%; e erros estatísticos máximos de 5,0% para o erro de tipo I e de 20,0% para o erro de tipo II. Considerando-se a população do estudo (N=1.056), o tamanho mínimo de amostra calculado foi de 300 indivíduos. Em seguida, realizou-se uma distribuição amostral por quotas, em que os idosos foram distribuídos de acordo com a proporção estimada de homens e mulheres para cada faixa etária, conforme parâmetros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – PNAD/IBGE –, realizada em 2007.¹⁰ (Tabela 1).

Para o acesso e seleção da amostra, foram utilizados os cadastros dos idosos da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro. Apesar de a região estudada ser pobre e pouco desenvolvida, os idosos que ali residiam não se enquadravam entre aqueles que possuíam os mais baixos ou mais altos níveis de escolaridade, renda e condições sociais na cidade. Diante do exposto, e pelo fato de já terem sido realizadas pesquisas na comunidade – o que facilitou o acesso à USF e aos idosos –, optou-se pela realização da pesquisa nessa região.

A amostragem do estudo foi por conveniência: eram entrevistados apenas os idosos que se encontravam na residência, no momento da visita domiciliar. Na ausência do idoso, o domicílio era visitado novamente, em

outro momento; em caso de repetição dessa ausência, o domicílio era substituído. Todas as residências que possuíam idosos e eram cadastradas na USF foram visitadas. Na residência, o entrevistador iniciava a coleta com a análise dos critérios de inclusão, os quais, uma vez atendidos, fariam com que o idoso fosse incorporado ao estudo. Previamente às coletas, que ocorriam de segunda a sexta-feira, no turno da manhã, realizava-se a apresentação da pesquisa e, caso o idoso aceitasse participar dela, solicitava-se sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão foram: possuir 65 anos ou mais anos de idade; estar no domicílio no momento da visita; residir na comunidade; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal; não apresentar amputação de membro inferior; ser capaz de deambular sozinho, utilizando ou não dispositivo de auxílio à marcha; e não possuir limitação severa para o desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVD). Foram excluídos do estudo os idosos que se recusaram a completar todas as fases da entrevista ou que apresentaram escore menor que 17 pontos segundo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Para a avaliação dos aspectos biopsicossociais, foi utilizado um questionário estruturado, contendo o seguinte conjunto de variáveis:

- variáveis sociodemográficas e econômicas: idade; renda pessoal; escolaridade; e hábitos de vida. Para as questões relativas aos hábitos de vida, apenas foi questionado se o idoso, nos últimos três meses, havia ingerido bebida alcoólica, fumado ou praticado alguma atividade física.
- variáveis de saúde física: presença de comorbidades autorreferidas,^{3,11} questionando-se sobre a presença de HAS, diabetes *mellitus*, AVC, câncer, doença

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo sexo e faixa etária no município de Natal-RN. Brasil, 2011

Idade (em anos)	Gênero		Total (n)
	Feminino (n)	Masculino (n)	
65-69	57	30	87
70-74	52	28	80
75-79	43	16	59
80 ou mais	50	24	74
TOTAL	202	98	300

pulmonar crônica, doença cardíaca, reumatismo e depressão; percepção geral da saúde – classificada como satisfatória e insatisfatória –;^{12,13} e avaliação antropométrica, mediante cálculo do índice de massa corporal (IMC), que corresponde à divisão da massa corporal pelo quadrado da altura, classificado como baixo peso ($IMC < 22 \text{ Kg/m}^2$), normal ($IMC \geq 22 \text{ Kg/m}^2$ e $\leq 27 \text{ Kg/m}^2$) e obeso ($IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$).¹⁴ A massa corporal foi medida por uma balança da marca Filizola®, Série 3.134, com divisões de 100g. Para o registro da altura, foi utilizada fita métrica com divisões de 1mm.

Na avaliação do apoio social, foram utilizados o questionário da pesquisa ‘Saúde, Bem-estar e Envelhecimento’ (SABE)^{15,16} e o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).¹⁷

Questionário da pesquisa SABE

Foram avaliados os aspectos estruturais e funcionais do apoio social que incluíam o *status* de coabitação, indicando se o idoso (i) vivia só ou não, (ii) situação conjugal, classificando-o como casado ou não casado, (iii) índice de frequência de contatos (IFC), que avaliou o grau em que o idoso estava conectado socialmente com outros, correspondendo ao número de contatos mensais com filhos, irmãos, outros familiares e amigos, (iv) índice de diversidade de contatos (IDC), que avaliou a amplitude da rede social e foi construído a partir das mesmas questões do índice anterior, embora calculado como o número de diferentes tipos de contatos ocorridos mais de duas vezes ao mês, e (v) índice de frequência de ajudas recebidas (IFAR) e índice de frequência de ajudas prestadas (IFAP), que corresponderam, respectivamente, ao somatório das ajudas mensais efetivamente recebidas e de ajudas prestadas por todas as pessoas que faziam parte da rede social do idoso. Os tipos de ajuda foram categorizados em: financeira; coisas que precisa; tarefas fora de casa; tarefas domésticas; cuidado pessoal; companhia; compartilhando problemas; disponibilizando transporte; e outras ajudas.^{15,16}

Os resultados do IFC, IDC, IFAR e IFAP foram divididos em quartis, obtendo-se os seguintes grupos:

IFC

- I: ≤ 30 contatos;
- II: > 30 e ≤ 60 contatos;
- III: > 60 e ≤ 98 contatos; e
- IV: > 98 contatos;

IDC

- I: ≤ 2 contatos;
- II: > 2 e ≤ 4 contatos;
- III: > 4 e ≤ 6 contatos; e
- IV: > 6 contatos;

IFAR

- I: ≤ 61 ajudas;
- II: > 61 e ≤ 119 ajudas;
- III: > 119 e ≤ 189 ajudas; e
- IV: > 189 ajudas;

IFAP

- I: ≤ 60 ajudas;
- II: > 60 e ≤ 120 ajudas;
- III: > 120 e ≤ 186 ajudas; e
- IV: > 186 ajudas.

Posteriormente, as variáveis IFC, IDC, IFAR e IFAP foram dicotomizadas em ‘baixa frequência’ (grupo I) e ‘outras’ (grupo II + grupo III + grupo IV), para melhor visualização dos resultados.

Mapa Mínimo de Relações do Idoso – MMRI

Incluiu todas as pessoas que visitam e fazem companhia ao idoso, além daqueles que o ajudam financeiramente, nas tarefas domésticas e no cuidado pessoal. Em todas as modalidades de apoio, o idoso poderia informar quem efetivamente prestava ajuda ou poderia ajudar em um momento de dificuldade.

O MMRI é sistematizado em quadrantes, que representam a família, os amigos, a comunidade e as relações com os serviços de saúde e/ou sociais. O Mapa é formado por três círculos, que simbolizam os diversos graus de proximidade: interno, cujos contatos são realizados pelo menos uma vez na semana; intermediário, com encontros que ocorrem uma vez por mês; e externo, com contatos ocasionais, realizados pelo menos uma vez ao ano. Foi definida como rede de apoio social pequena a presença de até duas pessoas no primeiro círculo; média, entre três e cinco pessoas; e grande, acima de seis pessoas neste círculo.¹⁷

Todas as entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos, por pesquisadores do Curso de Fisioterapia da UFRN devidamente treinados para a utilização do instrumento.

Os dados obtidos foram tabulados, armazenados e analisados pelo *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 17.0. Os mesmos dados foram submetidos a análise estatística descritiva, sendo

as variáveis categóricas descritas mediante frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas, por meio das médias, com desvio padrão (\pm dp).

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN –, e aprovado com o Protocolo no 481/10, de acordo com as atribuições da Resolução CNS nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foi avaliado um total de 300 idosos, com idade entre 65 e 99 anos e média de 74,3 anos (desvio-padrão=6,9 anos). Não houve recusa à participação neste estudo, sendo excluídos e substituídos apenas três partici-

pantes por não atingirem o escore mínimo do MEEM. Observou-se predomínio de idosos do sexo feminino, com renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos e baixo nível de escolaridade: média de 4,7 anos de estudo (desvio-padrão=3,8 anos). As demais características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 2.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde (Tabela 3), a maioria dos idosos considerou seu estado de saúde como insatisfatório. Verificou-se maior proporção de participantes com IMC acima de 27,0kg/m², com média de 27,0kg/m² (desvio-padrão=5,2kg/m²). Além disso, constatou-se que os entrevistados obtiveram escore médio no MEEM de 22,2 pontos (desvio-padrão=3,6 pontos). Entre as comorbidades mais prevalentes, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica – HAS –, o reumatismo e a diabetes *mellitus*.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas entre os idosos residentes no município de Natal-RN. Brasil, 2011

Variáveis	TOTAL (n=300)		IC _{95%}	
	n	%		
Sexo				
Feminino	202	67,3	61,8	72,4
Masculino	98	32,7	27,6	38,2
Renda pessoal (em salários mínimos)				
Nenhuma	9	3,0	1,6	5,6
<1	9	3,0	1,6	5,6
1-3	245	81,7	76,9	85,6
4-5	26	8,7	5,9	12,4
>5	11	3,7	2,1	6,9
Escolaridade (em anos de estudo)				
<1	45	15,0	11,4	19,5
1-4	108	36,0	30,8	71,2
5-8	105	35,0	29,8	40,6
9-12	29	9,7	6,8	13,5
>12	8	2,7	1,4	5,2
NS/NR ^a	5	1,6	0,7	3,8
Consumo de bebida alcoólica				
Sim	104	34,7	29,5	40,2
Não	195	65,0	59,4	70,2
NS/NR ^a	1	0,3	0,1	1,9
Tabagismo				
Sim	122	40,7	35,3	46,3
Não	178	59,3	53,7	64,7
Atividade física				
Sim	96	32,0	27,0	37,5
Não	204	68,0	62,5	73,0

a) NS/NR: não sabe (NS) ou não respondeu (NR)

Tabela 3 - Distribuição das variáveis de saúde física entre os idosos residentes no município de Natal-RN. Brasil, 2011

Variáveis	TOTAL (n=300)		IC _{95%}	
	n	%		
Percepção da saúde				
Satisfatória	81	27,0	22,3	32,3
Insatisfatória	219	73,0	67,7	77,7
Índice de massa corporal (IMC)				
<22kg/m ²	43	14,3	10,8	18,7
22-27kg/m ²	111	37,0	31,7	42,6
>27kg/m ²	146	48,7	43,1	54,3
Hipertensão arterial sistêmica				
Sim	203	67,7	62,2	72,7
Não	97	32,3	27,3	37,8
Diabetes mellitus				
Sim	89	29,7	24,8	35,1
Não	207	69,0	63,5	74,0
NS/NR ^a	4	1,3	0,5	3,4
Acidente vascular cerebral (AVC)				
Sim	27	9,0	6,3	12,8
Não	272	90,7	86,8	93,5
NS/NR ^a	1	0,3	0,1	1,9
Câncer				
Sim	19	6,4	4,1	9,7
Não	280	93,3	89,9	95,6
NS/NR ^a	1	0,3	0,1	1,9
Doença pulmonar crônica				
Sim	25	8,3	5,7	12,0
Não	275	91,7	88,0	94,3
Doença cardíaca				
Sim	56	18,7	14,7	23,5
Não	243	81,0	76,2	85,0
NS/NR ^a	1	0,3	0,1	1,9
Reumatismo				
Sim	143	47,7	42,1	53,3
Não	155	51,7	46,0	57,3
NS/NR ^a	2	0,6	0,2	2,4
Depressão				
Sim	41	13,7	10,2	18,0
Não	258	86,0	81,6	89,5
NS/NR ^a	1	0,3	0,1	1,9

a) NS/NR: não sabe (NS) ou não respondeu (NR)

Na Tabela 4, são apresentados os resultados referentes aos aspectos estruturais das redes de apoio dos entrevistados. Observou-se que 92,7% dos idosos não moravam sozinhos e 56,3% foram classificados como não casados: solteiros, viúvos ou separados/divorciados. Em relação ao IFC e IDC, 28,7% dos idosos apresentaram baixa frequência de contatos, e

33,7%, baixa diversidade de contatos. As médias do IFC e IDC foram, respectivamente, de 69,2 contatos (desvio-padrão=63,2 contatos) e de 4 contatos (desvio-padrão=2,9 contatos).

Quanto aos aspectos funcionais do apoio social, a Tabela 4 mostra que os dados referentes ao IFAR foram semelhantes aos do IFAP, em que 26,3% e 25,7%

Tabela 4 - Distribuição das variáveis do apoio social contidas no instrumento da pesquisa 'Saúde, Bem-estar e Envelhecimento' (SABE) entre os idosos residentes no município de Natal-RN. Brasil, 2011

Variáveis	n=300		IC _{95%}	
	n	%		
Mora só				
Sim	23	7,7	5,2	11,2
Não	277	92,3	88,8	94,8
Situação conjugal				
Casados	131	43,7	38,2	49,3
Não casados	169	56,3	50,7	61,8
Índice de frequência de contatos				
Baixa frequência	86	28,7	23,8	34,0
Outras	214	71,3	66,0	76,2
Índice de diversidade de contato				
Baixa frequência	101	33,7	28,6	39,2
Outras	199	66,3	60,8	71,4
Índice de frequência de ajudas recebidas				
Baixa frequência	79	26,3	21,7	31,6
Outras	221	73,7	68,4	78,3
Índice de frequência de ajudas prestadas				
Baixa frequência	77	25,7	21,0	30,9
Outras	223	74,3	69,1	78,9
Provedores de ajuda				
Esposo(a)	128	42,7	37,2	48,3
Filhos	216	72,0	66,7	76,8
Irmãos	53	17,7	13,8	22,4
Netos	106	35,3	30,1	40,9
Outros	136	45,3	39,8	51,0
Tipo de ajuda recebida				
Dinheiro	173	57,7	52,0	63,1
Coisas que precisa	148	49,3	43,7	55,0
Tarefas fora de casa	183	61,0	55,4	66,3
Tarefas domésticas	241	80,3	75,6	84,4
Cuidado pessoal	24	8,0	5,4	11,6
Companhia	233	77,7	72,6	82,0
Compartilhando problemas	125	41,7	36,2	47,3
Transporte	8	2,7	1,4	5,2
Outros	7	2,3	1,1	4,7

dos idosos apresentaram baixa frequência de ajudas recebidas e prestadas, respectivamente. O IFAR teve média de 134,6 ajudas (desvio-padrão=106,1 ajudas) mensais e o IFAP teve média de 137,8 ajudas (desvio-padrão=112,4 ajudas) por mês.

Observa-se, também na Tabela 4, que os membros da família eram os principais provedores de ajuda. De acordo com os idosos, 72,0% das ajudas eram

fornecidas pelos filhos, 42,7% pelo esposo(a), 35,3% pelos netos e 17,7% pelos irmãos. Em relação ao tipo de ajuda recebida, destacaram-se as ajudas nas tarefas domésticas (80,3%), na companhia (77,7%) e nas tarefas fora de casa (61,0%).

No entanto, ao se observar os resultados obtidos no Mapa Mínimo de Relações do Idoso – MMRI –, constatou-se, na Tabela 5, que quase todos os idosos

Tabela 5 - Classificação do tamanho das redes de apoio, e provedores de ajuda, de acordo com as modalidades do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), entre residentes no município de Natal-RN. Brasil, 2011

Variáveis	n=300		IC _{95%}	
	n	%		
Visita				
Pequena	144	48,0	42,4	53,6
Média	104	34,7	29,5	40,2
Grande	52	17,3	13,5	22,0
Companhia				
Pequena	155	51,7	46,0	57,3
Média	103	34,3	29,2	39,9
Grande	42	14,0	10,5	18,4
Tarefas domésticas				
Pequena	247	82,3	77,6	86,2
Média	50	16,7	12,9	21,3
Grande	3	1,0	0,3	2,9
Cuidado pessoal				
Pequena	204	68,0	62,5	73,0
Média	75	25,0	20,4	30,2
Grande	21	7,0	4,6	10,5
Ajuda financeira				
Pequena	257	85,7	81,2	89,2
Média	29	9,6	6,8	13,5
Grande	14	4,7	2,8	7,7
Amigos				
Sím	95	31,7	26,7	37,1
Não	205	68,3	62,9	73,3
Família				
Sím	297	99,0	97,1	99,7
Não	3	1,0	0,3	2,9
Comunidade				
Sím	99	33,0	27,9	38,5
Não	201	67,0	61,5	72,1
Sistemas de saúde				
Sím	2	0,7	0,2	2,4
Não	298	99,3	97,6	99,8

recebiam ou achavam que receberiam, em caso de necessidade, ajuda de familiares (99,0%). Também se destacaram a ajuda recebida por pessoas da comunidade (33,0%) e o apoio de amigos (31,7%).

Ainda em relação ao MMRI (Tabela 5), verificou-se que o tamanho da rede social foi pequeno para as diversas modalidades de apoio: ajuda financeira (85,7%); tarefas domésticas (82,3%); cuidado pessoal (68,0%); companhia (51,7%); e visita

(48,0%). As médias do tamanho da rede para as diversas modalidades de apoio foram as seguintes: 3,3 contatos (desvio-padrão=3,7 contatos) para visita; 3,1 contatos (desvio-padrão=3,1 contatos) para companhia; 1,6 contatos (desvio-padrão=1,1 contatos) para tarefas domésticas; 2,3 contatos (desvio-padrão=2 contatos) para cuidado pessoal; e 1 contato (desvio-padrão=1,9 contatos) para ajuda financeira (Tabela 5).

Discussão

Das variáveis utilizadas para avaliar o apoio social, constatou-se que os idosos, em sua maioria, não viviam sozinhos, e entre estes, era maior a frequência de casados ou em união estável e/ou vivendo com familiares, tendo os filhos como maiores provedores de ajuda. Porém, entre os mesmos idosos que contavam com uma grande rede de contatos, identificou-se pequeno apoio recebido nas diversas modalidades avaliadas.

Em relação aos hábitos de vida, 34,7% dos participantes afirmaram ingerir bebida alcoólica e 40,7% fumavam. Esses achados são preocupantes, visto que o álcool e o tabaco prejudicam diretamente a saúde enquanto fatores de risco para câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e outras patologias.¹⁸ Assim como em outras pesquisas realizadas com idosos brasileiros,^{5,21} grande parte da população idosa do presente estudo (68,0%) referiu ser sedentária. Sabe-se que a prática de exercícios físicos pelos idosos, além de proteger a capacidade funcional e trazer benefícios psicossociais, pode melhorar a aptidão cardiorrespiratória, composição corporal, densidade mineral óssea, utilização de glicose, perfil lipídico, capacidade aeróbia, força e flexibilidade muscular, entre outros benefícios à saúde.¹⁹

A prevalência de 73,0% da percepção geral da saúde como insatisfatória mostrou-se semelhante às observadas nos estudos de Pagotto e colaboradores¹² e Lima-Costa e colaboradores,¹⁵ de 69,1% e 75,3%, respectivamente. Esses autores^{12,13} também observaram associações positivas significativas entre pior percepção da saúde e suporte social, condições de saúde e acesso/uso de serviços de saúde. Lima-Costa e colaboradores¹³ encontraram, igualmente, associação negativa dessa percepção com a renda domiciliar mensal. Essa estrutura multidimensional da autoavaliação da saúde em idosos pauta-se na definição de saúde como 'bem estar físico, mental e social'.

Quanto ao status de coabitação, a proporção de idosos que viviam sozinhos (7,7%) foi semelhante à encontrada em estudo realizado com idosos residentes no Estado do Piauí (7,6%).¹⁹ Segundo Cesar e colaboradores,²⁰ os principais determinantes de 'viver sozinho' encontram-se na renda familiar e pessoal, como também na satisfação com os rendimentos.

No tocante à situação conjugal, resultados do inquérito da Rede de Estudos sobre Fragilidade em

Idosos Brasileiros (FIBRA) foram mais expressivos ao constatarem que 52,5% da população idosa entrevistada possuía companheiro(a).²¹ Para Camarano,²² após a separação do cônjuge ou viuvez, as idosas tendem a permanecerem sozinhas, enquanto a tendência entre os homens idosos é de se casarem novamente. É possível que tal fato justifique a maior prevalência de idosos 'não casados', visto que a amostra foi composta principalmente por mulheres.

Segundo dados do National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP),²³ mulheres e homens obtiveram média de 61,1 e 53,4 contatos, respectivamente, com o propósito de discutir "assuntos importantes". Para Cornwell e colaboradores,²³ a expressão "assuntos importantes" já se encontra consolidada em relatos de pesquisas sociais e provoca o uso de nomes de pessoas fortemente acessadas por idosos, em que a influência social é suscetível de ação. Esses achados foram menos expressivos frente aos apresentados neste presente estudo, o qual obteve média do IFC de 69,2 contatos ($\pm 63,2$ contatos).

A média do IDC da amostra foi de 4 contatos ($\pm 2,9$ contatos). Não obstante, 33,7% do total de idosos entrevistados possuíam 2 ou menos contatos regulares. Fiori e colaboradores²⁴ também observaram que os idosos residentes em Berlim obtiveram média de 4,1 contatos ($\pm 1,7$ contatos) regulares com familiares e 3,1 contatos ($\pm 1,9$) com amigos. Estudo com idosos franceses constatou que 38,3% de mulheres e 41,0% de homens possuíam até 2 contatos regulares.²⁵

Identificou-se uma prevalência de 26,3% de idosos com baixa frequência de ajudas recebidas (≤ 61 ajudas mensais) e 25,7% com baixa frequência de ajudas oferecidas (≤ 60 ajudas mensais). Este estudo também observou que a ajuda nas tarefas domésticas (80,3%) foi a mais prevalente, sendo os filhos os maiores provedores nesse tipo de apoio (72,0%). Lebrão e Duarte²⁶ observaram que 78,0% dos idosos recebiam ajudas regulares em serviços, para os quais os filhos eram também os maiores fornecedores de ajuda, 82,5% destes residindo no mesmo domicílio que os pais e 39,8% em outro domicílio. Guedea e colaboradores²⁷ afirmaram que o fato de ser provedor ou receptor de apoio contribui significativamente para o aumento da satisfação do idoso com a própria vida, e para a diminuição de seus afetos negativos.

Estudo prévio⁸ observou que, geralmente, as mulheres possuem redes sociais maiores e mais próximas, o

que pode justificar a maior média de contatos obtidos no atual estudo. Nem sempre as mulheres obtêm de suas redes de apoio os mesmos benefícios de saúde que os homens, haja vista os tipos de contatos e a ajuda oferecida diferirem entre os gêneros: enquanto as mulheres possuem mais contatos com seus filhos e pouco contato com amigos, os homens, geralmente, possuem a mesma quantidade de contato com ambos, filhos e amigos.

No que concerne ao Mapa Mínimo de Relações do Idoso – MMRI –, Alvarenga e colaboradores²⁸ identificaram que os idosos possuíam uma pequena rede de suporte social na maioria das dimensões avaliadas: 30,6% dos entrevistados possuíam rede pequena para a modalidade ‘visita’, 61,1% para ‘companhia’, 78,3% para ‘tarefas domésticas’, 71,4% para ‘cuidado pessoal’ e 54,5% para ‘ajuda financeira’. Esses resultados são semelhantes ao encontrados pelo presente estudo, nas modalidades ‘tarefas domésticas’ e ‘cuidados pessoais’.

Esta pesquisa também observou que os idosos entrevistados se encontravam bem conectados socialmente, com uma maior variedade de contatos sociais. Acredita-se que esses achados possam estar relacionados com o elevado número de membros da família, principalmente filhos residentes no mesmo domicílio do idoso ou nas vizinhanças. Tal fato pode refletir um comportamento não restritivo da natalidade, oriundo da primeira metade do século XX.

Porém, a baixa frequência de apoio recebida pelos idosos nas diversas modalidades de ajuda pode decorrer dessa população, geralmente, ser mais ativa e independente da comunidade em que vive, diminuindo a necessidade desse apoio quando comparada à de idosos mais dependentes. Soma-se a isso a opção do idoso por viver só e possuir estado civil ‘não casado’, o que, embora seja considerado fator de vulnerabilidade social, pode ser um reflexo de preferências pessoais e sensação de bem-estar, visto que muitos idosos entrevistados também recebiam visitas e contavam com a companhia de familiares, amigos e pessoas da comunidade. Já a elevada proporção de idosos com baixa frequência de ajuda financeira justifica-se pelo fato de a maioria destes possuírem renda suficiente para a garantia de sua independência econômica.

O presente estudo também enfatiza a ausência de ajudas por parte dos serviços públicos de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância da presença dos profissionais de saúde, seja como agentes assistenciais, seja enquanto partícipes no processo de atenção integral à saúde, estimulando a autonomia dos idosos e seu compartilhamento nas decisões que dizem respeito a sua saúde, concretizando um apoio social consistente e positivo. Devem ser formuladas e implementadas políticas públicas no sentido de aperfeiçoar a rede de serviços em saúde e atender, satisfatoriamente, a demanda de uma população idosa crescente.

A operacionalização do apoio social foi a principal limitação encontrada pelos autores para o desenvolvimento desta pesquisa. Como ela se baseou em auto-relatos, ao invés do levantamento de dados objetivamente definidos, é possível que alguns indivíduos tenham superestimado ou subestimado suas frequências e diversidades de contatos, e o apoio por eles estabelecido. Ademais, não foi avaliada a qualidade do apoio social fornecido, e se as trocas sociais foram positivas ou negativas para os idosos; além do fato de o estudo basear-se em amostra não probabilística por conveniência, assegurando-se sua representatividade tão-somente para a amostra estudada. Entretanto, considerando-se sua consistência, os resultados encontrados podem refletir, de alguma maneira, características de cidades semelhantes à observada aqui.

São necessários, portanto, estudos mais aprofundados das distinções entre os aspectos objetivos e subjetivos do apoio social, como também é recomendável a implementação de projetos articulados com profissionais da saúde, para a construção de uma efetiva rede de apoio social a essa população.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram na (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e (iii) aprovação da versão final.

Referências

- Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados [Internet]. 2010 [citado 2011 set 12]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
- Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Cienc Cuid Saude. 2007 out-dez;6(4):407-13.
- Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. Rev Saude Publica. 2011;45(1):113-20.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad Saude Publica. 2005 mai-jun;21(3):703-14.
- Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. J Clin Epidemiol. 1992 Jun;45(6):659-66.
- Fratiglione L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet. 2000 Apr;355(9212):1315-9.
- Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Soc Sci Med. 1999 Mar;48(5):661-73.
- Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD 2007 [Internet]. 2007 [citado 2011 out 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/graficos_pdf.pdf
- Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues, RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):29-35.
- Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira, EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2011 ago;27(8):1593-602.
- Lima-Costa ME, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev Saude Publica. 2004 dez;38(6):827-34.
- Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. Rev Nutr. 2005 dez;18(6):765-75.
- Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2007 dez;23(12):2982-92.
- Lund R, Modvig J, Due P, Holstein BE. Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. Eur J Epidemiol. 2000;16(2):1087-97.
- Domingues MARC. Mapa Mínimo de Relações: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. 2009 [citado 2011 out 25]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3. ed. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
- Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegiela R, Machado J, Gonçalves TS, et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. Cad Saude Publica. 2008 ago;24(8):1835-45.
- Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico fragilidade em idosos brasileiros. Rev Latino-Am Enferm. 2011 jul-ago;19(4):920-7.
- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado

- de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
23. Cornwell B, Schumm LP, Laumann EO, Graber J. Social Networks in the NSHAP Study: rationale, measurement, and preliminary findings. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Nov;64 Suppl 1:47-55.
24. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social Network Types Among Older Adults: a multidimensional approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007 Nov;62(6):322-30.
25. Fuhrer R, Dufouil C, Antonucci TC, Shipley MJ, Helmer C, Dartigues JF. Psychological disorder and mortality in French older adults: do social relations modify the association? *Am J Epidemiol*. 1999 Jan;149(2):116-26.
26. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
27. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Reflex Crit*. 2006;19(2):301-8.
28. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*. 2011 maio;16(5):2603-11.

Recebido em 05/12/2012
Aprovado em 18/05/2013