

Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)

Social network and older people's functionality: Health, Well-being, and Aging (SABE) study evidences

Tábatta Renata Pereira de Brito¹, Daniella Pires Nunes¹,
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹, Maria Lúcia Lebrão^{1*}

RESUMO: *Introdução:* Possuir redes sociais ativas parece influenciar positivamente o desempenho funcional de idosos. *Objetivo:* Verificar a associação entre as características das redes sociais de idosos e o surgimento de comprometimento funcional. *Métodos:* Estudo longitudinal de base populacional que utilizou as coortes de 2006 (n = 1.413) e 2010 (n = 990) do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Para caracterização das redes sociais utilizou-se as seguintes variáveis: número de integrantes da rede; arranjo domiciliar; sexo e idade dos integrantes; co-residência com criança ou apenas com idosos; satisfação com a relação; recebimento e oferecimento de apoio social (financeiro, material, emocional, realização de tarefas dentro e fora de casa, companhia e cuidados pessoais). Utilizou-se regressão logística para a análise dos dados. Todos os cuidados éticos foram observados. *Resultados:* As redes sociais dos idosos possuem, em média, 8,15 integrantes e são constituídas predominantemente por familiares com idade entre 15 e 59 anos. Idosos dependentes recebem mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto os idosos independentes recebem mais apoio emocional e companhia. Oferecer apoio social (OR = 0,32; IC95% 0,14 – 0,71) diminuiu as chances de desenvolver dependência, independente de condições sociodemográficas e de saúde. *Conclusão:* Deve-se estimular o fortalecimento das redes sociais na velhice, uma vez que a confiança no cuidado informal, oferecido, principalmente pelas famílias, pode não ser a melhor opção para lidar com a demanda de cuidado crescente que acompanha o envelhecimento da população brasileira.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. Apoio social. Atividades Cotidianas. Idoso Fragilizado.

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

¹Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

*in memoriam.

Autor correspondente: Tábatta Renata Pereira e Brito. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, CEP. 05403-000, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tabatta_renata@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Introduction: Possessing active social networks seems to positively influence the functional performance of elderly people. **Objective:** To verify the association between the characteristics of social networks of the elderly people and the emergence of functional impairment. **Methods:** This is a longitudinal population-based study, which used the 2006 (n = 1,413) and 2010 (n = 990) cohorts of the Health, Well-Being, and Aging (SABE) Study. To characterize the social networks, the following variables were used: number of members in the network; living arrangements; sex and age of the members; coresidence with children or only elderly individuals; satisfaction with the relationships; and receiving and offering social support (financial, material, emotional, performing tasks inside and outside the home, providing companionship, and personal care). Logistic regression was used to analyze the data. All ethical guidelines were followed. **Results:** The social networks of the elderly people had an average of 8.15 members and consisted predominantly of family members aged between 15 and 59 years. Dependent elderly people received more material support, help in performing household tasks and those outside the home, and personal care, while the independent elderly people received more emotional support and companionship. Provision of social support (OR = 0.32, 95%CI 0.14 – 0.71) decreased the chances of developing dependency, independent of sociodemographic and health conditions. **Conclusion:** The strengthening of social networks in old age should be encouraged since confidence in informal care offered, mainly by families, may not be the best option for dealing with the growing demand for care that accompanies the aging of the population.

Keywords: Aging. Aged. Aged, 80 and over. Social support. Activities of daily living. Frail elderly.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento, as pessoas ficam mais susceptíveis às doenças e agravos crônicos que podem ser acompanhados por sequelas incapacitantes, gerando situações de dependência e maior necessidade de cuidados¹. Isso torna a condição de saúde dos idosos intimamente relacionada à funcionalidade, que envolve independência e autonomia para o desempenho de suas atividades cotidianas².

Essas atividades, também chamadas de atividades de vida diária (AVDs), são didaticamente divididas em básicas (ABVDs) e instrumentais (AIVDs) sendo o primeiro conjunto relacionado ao autocuidado (tomar banho, vestir-se, mobilizar-se, alimentar-se, realizar transferência e manter continência) e o segundo, à manutenção de uma vida comunitária independente e capacidade de morar sozinho (usar transportes, fazer compras, administrar seu próprio dinheiro, utilizar o telefone, controlar e tomar os próprios medicamentos, preparar refeições quentes e desenvolver tarefas domésticas leves e pesadas)^{3,4}.

Independentemente do instrumento utilizado, a avaliação funcional resulta na identificação do nível de comprometimento funcional da pessoa idosa em termos de independência ou dependência (parcial ou total), determinante dos cuidados necessários, bem como por quem e de que maneira esses cuidados devem ser realizados. Com o envelhecimento populacional, espera-se um aumento na proporção de pessoas que demandarão cuidados, situação essa que tenderá a se perpetuar por tempo mais longo do que o vivenciado até então exigindo adequação das políticas assistenciais existentes¹.

A família é, ainda hoje, a principal provedora de cuidados de seus membros mais dependentes sendo escassas as estruturas intermediárias de cuidado. Essa realidade está se modificando em decorrência das transformações estruturais que vêm ocorrendo no contexto familiar:

- queda expressiva das taxas de fecundidade (inferior a 1,8 filhos/mulher)⁵;
- progressivo ingresso das mulheres no mercado de trabalho gerando diminuição do potencial assistencial uma vez que, tradicionalmente, o cuidado dos doentes, crianças e idosos sempre coube às mulheres⁶;
- modificações na estrutura das uniões e composição das famílias. Hoje se convive, por exemplo, com situações como inseminação artificial em mulheres sem companheiro; uniões homoafetivas, recasamentos com constituição de diferentes famílias, etc. Tais mudanças podem impactar, em futuro próximo, na provisão de cuidados no contexto familiar⁶.

Em vários países desenvolvidos, o cuidado formal, oferecido pelos sistemas social e de saúde, são sobrepostos ao cuidado informal oferecido pelas famílias⁷. No Brasil, esse cuidado, organizado e eficiente para idosos mais dependentes, praticamente nunca existiu.

A assistência à um idoso dependente envolve tempo, organização pessoal e familiar e recursos (emocionais, estruturais e financeiros) que, somados a outras exigências podem gerar uma sobrecarga de tarefas repercutindo negativamente no cuidado prestado e, conseqüentemente, na qualidade de vida do idoso. Um dos recursos que pode contribuir positivamente para a organização do cuidado necessário é a existência de uma rede de apoio social efetiva, onde os idosos e seus familiares encontrem o auxílio e a ajuda necessários para satisfazer as demandas cotidianas e as intercorrências que possam ocorrer⁸.

Pessoas que possuem redes sociais ativas vivem mais e com melhor saúde do que as que não as possuem⁹. Efeitos como melhoria na qualidade de vida, no bem-estar subjetivo, na funcionalidade e na mortalidade têm sido reportados na literatura⁹⁻¹⁵.

No que diz respeito à funcionalidade, manter poucos contatos sociais parece influenciar negativamente o desempenho funcional, além de piorar a percepção de qualidade de vida. Por outro lado, participar de atividades sociais e manter relacionamentos sociais ativos influenciam positivamente o desempenho funcional, especialmente entre os mais longevos. Apoio emocional e instrumental são os mais associados à diminuição de incapacidades^{10-12,15-18}.

A ausência de envolvimento em redes sociais, como um fator de risco à saúde, tem sido considerada tão danosa quanto o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade e a ausência de atividade física, o que sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por doenças e hábitos de vida considerados inadequados, mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais¹⁸.

Assim, o objetivo deste trabalho é verificar a associação entre as características das redes sociais das pessoas idosas residentes no município de São Paulo e o surgimento de comprometimento funcional em um período de quatro anos (2006 – 2010).

MÉTODO

O presente estudo é parte do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) e caracteriza-se como longitudinal, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e utilizará dados das coortes A_{06} e B_{06} em 2006 e seu seguimento em 2010. Em 2006, dos 2.143 idosos da coorte A entrevistados em 2000, 1.115 idosos foram localizados e reentrevistados e, somados aos 298 idosos na nova coorte (coorte B_{06}), perfizeram um total de 1.413 idosos entrevistados. No ano de 2010, as coortes A e B foram novamente localizadas tendo sido reentrevistadas 990 pessoas idosas. A diferença observada corresponde a óbitos, mudanças, institucionalizações, recusas e não localização dos idosos. As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras treinadas, em domicílio, com instrumento padronizado. Quando da impossibilidade de o idoso responder (por problemas físicos e/ou cognitivos) as informações foram obtidas com um informante habilitado (*proxy*).

As variáveis utilizadas para caracterização dos idosos foram: sexo; idade; estado civil; escolaridade (anos de estudo); auto percepção de suficiência de renda; declínio cognitivo (mini exame do estado mental adaptado); sintomas depressivos (*Geriatric Depression Scale* breve); auto avaliação de saúde; autorrelato de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, doença osteoarticular e osteoporose); número de doenças autorreferidas; queda nos 12 meses anteriores à entrevista. Para caracterização das redes sociais utilizou-se: número total de integrantes da rede; número de integrantes em cada uma das diferentes configurações (residentes no domicílio do idoso, filhos que moram na mesma casa do idoso e outros familiares e amigos); tipo de arranjo domiciliar; sexo e idade dos integrantes da rede; coresidência com criança ou apenas com idosos; satisfação com a relação; recebimento e oferecimento de apoio social. Foram considerados os seguintes tipos de apoio: financeiro, material, emocional, realização de tarefas dentro e fora de casa, companhia e cuidados pessoais.

Para identificar o nível de dependência do idoso foram consideradas as seguintes categorias: independente, dependência leve, dependência moderada e grande dependência. Os diferentes níveis de dependência do idoso foram obtidos por meio de escala hierárquica de dificuldades referidas no desempenho funcional com a população de idosos do Estudo SABE em 2006, construída pelo método de escalonamento de Guttman. A criação das categorias da variável “nível de dependência” foi feita pelo agrupamento das atividades segundo a hierarquia de dificuldade e a necessidade da presença de um cuidador para auxiliar no desempenho das mesmas.

Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, médias e erros-padrão para as variáveis contínuas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o teste do χ^2 de Pearson, com a correção de Rao-Scott, que leva em consideração os pesos amostrais para estimativas com ponderações populacionais. Para as variáveis contínuas, as diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste *t* de Student. Em todas as análises foi utilizado índice de significância de 5%. A análise da associação entre as características da rede de

apoio social e o desenvolvimento de dependência foi feita por meio de regressão logística múltipla. Foram selecionados os idosos independentes em 2006 e que desenvolveram algum nível de dependência em 2010 (dependência mínima, moderada ou grande dependência) ($n = 459$). A magnitude da associação foi estimada pela razão de chances (OR) simples e ajustados. O modelo incluindo as variáveis referentes à rede social foi ajustado por sexo, idade, suficiência de renda, estado civil, escolaridade, declínio cognitivo, número de doenças e queda. Utilizou-se o pacote estatístico *Stata*[®] versão 11.0.

RESULTADOS

A amostra deste estudo é composta por 1.413 idosos avaliados em 2006. Desses idosos, 59,4% eram do sexo feminino, 57,4% eram casados, 38,6% estudaram de quatro a sete anos, 55,1% relataram não ter renda suficiente para as suas necessidades e a média de idade foi de 69,6 anos (EP = 0,6) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos (%) segundo características sociodemográficas, econômicas e de saúde, município de São Paulo, 2006. ($n = 1.413$).

Características	%
Sexo	
Homem	40,60
Mulher	59,40
Idade (anos)	
60 a 69	58,70
70 a 79	30,10
80 e mais	11,20
Estado civil	
Casado (a)	57,40
Divorciado (a) / separado (a)	7,60
Viúvo (a)	30,70
Solteiro (a)	4,30
Escolaridade (anos)	
Analfabeto	15,70
1 a 3	26,50
4 a 7	38,60
8 e mais	19,20

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características	%
Renda Suficiente	
Não	55,10
Sim	44,90
Declínio cognitivo	
Não	87,80
Sim	12,20
Sintomas depressivos	
Não	85,70
Sim	14,30
Autoavaliação de saúde	
Excelente/muito boa/boa	44,71
Regular	46,46
Ruim/muito ruim	8,83
Referência de doenças crônicas (sim)	
Hipertensão	62,70
Diabetes	21,10
Doença pulmonar obstrutiva crônica	12,00
Doença cardiovascular	22,20
Doença cerebrovascular	8,30
Doença osteoarticular	33,10
Osteoporose	22,30
Número de doenças referidas	
Nenhuma	16,90
Uma	28,10
Duas ou mais	55,00
Queda nos 12 meses anteriores à entrevista	
Não	71,50
Sim	28,50
Nível de dependência	
Independente	53,40
Dependência mínima	26,70
Dependência moderada	10,50
Grande dependência	9,40

Fonte: Estudo SABE, 2006.

A maioria dos idosos (55,0%) relatou a presença de multimorbidade, sendo as mais prevalentes, hipertensão arterial (62,7%) e doenças osteoarticulares (33,1%). Verificou-se ainda que 12,2% apresentavam declínio cognitivo, 14,3%, sintomas depressivos e 28,5% referiram queda nos 12 meses anteriores à entrevista. Apesar disso, a maioria dos idosos (53,4%) era independente para seu próprio cuidado (Tabela 1).

Do total de idosos entrevistados, 0,45% não possuíam redes sociais, ou seja, não referiram pessoas com quem pudessem contar. Isso representa 4.585 idosos da população de São Paulo. Desses, 78,34% eram mulheres e 50,83% tinham idade entre 60 e 69 anos. Nenhum desses idosos possuía indicação de alteração cognitiva e 11,43% apresentavam sintomas depressivos; 20,07% eram dependentes, sendo 15,87% dependência mínima e 4,20% grande dependência.

As redes sociais dos idosos avaliados eram compostas, em média, por 8,15 (EP = 0,21) integrantes. A rede dos homens possuía em média 8,55 (EP = 0,27) integrantes e a das mulheres 7,87 (EP = 0,22) ($p = 0,009$). Idosos com idade entre 60 e 69 anos tinham redes compostas em média por 8,70 (EP = 0,24) integrantes, enquanto idosos com idade entre 70 e 79 anos tinham média de 7,65 (EP = 0,29) integrantes e aqueles com 80 anos e mais tiveram rede significativamente menor (6,61 integrantes, EP = 0,20; $p < 0,001$). A média de integrantes residentes no mesmo domicílio que o idoso era de 2,05 (EP = 0,08), enquanto a de filhos que não moravam com o idoso era de 2,66 (EP = 0,12) e a de outros familiares e amigos, de 2,90 (EP = 0,75).

O número de integrantes da rede composta por “outros familiares e amigos” era maior do que a de “filhos que não moram com o idoso”, que era maior que a rede domiciliar. No entanto, mesmo com o menor número de integrantes, a rede domiciliar se destacava na oferta de apoio aos idosos, onde ocorreram trocas mais expressivas de apoio (Tabela 2).

Quanto às características da rede segundo o nível de dependência dos idosos, tanto na rede formada por residentes no domicílio quanto na formada por filhos que moram fora da casa, observou-se que os idosos mais dependentes recebem mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto os idosos independentes recebem mais apoio emocional e companhia. Já na rede composta por outros familiares e amigos, além dos tipos de apoio citados anteriormente, os idosos mais dependentes recebem e oferecem mais companhia.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre número de integrantes da rede (como um todo ou nas diferentes configurações) e nível de dependência. Observou-se, contudo, diferença no que diz respeito aos arranjos domiciliares. Entre os idosos independentes, com dependência mínima ou com dependência moderada há predomínio dos arranjos bigeracionais (idosos que residiam com filhos), enquanto entre os idosos com grande dependência havia predomínio dos arranjos trigeracionais (idosos que residiam com filhos e netos) ($p < 0,05$).

Em 2006, dos 1.413 idosos avaliados, 615 eram independentes, sendo estes selecionados para a análise das características da rede social que determinam o desenvolvimento de dependência. Desses 615 idosos, 459 foram reentrevistados em 2010, 51 foram a óbito e 105 foram perdas de seguimento.

Tabela 2. Distribuição dos idosos (%) segundo apoio social recebido e oferecido, município de São Paulo, 2006. (n = 1.413).

Apoio Social	% de idosos segundo rede composta por residentes no domicílio		% de idosos segundo rede composta por filhos que não moram na casa		% de idosos segundo rede composta por outros familiares e amigos	
	Recebem apoio	Oferecem apoio	Recebem apoio	Oferecem apoio	Recebem apoio	Oferecem apoio
Financeiro						
Sim	31,40	27,08	15,94	10,79	4,37	5,67
Não	68,60	72,92	84,06	89,21	95,63	94,33
Material						
Sim	38,47	43,44	17,32	9,58	4,64	5,47
Não	61,53	56,56	82,68	90,42	95,36	94,53
Tarefas fora de casa						
Sim	37,78	29,38	18,59	1,95	4,83	2,56
Não	62,22	70,62	81,41	98,05	95,17	97,44
Tarefas domésticas						
Sim	4,17	1,84	7,00	4,57	2,40	2,05
Não	95,83	98,16	93,00	95,43	97,60	97,95
Cuidados pessoais						
Sim	19,90	10,27	11,23	0,00	2,81	1,61
Não	80,10	89,73	88,77	100,0	97,19	98,39
Companheirismo						
Sim	45,18	39,13	26,34	14,47	15,22	15,45
Não	54,82	60,87	73,66	85,53	84,78	84,55
Emocional						
Sim	10,67	10,20	10,69	11,48	2,37	2,59
Não	89,33	89,80	89,31	88,52	97,63	97,41

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os idosos acompanhados ($n = 459$) e as perdas (recusas, mudanças para outro município, institucionalizações e não localizados) ou óbitos ($n = 156$), no que diz respeito ao sexo e idade. Observaram-se maiores proporções de óbitos entre idosos do sexo masculino e mais velhos.

Dos idosos independentes em 2006, 70,51% permaneceram nessa condição em 2010 e 29,49% tornaram-se dependentes em algum nível: 16,98% desenvolveram dependência mínima, 5,43% dependência moderada e 7,08% grande dependência.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o aumento da dependência e idade, estado civil, escolaridade, autoavaliação de saúde e número de doenças. Das características da rede de apoio social, apenas oferecer apoio apresentou significância estatística, sendo que os idosos que ofereceram apoio desenvolveram dependência em menor proporção (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta o modelo de regressão logística final mostrando a oferta de apoio social como fator protetor contra o desenvolvimento de dependência. Os idosos que oferecem apoio têm cerca de três vezes menos chance de desenvolver dependência.

Tabela 3. Distribuição dos idosos independentes em 2006 (%) segundo características na linha de base e desenvolvimento de dependência entre 2006 e 2010. Município de São Paulo, 2006 – 2010. ($n = 459$).

Características	Desenvolvimento de dependência		Valor p
	Não (%)	Sim (%)	
Idade (anos)			
60 a 69	74,07	25,93	0,000
70 a 79	63,85	36,15	
80 e mais	40,54	59,46	
Sexo			
Feminino	66,80	33,20	0,072
Masculino	74,51	25,49	
Estado civil			
Casado	70,37	29,63	0,042
Divorciado/separado	90,25	9,75	
Viúvo	62,70	37,30	
Solteiro	71,14	28,86	
Escolaridade (anos)			
Analfabeto	54,78	45,22	0,006
1 a 3	66,54	33,46	
4 a 7	69,73	30,27	
8 e mais	81,76	18,24	

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Características	Desenvolvimento de dependência		Valor p
	Não (%)	Sim (%)	
Renda Suficiente			
Não	67,58	32,42	0,162
Sim	73,38	26,62	
Declínio cognitivo			
Não	71,01	28,99	0,243
Sim	54,11	45,89	
Sintomas depressivos			
Não	70,52	29,48	0,686
Sim	73,96	26,04	
Autoavaliação de saúde			
Excelente/muito boa/boa	76,28	23,72	0,003
Regular	60,71	39,29	
Ruim/muito ruim	80,32	19,68	
Número de doenças			
Nenhuma	74,93	25,07	0,000
Uma	79,69	20,31	
Duas ou mais	60,54	39,46	
Queda no último ano			
Não	71,80	28,20	0,267
Sim	65,48	34,52	
Recebe apoio social			
Não	78,62	21,38	0,236
Sim	69,73	30,27	
Oferece apoio social			
Não	55,97	44,03	0,022
Sim	71,95	28,05	
Arranjo Domiciliar			
Mora sozinho	73,50	26,50	0,871
Mora somente com cônjuge	72,32	27,68	
Mora com filhos	71,22	28,78	
Mora com filhos e netos	67,79	32,21	
Outros arranjos	65,74	34,26	
Nº total de integrantes da rede			
1 a 5	75,54	24,46	0,590
6 a 8	68,27	31,73	
9 a 11	67,97	32,03	
12 ou mais	69,98	30,02	

Fonte: Estudo SABE, 2006 – 2010.

Tabela 4. Modelo de regressão logística para associação entre características da rede de apoio social e nível de dependência, município de São Paulo, 2006 – 2010.

Característica	Modelo Ajustado OR (IC95%)
Idade (anos)	
60 a 69	1,00
70 a 79	1,39 (0,85 – 2,31)
80 e mais	5,02 (2,32 – 10,85)*
Sexo	
Feminino	1,00
Masculino	0,71 (0,42 – 1,20)
Estado civil	
Casado	1,00
Divorciado/separado	0,96 (0,71 – 1,32)
Viúvo	1,19 (0,77 – 1,80)
Solteiro	0,74 (0,32 – 1,69)
Escolaridade (anos)	
Analfabeto	1,00
1 a 3	0,73 (0,32 – 1,69)
4 a 7	0,56 (0,23 – 1,39)
8 e mais	0,33 (0,13 – 0,81)*
Renda Suficiente	
Não	1,00
Sim	1,17 (0,77 – 1,79)
Baixo status cognitivo	
Não	1,00
Sim	1,61 (0,43 – 6,03)
Número de doenças (contínua)	1,40 (1,12 – 1,75)*
Queda no último ano	
Não	1,00
Sim	1,22 (0,67 – 2,21)
Recebe apoio social	
Não	1,00
Sim	2,44 (0,99 – 6,03)
Oferece apoio social	
Não	1,00
Sim	0,32 (0,14 – 0,71)*

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Característica	Modelo Ajustado OR (IC95%)
Arranjo Domiciliar	
Mora sozinho	1,00
Mora somente com cônjuge	1,75 (0,60 – 5,07)
Mora com filhos	1,88 (0,70 – 5,04)
Mora com filhos e netos	1,81 (0,62 – 5,29)
Outros arranjos	2,46 (0,89 – 6,73)
Nº total de integrantes da rede	
1 a 5	1,00
6 a 8	1,28 (0,63 – 2,58)
9 a 11	1,19 (0,60 – 2,37)
12 ou mais	1,09 (0,48 – 2,50)

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

*p < 0,05. OR: Odds Ratio; IC95%: intervalos de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que as redes sociais dos idosos são constituídas, principalmente, por familiares corroborando resultados de outras pesquisas no Brasil, na América Latina em geral e na Ásia¹⁹⁻²². Tal fato pode representar uma preocupação devido às mudanças na constituição das famílias, cada vez menores. A diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e as mudanças nos papéis sociais (caracterizadas pela entrada da mulher no mercado de trabalho), foram alguns dos fatores que contribuíram para a diminuição do tamanho das famílias e, conseqüentemente, diminuição das possibilidades de oferta de apoio^{23,24}.

Quanto ao tamanho da rede, a média encontrada (8,15 integrantes) ficou abaixo da média de 12,4 integrantes encontrada em um estudo realizado com idosos com alterações cognitivas residentes em uma cidade do interior de São Paulo e de 13 integrantes encontrada em um estudo de base populacional realizado com idosos americanos. Um resultado abaixo de 8,15 integrantes foi encontrado em um estudo populacional com idosos australianos (média de 6,4 integrantes)²⁵⁻²⁷. Deve-se considerar, no entanto, que existem diferenças importantes quanto à seleção da amostra entre os estudos citados anteriormente e que o padrão de sociabilidade em uma grande metrópole, como São Paulo, é caracterizado por maior distanciamento entre os indivíduos²⁸.

Apesar de ser percentualmente pequeno, o fato de 0,45% dos idosos referirem não possuir integrantes em suas redes chama atenção pois mostra que uma parcela de idosos, numericamente expressiva em termos populacionais (n = 4.585), não tem a quem recorrer em situações de necessidade. O que é ainda mais grave é o fato de 20% desses idosos (cerca de 900 idosos) apresentarem alguma limitação funcional, tendendo a ficar completamente desassistidos.

Apesar de as redes possuírem, em média, 8,15 integrantes, a maior parte dos idosos não realiza trocas de apoio, ou seja, a proporção de idosos que não recebem ou não oferecem apoio foi sempre maior do que a de idosos que recebem ou oferecem corroborando achados de um estudo realizado numa cidade localizada no interior do estado de São Paulo²⁵. Em outros estudos, observou-se que redes maiores são benéficas por representarem maior possibilidade de trocas de apoio^{29,30}.

Quanto às trocas de apoio, receber ajuda com cuidados pessoais e atividades domésticas é fundamental, mas o apoio emocional pode funcionar como motivação para a integração social, além de ser fundamental para o bem-estar físico e psicológico³¹. Desse modo, além da ajuda prática, receber apoio emocional pode ser garantia de maior satisfação, o que, consequentemente, leva a sentimentos de bem-estar que podem afetar positivamente a saúde dos idosos.

Entre os idosos dependentes observou-se diferença entre o apoio recebido dos co-residentes e dos filhos que não moravam na casa ou outros familiares e amigos. Residentes no domicílio do idoso e filhos que não moram na casa ofereciam mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto outros familiares e amigos ofereciam mais companhia.

Sabe-se que os idosos se sentem melhor quando as suas necessidades práticas (ajuda com tarefas domésticas e cuidados pessoais) são atendidas por meio de relações familiares e suas necessidades emocionais, por meio de relações de amizade³². Assim, o tipo de relação com o idoso não deve ser analisado no sentido de apontar qual renderia mais benefícios, mas sim, em que relações são mais complementares³³.

Considerando-se que a rede dos idosos avaliados é predominantemente familiar e que a troca de apoio com outros familiares e amigos é pequena, estimular o relacionamento com esses últimos pode potencializar os efeitos positivos da rede. O efeito benéfico da relação com amigos se deve ao fato de que eles geralmente estão mais disponíveis em situações de problemas. Além disso, amigos tendem a ter os mesmos interesses, compartilhar experiências, encontrar-se voluntariamente e desenvolver atividades sociais prazerosas, diferentemente do que ocorre nas relações de parentesco, que são frequentemente focadas na dependência pessoal e oneradas pelos papéis, expectativas e limites impostos pelas relações familiares³⁴.

Oferecer apoio social foi a única variável relacionada às redes que permaneceu no modelo ajustado por sexo, idade, percepção de suficiência de renda, estado civil, escolaridade, declínio cognitivo, número de doenças, ocorrência de queda nos 12 meses anteriores à entrevista, número de integrantes da rede, receber apoio e arranjo domiciliar. Estudos anteriores já demonstraram a relação entre redes sociais e funcionalidade. Nesses, a insatisfação com o apoio social recebido, baixa participação social, pouca diversidade nos relacionamentos e a percepção de receber pouco apoio social foram fatores de risco para o desenvolvimento de incapacidade^{11,12,26,27,35}.

As possíveis explicações para a clara relação entre redes sociais e funcionalidade podem ser fundamentadas em aspectos comportamentais, psicossociais e fisiológicos. No que diz respeito aos comportamentais, o maior envolvimento em redes sociais está associado à adoção de comportamentos mais positivos para a saúde ao longo do tempo, uma vez que os integrantes da rede podem monitorar, inibir e regular tais comportamentos de modo a estimular a adoção de hábitos mais saudáveis. No âmbito psicossocial, o maior envolvimento em redes sociais favorece o sentimento de pertencimento e de propósito na vida, que, por sua vez, pode melhorar a saúde

mental e, conseqüentemente, os processos fisiológicos e a saúde física. Fisiologicamente, o envolvimento em redes sociais pode melhorar a função imunológica, endócrina e cardiovascular, o que melhora, conseqüentemente, a resposta orgânica em situações de estresse³⁶⁻³⁸.

CONCLUSÃO

As redes sociais dos idosos possuem, em média, 8,15 integrantes e são constituídas predominantemente por familiares com idade entre 15 e 59 anos. Idosos dependentes recebem mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto os idosos independentes recebem mais apoio emocional e companhia. Oferecer apoio social por parte dos idosos foi fator protetor contra o desenvolvimento de dependência em um período de quatro anos.

Considerando os efeitos positivos na saúde dos idosos, o fortalecimento das redes na velhice deve ser implementado como um hábito a ser desenvolvido e perpetuado. Os profissionais de saúde devem estimular a formação de redes sociais onde o idoso possa, efetivamente, trocar apoio. Além de favorecer relações que possam satisfazer as necessidades dos idosos em situação de dependência, intermediar relações onde o idoso possa, também, oferecer apoio, pode proteger o idoso da dependência. Mais do que utilizar a família para o estabelecimento dessas redes, ressalta-se a importância do vínculo de amizade, uma vez que poucos idosos referiram trocar apoio com amigos.

A confiança no cuidado informal, oferecido principalmente pelas redes domiciliares, pode não ser a melhor opção para lidar com a demanda de cuidado crescente que acompanha o envelhecimento da população brasileira. Abordagens políticas são necessárias para apoiar as famílias e oferecer diferentes modalidades de assistência, especialmente aos idosos dependentes.

REFERÊNCIAS

1. Duarte YAO. A perda da autonomia na velhice: o papel da família e do estado *In*: Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica ed. Botucatu – UNESP; 2006.
2. Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.
3. Baltés MM, Silverberg S. A dinâmica da dependência: autonomia no curso de vida. *In*: Neri AL. (Org.). *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas, SP: Papirus; 1995.
4. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9(3): 179-86.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2010.
6. Camarano AA. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
7. Ward-Griffin C, Marshall VW. Reconceptualizing the relationship between “public” and “private” eldercare. *J Aging Stud* 2003; 17(1): 189-208.
8. Guedea MTD. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc* 2009; 21(2): 242-49.
9. Dressler WW, Balieiro MC, Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Cult Med Psychiatry* 1997; 21(3): 303-35.
10. Albuquerque SMRL. *Qualidade de vida do idoso*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 2003.
11. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38(1): 85-99.

12. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 685-92.
13. Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Publica Mex* 2009; 51(1): 6-13.
14. 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(12): 1087-97.
15. Ramírez-Vélez R. Calidad de vida y apoyo social de los pacientes com enfermedad pulmonar obstructiva crônica. *Rev Salud Pública* 2007; 9(4): 568-75.
16. Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of successful aging. *J Gerontol B Soc Sci* 1996; 51(4): 191-200.
17. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999; 48(1): 445-69.
18. Ramos MP. Apoio social e saúde entre os idosos. *Sociologias* 2002; 4(7): 156-175.
19. Chen F, Short SE. Household context and subjective well-being among the oldest old in china. *J Fam Issues* 2008; 29(10): 1379-403.
20. Mason KO. Family change and support of the elderly in Asia: what do we know? *Asia Pac Popul J* 1992; 7(3): 13-32.
21. Palloni A. Living arrangements of older persons. In: United Nations. *Population Bulletin of the United Nations – Special Issue n° 42/43*; 2001.
22. Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004: 169-209.
23. Zeng Y, Wang Z. Dynamics of family and elderly living arrangements in China: New lessons learned from the 2000 Census. *The China Review* 2003; 3(2): 95-119.
24. Zhang QF. Economic transition and new patterns of parent-adult child coresidence in urban China. *Journal of Marriage and the Family* 2004; 66(1): 1231-1245.
25. Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4): 906-13.
26. McLaughlin D, Leung J, Pachana N, Flicker L, Hankey G, Dobson A. Social support and subsequent disability: it is not the size of your network that counts. *Age Ageing* 2012; 41(5): 674-7.
27. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and whites: The Duke EPESE 1986-1992. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56(3): S179-90.
28. Kaztman R, Ribeiro LCQ. Metrôpoles e sociabilidade: os impactos das transformações socioterritoriais das grandes cidades na coesão social dos países da América Latina. *Cadernos Metrôpole* 2008; 20: 241-261.
29. Seeman TE, Berkman LF, Kohout F, Lacroix A, Glynn R, Blazer D. Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly: a comparative analysis of three communities. *Ann Epidemiol* 1993; 3(4): 325-35.
30. Youm Y, Laumann EO, Ferraro KF, Waite LJ, Kim HC, Park YR, et al. Social network properties and self-rated health in later life: comparisons from the Korean social life, health, and aging project and the national social life, health and aging project. *BMC Geriatrics* 2014; 14: 102.
31. Fingerma KL, Sechrist J, Birditt K. Changing views on intergenerational ties. *Gerontology* 2013; 59(1): 64-70.
32. Felton BJ, Berry CA. Do the sources of the urban elderly's social support determine is psychological consequences? *Psychol Aging* 1992; 7(1): 89-97.
33. Wortman CB, Lehman DR. Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In: Sarason IG, Sarason BR. (Orgs.). *Social support: Theory, research, and applications*. The Netherlands: Dordrecht Martinus Nijhoff; 1985.
34. Barker JC. Neighbors, friends and other non-kin caregivers of community-living dependent elders. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57(3): S158-67.
35. Torres JL, Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(5): 1018-28.
36. Berkman LF, Breslow L. *Health and ways of living: the Alameda County Study*. New York: Oxford University Press; 1983.
37. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. *Social Relationships and Health Behaviors across the Life Course*. *Annu Rev Sociol* 2010; 36(1): 139-57.
38. Uchino BN. *Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships*. New Haven, CT: Yale University Press; 2004.

Recebido em: 23/07/2015

Aprovado em: 11/08/2015

