UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELLA TECH DORETO

**Rede e apoio social entre idosos atendidos em um
ambulatório de Geriatria**

RIBEIRÃO PRETO
2015

DANIELLA TECH DORETO

Rede e apoio social entre idosos atendidos em um ambulatório
de Geriatria

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Profa. Dra. Sueli Marques

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Doreto, Daniella Tech

Rede e apoio social entre idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria.
Ribeirão Preto, 2015.

182 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Sueli Marques

1. Idoso. 2. Rede de apoio social. 3. Apoio Social. 4. Serviço Social.
5. Envelhecimento. 6. Gerontologia.

DORETO, Daniella Tech

Rede e apoio social entre idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATORIA

Ao meu pequeno **Antonio**

Aos meus avós – **Antonio e Maria**

AGRADECIMENTOS

A **todos** que, de alguma forma, estiveram presentes durante esta caminhada, oferecendo apoio, sorrisos, compartilhando momentos e me fortalecendo para a conclusão desta etapa, deixo minha gratidão mais profunda e sincera. Tentando transformar o sentimento em palavras, agradeço...

A **Deus**, minha segurança, força que me mantém, presença constante em minha vida...

Ao meu companheiro **Tadeu**, com quem divido os meus dias, as alegrias e dificuldades. Obrigada pelo amor, pela paciência, por caminhar ao meu lado, entender minhas ausências e apoiar meus sonhos.

Ao meu filho **Antonio**, tão pequeno e com uma capacidade imensa para transformar o meu mundo. A você, meu anjo, não só dedico este trabalho, mas agradeço por estar em minha vida, por me fazer ser uma pessoa melhor a cada dia e por me ensinar o que é o verdadeiro amor. Amo-te além da vida!

Aos meus avós, **Antonio e Maria**, pessoas essenciais em minha vida, que com tanto esforço me deram a base para chegar até aqui... Difícil expressar em palavras minha gratidão, meu amor... e minha saudade.

À minha mãe **Mariza**, pessoa forte e guerreira que sustenta com sua força e amor nossa família. Obrigada por nunca desistir e por estar sempre ao meu lado, ouvindo, apoiando e por incentivar sempre o meu crescimento.

Ao meu irmão **Gustavo**, escolhido para estar ao nosso lado nos ensinando tanto a cada dia... sua pureza e inocência trazem luz para nossas vidas. Que Deus nos permita aprender e viver muitas coisas com você! É mais que especial!

À minha irmã **Camila**, pessoa batalhadora, humilde, dona de um coração imenso, obrigada pelo cuidado, generosidade e doação à nossa família. Obrigada por estar sempre ao nosso lado!

À minha orientadora, **Profa. Dra. Sueli Marques**, pessoa extremamente humana e sensível. Obrigada por ter me dado a oportunidade de tornar um sonho realidade e por orientar este trabalho com tanta paciência, dedicação e

humildade. Agradeço pelo carinho e por compreender as dificuldades que surgiram no decorrer dessa trajetória.

À **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, obrigada pelas palavras de conforto e pelo sorriso que a acompanhavam.... Agradeço pela disponibilidade constante, pelas contribuições no exame de qualificação e por tantas outras que vieram no decorrer deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Ferriolli**, membro da banca de qualificação e defesa, obrigada pela disponibilidade, interesse e pelas importantes contribuições neste estudo.

Ao **Prof. Dr. Jair Lício Ferreira dos Santos**, a quem há muito tempo admiro. Sou grata pela paciência, dedicação e comprometimento com este trabalho. Agradeço por tornar os números acessíveis a mim com tanta sabedoria e humildade.

À minha amiga-irmã **Fernanda A. Trevizani**, obrigada por estar ao meu lado em tantos momentos e dividir histórias, dificuldades e alegrias diárias... Obrigada por estar tão perto! Agradeço pela força e apoio em todas as fases deste trabalho. É muito bom saber que posso contar com você!

Às amigas **Lilian Cristina Yamashita e Joselene Martinelli Yamashita**, amigas de longa data, agradeço por tantos momentos compartilhados, pela constante torcida e pela certeza de que sempre estarão presentes, apesar da distância física.

À todas do **Serviço Social do HCFMRP-USP**, com quem compartilho minha rotina profissional. Agradeço especialmente à **Silvia G. Ridolfo Lucio**, que mais que uma chefe, é uma grande amiga. Obrigada por compreender e apoiar a conclusão deste trabalho. Também não poderia deixar de agradecer **Aline Müller, Ângela E. Beolchi Gatti, Ana Luiza L. Lacerda, Regina C. Carotini e Renata de Oliveira Cecílio**, pelo apoio no dia a dia de trabalho, pela amizade e palavras positivas. Agradeço ainda à **Regina Márcia Paschoalin** pelas contribuições e discussões relacionadas à nossa prática profissional, e ainda, **Vima Nociollini Pereira, Rosa Maria Sanches Brandão, Magda Barbi Scavazzini e Maria Magda Zaccaro**, pela amizade e carinho dedicados.

Aos professores do curso de Serviço Social da Universidade Paulista, **Alcinéia Donizete Ferreira, Danila Carrijo, Joyce Pires Cardoso, Mateus Beordo, Meire C. Souza Santos e Tatiane Patricia Cintra** com quem compartilho, há alguns anos, uma nova experiência em minha vida. Agradeço por vivenciar essa fase ao lado de profissionais tão comprometidos e dedicados. Sinto-me muito honrada em fazer parte desse grupo e por ter conhecido grandes pessoas!

A todos os **funcionários do Ambulatório de Clínica Médica do HCFMRP-USP**, com os quais tenho o privilégio de trabalhar. Agradeço à **equipe de Enfermagem e equipe do Balcão azul**, que tanto colaboraram e torceram na fase da coleta de dados. Os dias são melhores com vocês.

A **Silvio R. Bernardes da Silva Filho e Eduardo Borges de Oliveira**, responsáveis pelo Ambulatório de Geriatria. Agradeço pelo apoio na fase da coleta de dados.

Aos **funcionários da Seção de Pós-Graduação do Programa de Enfermagem Fundamental da EERP-USP**, pelas orientações e oportunidade de aprendizado. Agradeço em especial à **Cristina**, funcionária da **Biblioteca Central do Campus da USP-RP**, obrigada pela compreensão e apoio com as normas técnicas.

Enfim, aos principais responsáveis por este estudo, **os idosos**, que dividiram comigo um pouco da sua história... algo que vai muito além daquilo que este trabalho permite mostrar. Que de fato eu possa contribuir para a melhoria da assistência ao idoso neste Hospital.

A todos que, em algum momento estiveram comigo, meu **muito obrigada!!!**

*“Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro, Senhor, de indiferença.*

*Da indiferença deste mundo
onde o que se sente e se pensa
não tem eco, na ausência imensa.*

*Na ausência, areia movediça
onde se escreve igual sentença
para o que é vencido e o que vença.*

*Salva-me, Senhor, do horizonte
sem estímulo ou recompensa
onde o amor equivale à ofensa.*

*De boca amarga e de alma triste
sinto a minha própria presença
num céu de loucura suspensa.*

*Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença.”*

(Como se morre de velhice – Cecília Meireles)

RESUMO

DORETO, D.T. **Rede e apoio social entre idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria**. 2015. 182 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre a rede e apoio social, satisfação com o apoio social recebido e as variáveis sociodemográficas, de saúde física e mental, dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário do interior paulista. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e exploratório, realizado com 98 idosos atendidos no referido ambulatório. Para a coleta de dados, utilizaram-se o Mini Exame do Estado Mental, um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), o Índice de Katz, a Escala de Lawton e Brody, a Escala de medida da rede e apoio social do Medical Outcomes Study e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A média de idade dos idosos foi de 80,1 anos, 70,4% eram mulheres, 49,0% viúvos; a média de anos de estudo foi 2,3; 24,5% dos idosos residiam com o cônjuge e filhos ou somente com os filhos; a renda familiar média foi de R\$1.773,70. Quanto à capacidade funcional, 80,6% eram independentes para as atividades básicas da vida diária e 88,8% eram parcialmente dependentes para as instrumentais. Os idosos possuíam, em média, 5,3 diagnósticos médicos e os sintomas depressivos estiveram presentes para 61,2% deles. Quanto à rede social, o escore total médio foi de 6,4 pessoas para contato na rede, sendo que 36,7% apresentavam médio contato e participação em atividades sociais. Em relação ao apoio social, o maior escore médio foi para a dimensão material (90,2) e o menor para a interação social positiva (81,8); já para a satisfação com o suporte social, 36,7% e 32,7% apresentaram alta e média satisfação, respectivamente. Foi encontrada correlação inversa entre os escores de todas as dimensões da escala de apoio social e os escores da EDG-15, indicando que quanto maior o apoio social em todas as dimensões, menor é a presença de sintomas depressivos e houve diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões, material ($p=0,014$), afetiva ($p=0,026$), interação ($p=0,011$), emocional ($p=0,001$) e informação ($p=0,005$); já a correlação entre os escores das dimensões da escala de apoio social e os escores na escala de Lawton e Brody, foi inversa e fraca para as dimensões material ($r=-0,157$) e informação ($r=-0,027$), sugerindo que quanto menor a independência para as AIVDs, maior o apoio social nas referidas dimensões, porém, não houve diferença estatisticamente significativa, material ($p=0,121$) e informação ($p=0,789$). A correlação entre os escores da EDG-15 e os escores da escala de satisfação com o apoio social, foi inversa e moderada ($r=-0,467$), indicando que quanto maior a satisfação com o apoio social, menor a presença de sintomas depressivos, sendo estatisticamente significativa ($p=0,000$). Evidencia-se a importância de conhecer se os idosos estão inseridos em rede social e se percebem o apoio social para um melhor direcionamento da assistência prestada ao idoso e para o planejamento e formulação de políticas públicas, programas e projetos voltados a essa população.

Descritores: Idoso. Rede de apoio social. Apoio Social. Serviço Social. Envelhecimento. Gerontologia

ABSTRACT

DORETO, D.T. **Social network and support among elderly individuals cared for in a geriatric ambulatory clinic.** 2015. 182 f. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

This study's general objective was to analyze the relationships among social network and support, satisfaction with social support and sociodemographic variables, and the physical and mental health of elderly individuals cared for in a Geriatric Ambulatory Clinic of a Tertiary General Hospital in the interior of São Paulo, Brazil. This descriptive, cross-sectional and exploratory study was conducted with 98 elderly individuals cared for in the aforementioned clinic. The following were used to collect data: Mini-Mental State Exam, sociodemographic and health characterization questionnaire, Geriatric Depression Scale (GDS-15), Katz Index, Lawton and Brody Scale, the network and social support scales of the Medical Outcomes Study, and the Satisfaction with Social Support Scale. This study was in compliance with the ethical aspects of Resolution 466/2012, National Council of Health. The participants were 80.1 years old on average; 70.4% were women; 49.0% were widowed; with 2.3 years of schooling on average; 24.5% lived with their spouses and children or only with children; and family income was R\$1,773.70, on average. In regard to functional capacity, 80.6% were independent in the performance of basic activities of daily living (BADL) and 88.8% were partially dependent for instrumental activities (IADL). The individuals had 5.3 medical diagnoses on average and depressive symptoms were experienced by 61.2%. In regard to social networks, the individuals had an average of 6.5 people in their network, while 36.7% presented medium contact and participation in social activities. In terms of social support, the highest average score was obtained in the material dimension (90.2) and the lowest score was obtained in positive social interaction (81.8), while 36.7% and 32.7% of the individuals presented high and average satisfaction with social support, respectively. A inverse correlation was found between the scores of all dimensions of the social support scale and the scores obtained on the EDG-15, indicating that the higher the social support in all the dimensions, the lower the presence of depressive symptoms. Statistically significant differences were found in all the dimensions: material ($p=0.014$), affective ($p=0.026$), interaction ($p=0.011$), emotional ($p=0.001$) and information ($p=0.005$). In turn, correlation between the scores of the dimensions of the social support scale and the scores obtained on the Lawton and Brody scale was weak and inverse for the material ($r=-0.157$) and information ($r=-0.027$) dimensions, suggesting that the lower one's independence for performing IADLs, the higher the social support in these dimensions, though no significant differences were found between material ($p=0.121$) and information ($p=0.789$). The correlation between the EDG-15 scores and the scores obtained for satisfaction with social support scale was and inverse and moderate ($r=-0.467$); i.e., the higher one's satisfaction with social support, the lower the presence of depressive symptoms, a finding that is statistically significant ($p=0.000$). Therefore, there is a need to acquire more knowledge in regard to the elderly individuals inserted in a social network and identify how they perceive social support, in order to better direct healthcare delivered to elderly individuals and plan public policies, and programs and projects directed to this population.

Descriptors: Aged. Social Support Network. Social Support. Social Work. Aging. Gerontology

RESUMEN

DORETO, D. T. Red y apoyo social entre adultos mayores atendidos en un consultorio de Geriátría. 2015. 182 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación entre la red y apoyo social, satisfacción con el apoyo social recibido y las variables socio-demográficas, de salud física y mental de los adultos mayores atendidos en un consultorio de Geriátría de un Hospital General Terciario del interior paulista. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y exploratorio, realizado con 98 adultos mayores atendidos en el referido consultorio. Para la recolección de los datos, se utilizó el Mini-Examen del Estado Mental, un cuestionario de caracterización socio-demográfica y de salud, la Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15), el Índice de Katz, la Escala de Lawton y Brody, la Escala de medida de la red y del apoyo social del Medical Outcomes Study y la Escala de Satisfacción con el Soporte Social. Los aspectos éticos fueron respetados conforme la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. El promedio de edad de los adultos mayores fue de 80.1 años, 70.4% eran mujeres, 49.0% viudos; el promedio de años de estudio fue de 2.3; 24.5% de los adultos mayores vivían con el cónyuge e hijos o solamente con los hijos; el ingreso familiar tuvo un promedio de R\$1773.70. En relación a la capacidad funcional, 80.6% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria y 88.8% eran parcialmente dependientes para las instrumentales. Los adultos mayores tenían un promedio de 5.3 diagnósticos médicos y los síntomas depresivos estuvo presente en el 61.2% de ellos. En relación a la red social, el promedio de la puntuación fue de 6.4 personas para el contacto con la red, siendo que 36.7% presentaban un contacto medio y participación en las actividades sociales. En relación con el apoyo social, el promedio con mayor puntuación fue para la dimensión material (90.2) y la menor para la interacción social positiva (81.8); para la satisfacción con el soporte social, 36.7% y 32.7% presentaban alta y media satisfacción, respectivamente. Fue encontrado una correlación inversa entre la puntuación de todas las dimensiones de la escala del apoyo social y la puntuación de la EDG-15, indicando que cuanto mayor es el apoyo social en todas las dimensiones menor es la presencia de síntomas depresivos y además hubo diferencia estadísticamente significativa en todas las dimensiones, material ($p=0.014$), afectiva ($p=0.026$), interacción ($p=0.011$), emocional ($p=0.001$) e información ($p=0.005$); por otro lado la correlación entre la puntuación de las dimensiones de la escala del apoyo social y la puntuación de la Escala de Lawton y Brody fue inversa y débil para las dimensiones material ($r=0.157$) e información ($r=0.027$), lo que sugiere que cuanto menor es la independencia para las AIVDs mayor es el apoyo social en las referidas dimensiones, sin embargo no hubo diferencia estadísticamente significativa, material ($p=0.121$) e información ($p=0.789$). La correlación entre las puntuaciones de la EDG-15 y la puntuación de la escala de satisfacción con el apoyo social, fue inversa y moderada ($r=0.467$), indicando que cuanto mayor es la satisfacción con el apoyo social menor es la presencia de síntomas depresivos, siendo estadísticamente significativo ($p=0.000$). Se evidencia la importancia de conocer si los adultos mayores están inseridos en la red social y si perciben el apoyo social para un mejor direccionamiento para la asistencia prestada al adulto mayor y para el planeamiento y formulación de políticas públicas, programas y proyectos direccionados a esta población.

Descriptores: Adulto mayor. Red de apoyo social. Apoyo social. Servicio social. Envejecimiento. Gerontología

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da etapa de seleção da amostra.....	54
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Índex de independência para as atividades de vida diária, de Katz, modificado.....	58
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo faixa etária, estado civil e escolaridade, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	68
Tabela 2	Distribuição dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo tipo de renda e renda familiar, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	69
Tabela 3	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a condição de chefe ou responsável pelo domicílio, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	70
Tabela 4	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo os arranjos familiares, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	71
Tabela 5	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo tipo de atendimento de saúde, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	71
Tabela 6	Distribuição do número de diagnósticos médicos registrados nos prontuários, por idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	72
Tabela 7	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação pelo Índice de Katz, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	74
Tabela 8	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação pela Escala de Lawton e Brody, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	75
Tabela 9	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo os sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	76
Tabela 10	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo variáveis da rede social, Ribeirão Preto, 2015.....	77
Tabela 11	Distribuição das características sociodemográficas dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre os escores médios de parentes e amigos na rede social, Ribeirão Preto, 2015.....	79

Tabela 12	Distribuição das variáveis número de filhos, arranjos familiares e número de diagnósticos médicos dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre o escore total médio (parentes e amigos) na rede social, Ribeirão Preto, 2015.....	80
Tabela 13	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo posição na rede social, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	81
Tabela 14	Distribuição de média, desvio-padrão, mínimo e máximo de cada dimensão da escala de apoio social do MOS, para os idosos (n=98) atendidos em um ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto – SP, 2015.....	81
Tabela 15	Distribuição das características sociodemográficas e de saúde dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre os escores médios em cada dimensão da escala de apoio social do MOS, Ribeirão Preto, 2015	84
Tabela 16	Coeficiente de correlação entre os escores nas dimensões da escala de apoio social do MOS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda, dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	87
Tabela 17	Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação na ESSS, Ribeirão Preto- SP, 2015.....	88
Tabela 18	Distribuição dos idosos (n=98) atendidos em um ambulatório de Geriatria segundo variáveis sociodemográficas e a satisfação com o apoio social, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	89
Tabela 19	Distribuição das variáveis de classificação na escala de Lawton e Brody, Índice de Katz e presença de sintomas depressivos, segundo a classificação na ESSS, dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	90
Tabela 20	Distribuição das características sociodemográficas dos idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria segundo a comparação com a satisfação com o apoio social, Ribeirão Preto, 2015.....	91
Tabela 21	Coeficiente de correlação entre os escores da ESSS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	92

LISTA DE SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	Atividades da Vida Diária
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SNI	<i>Social Network Index</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	Envelhecimento populacional e humano.....	19
1.2	Saúde, doença e envelhecimento.....	24
1.3	Aspectos sociais do envelhecimento.....	31
1.4	Políticas públicas para o envelhecimento.....	36
1.5	Rede social, apoio social e envelhecimento.....	39
2.	OBJETIVOS.....	49
2.1	Objetivo Geral.....	50
2.2	Objetivos Específicos.....	50
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	51
3.1	Tipo de estudo.....	52
3.2	Local do estudo.....	52
3.3	População e amostra.....	53
3.4	Coleta de dados.....	54
3.4.1	Pré-Teste.....	63
3.4.2	Entrevistas.....	63
3.5	Processamento e análise estatística dos dados	64
3.6	Aspectos éticos.....	65
4.	RESULTADOS.....	67
4.1	Caracterização do perfil social, demográfico e de saúde dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	68
4.2	Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	73
4.3	Características relacionadas aos sintomas de depressão entre os idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	75
4.4	Características relacionadas à rede e ao apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	76
4.5	Características relacionadas à satisfação com o apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	88
5.	DISCUSSÃO.....	93
5.1	Caracterização do perfil social, demográfico e de saúde dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	94
5.2	Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	105
5.3	Características relacionadas aos sintomas de depressão entre os idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	107
5.4	Características relacionadas à rede e apoio social entre os idosos participantes do estudo.....	110
5.5	Características relacionadas à satisfação com o apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria.....	124

6.	CONCLUSÃO.....	127
	REFERENCIAS.....	133
	APÊNDICES.....	155
	ANEXOS.....	168

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e humano

O envelhecimento populacional tem sido muito estudado nos últimos tempos. Em todo o mundo, a cada segundo duas pessoas celebram seu aniversário de sessenta anos de idade e uma em cada nove, tem 60 anos ou mais (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA), 2012).

Considera-se que o envelhecimento populacional ocorre quando há um aumento da população idosa em relação à população total, e como consequência, a média de idade da população também se eleva (CAMARANO; KANSO, 2011). A mudança na estrutura etária, com declínio das taxas de fecundidade e maior longevidade, são os principais responsáveis por este processo (UNFPA, 2012).

População idosa se refere às pessoas que vivem a última fase da vida (CAMARANO; KANSO, 2011). Utilizando-se o critério cronológico, considera-se idoso a pessoa com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e, com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OMS; OPAS), 2005).

A população de pessoas com 60 anos ou mais, estimada para o ano de 2015, no mundo é de 901 milhões, o que representa 12% da população total, sendo que a Europa concentra o maior percentual de pessoas nessa faixa etária (24%), no entanto um crescimento rápido é esperado para outras partes do mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 2015). Ainda de acordo com este documento, estima-se que até 2050 todas as principais regiões do mundo, exceto a África, tenham quase $\frac{1}{4}$ da população composta por idosos e o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo é projetado para ser de 1,4 milhões em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, podendo aumentar para 3,2 bilhões em 2100.

Ressalta-se que, a mudança na estrutura etária da população não evoluiu da mesma forma nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, a mudança ocorreu de forma gradativa, permitindo o planejamento de políticas públicas adequadas para garantir melhores condições de vida a essa população, já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o desenvolvimento de políticas específicas não acompanhou o rápido processo de envelhecimento (BANCO MUNDIAL, 2011; UNFPA, 2012). A população de idosos da França, por exemplo,

aumentou de 7% para 14% em um século, enquanto no Brasil, o mesmo processo ocorreu em apenas duas décadas (BANCO MUNDIAL, 2011).

O Brasil possui um número expressivo de idosos e há projeções de que, em 2020, seja o 6º país no mundo em número de idosos, o que significa que as pessoas com 60 anos ou mais de idade representarão 15% da população total (OMS; OPAS, 2005). Dados do Censo Demográfico de 2010 mostram que no Brasil, os idosos representavam 10,8% da população e a maioria das pessoas neste grupo etário residiam basicamente em quatro estados da federação, sendo eles, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010). No Estado de São Paulo, no mesmo período, os idosos correspondiam a 11,6% do total de residentes e, no município de Ribeirão Preto-SP, que possuía uma população de 629.855 habitantes, os idosos representavam 13,5% deste total (IBGE, 2010).

Outra tendência observada como resultado da queda na mortalidade entre as idades mais avançadas é o envelhecimento da população idosa, ou seja, um aumento no número de pessoas com 80 anos ou mais, cujas projeções indicam que passará de três milhões em 2010 para 13 milhões em 2050, e representará 20% da população idosa (CAMARANO, 2014).

Esta situação também é observada no mundo, onde de acordo com a ONU (UNITED NATIONS, 2015), o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050 e aumentar em mais de sete vezes em 2100, o que significa que em 2015, 2050 e 2100, haverá 125, 434 e 944 milhões de idosos muito idosos, respectivamente, no mundo.

Portanto, não há dúvidas de que o envelhecimento populacional é uma realidade para a maioria das sociedades, inclusive no Brasil. Considera-se que uma pessoa envelhece a partir do momento que sua idade aumenta e, assim, pode-se entender o envelhecimento humano como um: “processo irreversível, natural e individual. É acompanhado por perdas progressivas de funções e papéis sociais. É um processo único que depende de capacidades básicas adquiridas e do meio ambiente” (CAMARANO; KANSO, 2011, p. 58).

Para Papaléo-Netto (2011), o envelhecimento humano é um processo dinâmico e progressivo, que se inicia com a concepção e termina com a morte, sendo caracterizado por alterações morfológicas, orgânicas, bioquímicas e psicológicas, que resultam da interação entre a saúde física, mental, independência

funcional, aspectos sociais, suporte familiar e independência econômica. O autor diferencia, ainda, o envelhecimento humano (um processo); da velhice, que é uma fase da vida marcada pela redução da capacidade funcional e de características como calvície, redução da capacidade de trabalho e outras associadas à perda de papel social e perdas diversas.

Ciosak et al. (2011) mencionam que o envelhecimento de cada indivíduo será influenciado por variáveis como sexo, origem, local onde vive, questões familiares, experiências vivenciadas, além de exposição a fatores como tabagismo, nutrição inadequada, estresse, entre outras, que irão contribuir para a qualidade desse processo.

Assim, no processo de envelhecimento humano, algumas alterações biopsicossociais ocorrem como consequência do seu curso normal. No que se refere aos aspectos biológicos do envelhecimento, Moraes (2009) afirma tratar-se de um processo inevitável, de natureza multifatorial, que depende de características genéticas e de alterações que ocorrem em nível celular e molecular, que podem ocasionar diminuição da reserva funcional e sobrecarga de mecanismos de controle homeostático.

Para Ciosak et al. (2011) as alterações biofuncionais começam a acontecer a partir da segunda década de vida, ainda de forma pouco perceptível; no final da terceira década ocorrem as alterações funcionais e estruturais e, é a partir da quarta década, que passa a ocorrer uma perda média de 1%/ano das funções nos sistemas orgânicos. Os autores destacam ainda que as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, que acompanham o processo de envelhecimento normal, em situações habituais, não costumam acarretar problemas para a pessoa, o que se denomina de senescência. Entretanto, a associação neste processo de condições patológicas resultantes de sobrecarga, estresse, acidentes ou doenças, podem provocar situações capazes de interferir no envelhecimento normal e, a isto, denomina-se senilidade (BRASIL, 2006; CIOSAK et al., 2011).

Schneider e Irigaray (2008) ressaltam a importância de se pensar a velhice a partir da relação não somente com os aspectos biológicos, mas também, com os cronológicos, psicológicos e sociais que envolvem o envelhecimento humano enquanto um processo. Acrescentam que, do ponto de vista cronológico, as discussões acontecem a partir da dificuldade em se definir uma população pela idade, pois idade se refere à passagem do tempo, considerando os dias, meses e

anos, mas esta generalização é complexa uma vez que há diferenças significativas entre cada um dos indivíduos idosos. A este respeito, Camarano e Kanso (2011) referem que, ao classificar como idoso a pessoa com 60 anos ou mais de idade, engloba-se pessoas que possuem de 60 a 100 anos ou mais, com níveis diferentes de autonomia, variando desde aqueles independentes até os que requerem cuidados permanentes e cujas trajetórias de vida foram diferentes e, muitas vezes, marcadas por desigualdades sociais, além de diferenças regionais e raciais, entre outras.

O envelhecimento psicológico, por sua vez, é definido por Hoyer e Roodin (2003) como a capacidade dos indivíduos de se adaptarem ao meio, bem como o uso que fazem da memória, da inteligência, do controle emocional e de outros recursos que podem favorecer essa adaptação. Pode ser entendido ainda como um processo que depende da passagem do tempo e do esforço individual pelo autoconhecimento e busca pelo sentido da vida (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Para Schneider, Irigaray (2008), os aspectos psicológicos do envelhecimento dizem respeito também aos comportamentos adquiridos e mantidos ao longo da vida e que irão influenciar no senso subjetivo da idade e a forma como cada indivíduo vivenciará esse processo.

Com relação aos aspectos sociais, em termos práticos, socialmente, um indivíduo é considerado idoso especialmente a partir do momento que deixa de ser economicamente ativo, ou seja, quando se aposenta (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Para Siqueira (2002), na década de 60, o impacto da sociedade sobre o idoso e deste sobre a sociedade foi mostrado na literatura, apontando para as transformações demográficas, políticas e econômicas e as especificidades do processo de envelhecimento contextualizadas por etnia, gênero e classe social.

Ainda, do ponto de vista social, Camarano (2013) aponta que o termo idoso e sua definição carregam um forte poder impositivo e que a sociedade cria expectativas em relação aos papéis a serem desempenhados pelos idosos e exerce formas de coerção para que esses papéis se cumpram, sem considerar as características individuais de cada idoso. Dessa forma, o envelhecimento social pode ser considerado como um conjunto de mudanças relacionadas aos papéis sociais, no qual são esperadas dos idosos, atitudes que correspondam a esses papéis e adotem hábitos e comportamentos condizentes com a faixa etária (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Os mesmos autores acrescentam que a ruptura

com o mercado de trabalho e a aposentadoria são exemplos do que a sociedade espera para o indivíduo quando atingem os 60 anos.

Schmidt e Silva (2012) realizaram um estudo com 117 profissionais (71,4%) e graduandos (28,2%) da área da saúde de um município do interior paulista, com a finalidade de identificar a percepção sobre “o que é o idoso” e “o envelhecimento humano”, os resultados apontaram que o entendimento dos participantes sobre o envelhecimento humano limitou-se às questões biológicas, justificado pelo fato de que esses aspectos são mais visíveis; para 47,8%, o envelhecimento foi conceituado como fase inevitável que ocasiona desgaste, preconceito, limitações e incapacidade física e mental; 22,5% manifestaram uma visão de desvalorização da pessoa idosa e 26,5% apontaram aspectos positivos e negativos acerca do tema. Os autores relataram a necessidade de implementar ações que valorizem o idoso para que haja ruptura de preconceitos e aprimoramento da atenção dispensada a esse segmento.

Para Maia (2011), considerando sua relevância, o envelhecimento deve ser visto como uma questão de saúde pública, devendo ser trabalhado de forma mais abrangente de modo a considerar os aspectos biopsicossociais deste processo. Além disso, investimentos na produção de conhecimento devem ser estimulados com a finalidade de contribuir para a adequação e elaboração de políticas públicas com enfoque nas necessidades da população que envelhece. Isso remete para a importância, cada vez maior de se conhecer a realidade do contexto social e de saúde em que os idosos estão inseridos.

1.2 Saúde, doença e envelhecimento

O rápido envelhecimento da população pode vir acompanhado de um crescente aumento das doenças crônicas que comumente acometem as pessoas com mais idade (MENDES, 2012). De fato, apesar de não estarem obrigatoriamente relacionadas ao envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são frequentemente encontradas entre os idosos, como pode ser observado nos resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), realizada em 2008, que apontaram que 31,3% da população geral possuíam pelo menos uma doença crônica e 5,9% duas ou três; já entre os idosos, 79,1% deles indicaram possuir uma ou mais doenças, sendo que o número de doenças crônicas aumenta na medida em que aumenta a idade (IBGE, 2010).

Estudo desenvolvido por Tavares e Dias (2012), com 2142 idosos do município de Uberaba-MG avaliou, dentre outros aspectos, o perfil de morbidades entre idosos e identificou que a amostra estudada era composta prioritariamente por mulheres (62,5%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (46,4%), casados ou viviam com companheiro (48,9%); 98,3% apresentaram morbidades, tinham em média de quatro a sete doenças, sendo as mais prevalentes os problemas de visão (78,1%), de coluna (63,3%), a hipertensão arterial (60,9%) e as varizes (53,1%). Os autores chamam a atenção para a importância dos serviços de saúde realizarem o acompanhamento desses idosos com a finalidade de prevenir complicações resultantes das doenças crônicas.

Outra investigação conduzida nos estados da Bahia e de Santa Catarina para identificar o perfil de morbimortalidade entre idosos, no período de 1996 a 2007, com base no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), revelou o predomínio de doenças do aparelho circulatório, respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, aparelho digestivo e geniturinário (GIRONDI et al., 2013).

Pedrazzi, Rodrigues e Schiavetto (2007) identificaram as morbidades referidas e avaliaram a capacidade funcional de 47 idosos que tiveram seu primeiro atendimento em uma clínica geriátrica de um Hospital Escola de Ribeirão Preto, SP. Observaram que as principais morbidades mencionadas foram: hipertensão (61,7%); problemas de coluna (49,0%), problemas para dormir (38,3%), problemas cardíacos

(38,3%), má circulação (38,2%), osteoporose (36,2%); artrite/artrose (31,9%); diabetes mellitus (27,7%); acidente vascular cerebral (27,6%) e incontinência urinária (25,5%). Os autores identificaram também que as mulheres referiram número maior de morbidades e sofreram mais influência para execução das atividades da vida diária.

Embora os idosos sejam considerados o principal grupo de risco para as DCNTs, destaca-se o aumento do número de jovens e pessoas de meia idade com problemas crônicos (GOULART, 2011). Assim, estas doenças se constituem em um importante problema de saúde pública, sendo responsáveis por 72% das causas de morte no Brasil e 80% das internações hospitalares (BRASIL, 2011). Isto porque as DCNTs são multifatoriais, possuem início e evolução lentos, geralmente não têm cura e podendo ocasionar vários sintomas e até a perda da capacidade funcional (MENDES, 2012).

Para o sistema de saúde, as DCNTs acarretam custos direto e indireto, pois passam a predominar doenças com evolução mais lenta e tratamento duradouro que repercutem no aumento da frequência e do número de internações hospitalares, bem como do tempo de ocupação dos leitos (VERAS, 2009).

De acordo com Goulart (2011), as doenças crônicas podem ocasionar para a pessoa, sofrimento, incapacidade e aumento no número de anos de vida perdido, além de elevar os custos para o sistema de saúde. No entanto, para Ramos (2003), nem todos os idosos com doenças crônicas ficam incapacitados e muitos conseguem viver uma vida dentro dos padrões da normalidade, desde que tenham suas doenças controladas. Para o autor, a saúde do idoso pode ser entendida como:

[...] resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003, p. 794).

Assim, o desequilíbrio entre estes fatores pode comprometer a capacidade funcional do idoso, que pode ser entendida como a possibilidade de manter habilidades físicas e mentais imprescindíveis para se viver com autonomia e independência (GORDILHO et al., 2000). A autonomia denota a habilidade de

controlar e decidir sobre como se deve viver, de acordo com suas próprias regras e preferências enquanto a independência significa ser capaz de realizar atividades diárias de forma satisfatória, com alguma ou nenhuma ajuda de terceiros (OMS; OPAS, 2005).

Dessa forma, avaliar a capacidade funcional do idoso é importante para verificar suas habilidades para desenvolver atividades cotidianas, bem como conhecer suas reais necessidades de ajuda para executá-las. Esta avaliação envolve a realização das atividades de vida diária (AVDs) que compreende as atividades básicas da vida diária (ABVDs), cujas tarefas estão relacionadas ao autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que se referem ao convívio social e possuem um nível de complexidade maior que as atividades básicas (BARBOSA et al., 2014; BRASIL, 2007).

Entre os instrumentos que permitem esta avaliação destacam-se: o Índice de Katz, proposto por Sidney Katz (1963) e adaptado para o contexto brasileiro por Lino et al., (2008), que avalia o desempenho do indivíduo para a realização das ABVDs, tais como, alimentar-se, tomar banho, vestir-se, transferência e controle de esfíncteres; e a Escala de Lawton e Brody (1969) adaptada para a realidade brasileira por Santos e Virtuoso Jr. (2008) e mede o desempenho para as AIVDs, representadas pelo uso do telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar as próprias refeições, executar trabalho doméstico, usar medicamentos e manusear dinheiro. Os resultados das avaliações classificarão o idoso em dependente ou independente, em graus maiores ou menores, e é este grau de dependência que determinará os tipos de cuidado e apoio necessários (DUARTE, 2003).

No estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) realizado com 2143 idosos residentes no município de São Paulo-SP, no ano 2000, no que se refere ao desempenho funcional, os resultados mostraram que 19,6% dos idosos apresentaram dificuldades para realizar pelo menos uma ABVD e 25,6% em pelo menos uma AIVD, sendo possível observar ainda que o desempenho dos idosos para as AVDs esteve associado à idade avançada e ao sexo feminino (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Em 2006, com o objetivo de avaliar a evolução das condições de vida e de saúde, 1115 idosos da amostra anterior foram reavaliados e os resultados mostraram uma piora no desempenho para a realização tanto das ABVDs quanto das AIVDs, sendo que para algumas delas, a porcentagem de idosos com dificuldades para executá-las foi quase o dobro (LEBRÃO et al., 2008).

Estudo de base populacional, desenvolvido por Barbosa et al. (2014), que avaliou a capacidade funcional e as características relacionadas à incapacidade de 329 idosos cadastrados em um Programa de Saúde da Família de Montes Claros-MG, mostrou que 61,9% deles eram independentes para as ABVDs e AIVDs; 25,9% relataram dependência apenas para as AIVDs, dependência esta que esteve relacionada à idade (≥ 75 anos), ao sexo feminino e presença de doença cardíaca. Já entre os idosos que mencionaram dificuldades na realização de ambas as atividades (12,2%), foram encontradas associações com faixa etária (≥ 75 anos), viver sem companheiro e ter tido três doenças crônicas. Segundo os autores, a capacidade funcional é um fator que influencia na qualidade de vida dos idosos e embora a maioria da população estudada tenha sido considerada independente para as AVDs, observou-se que uma parcela significativa dos idosos estudados apresentava dependência para tais atividades.

Investigação conduzida na Espanha e que avaliou 598 idosos, com 65 anos ou mais de idade e usuários de um serviço de saúde local, com o objetivo de estabelecer a relação entre as variáveis sociodemográficas, o estado geral de saúde e a dependência para as ABVDs e AIVDs, mostrou que 34,6% dos idosos foram classificados como dependentes em pelo menos uma ABVD e, em relação às AIVDs, 46,5% eram independentes, 36,5% parcialmente dependentes e 5,5% totalmente dependentes, sendo encontrada associação entre maior idade, sexo feminino, presença de morbididades e a maior dependência para as AVDs (MILLÁN-CALENTI et al., 2010).

De acordo com Paula et al. (2015), o processo de envelhecimento quando acompanhado por doenças crônicas, além de comprometer a capacidade funcional, pode trazer prejuízos para a cognição e o estado de humor que, conseqüentemente, vão refletir na qualidade de vida dos idosos.

Em relação à cognição, o envelhecimento normal pode acarretar uma modificação nas funções cognitivas, mas seu início e progressão são variáveis e dependem de fatores educacionais, de saúde, da personalidade, do nível intelectual e mental do indivíduo (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2011).

De acordo com o *Centers for Disease Control and ALZHEIMER ASSOCIATION* (2007), a saúde mental envolve o funcionamento emocional, a capacidade de pensar, raciocinar e lembrar-se e, embora não haja um consenso sobre a definição de saúde cognitiva, especialistas concordam que ela inclui

domínios como linguagem, pensamento, memória, função executiva (capacidade de planejar e executar tarefas), julgamento, atenção, percepção, capacidade de manter habilidades (por exemplo, lembrar-se como dirigir) e objetivos na vida.

Assim, a cognição é um aspecto fundamental para favorecer a independência e autonomia dos idosos e existem, na literatura, instrumentos capazes de avaliá-la. Um dos mais utilizados para rastreamento de declínio cognitivo é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), proposto por Folstein et al. (1975). Sua avaliação envolve questões agrupadas em categorias como orientação temporal, espacial, registros de palavras, atenção, cálculo e memória, linguagem e capacidade construtiva visual (BRUCKI et al., 2003).

O MEEM é utilizado amplamente em pesquisas com a finalidade de avaliar a cognição dos idosos. Uma investigação realizada utilizando dados do Estudo SABE, de 1413 idosos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de São Paulo-SP, no ano de 2006, com o objetivo de identificar os fatores associados ao desempenho cognitivo em idosos que não apresentavam declínio nesta função, mostrou que os idosos mais jovens (60 a 74 anos) apresentaram melhor desempenho no MEEM, o que esteve associado ao melhor desempenho funcional e participação em atividades sociais (SILVA, 2011).

Em um estudo de base populacional que investigou a associação entre idade, sexo, escolaridade e declínio cognitivo entre 1461 idosos do município de Bambuí-MG, durante um período de 10 anos, em que a cognição foi avaliada anualmente mediante aplicação do MEEM, encontrou-se que as reduções mais rápidas dos escores do MEEM foram observadas entre as mulheres idosas, os com maior escolaridade e os com idades mais avançadas (CASTRO-COSTA et al., 2011).

Quanto ao estado de humor, a presença de sintomas depressivos também se constitui em um importante aspecto a ser considerado na avaliação global do idoso (Paula et al., 2015). Frequentemente a depressão aparece associada a outras doenças crônicas, comprometendo a qualidade de vida, podendo levar o idoso ao isolamento social (CARVALHO, 2010).

Depressão pode ser definida como a alteração no estado de ânimo do indivíduo, por período de tempo superior a duas semanas e que pode ocasionar perda ou diminuição de energia e interesse para realizar atividades cotidianas, sensação de inutilidade, desempenho social e ocupacional prejudicados, além de

ideias recorrentes de morte ou suicídio (SMELTZER et al., 2008).

Para o rastreio da presença de sintomas depressivos entre idosos há algumas escalas disponíveis, sendo uma delas, a Escala de Depressão Geriátrica-EDG, proposta por Yesavage et al. (1983) e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). Trata-se de uma escala de fácil aplicação e boa aceitabilidade.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde identificaram que, no ano de 2013, 11,2 milhões de brasileiros possuíam depressão, com maior prevalência da doença observada entre os idosos na faixa etária de 60 a 64 anos de idade (IBGE, 2014).

Estudo realizado com 1656 idosos de Florianópolis-SC analisou a prevalência e os fatores associados aos sintomas de depressão entre eles, sendo a prevalência dos sintomas avaliada pela aplicação da EDG; os resultados evidenciaram que 23,9% dos idosos apresentaram sintomas depressivos e os fatores associados a esta condição foram a baixa escolaridade (analfabetos e aqueles com um a quatro anos de estudo), a idade (80 anos ou mais) e a perda econômica; já a participação em grupos de convivência apresentou efeito protetor, apontando para a importância da rede social na saúde e prevenção de doenças como depressão (BORGES et al., 2013).

Uma meta-análise desenvolvida por Castro-de-Araújo et al. (2013) identificou estudos com alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos. O estudo envolveu pesquisas realizadas em várias regiões do país, com diferentes tipos de instituições (públicas e privadas), e os resultados encontrados indicaram a presença de sintomas depressivos de 20% a 50% em idosos que realizavam acompanhamento ambulatorial e de 23% a 42% em idosos internados. Os autores do estudo chamam a atenção para o fato de que as pesquisas envolvidas na meta-análise utilizaram diferentes instrumentos para identificar a presença de sintomas depressivos entre idosos, o que pode ter contribuído para a alta prevalência encontrada.

Estudo recente desenvolvido com 639 idosos residentes em Montes Claros-MG, que buscou avaliar a prevalência e fatores associados à presença de sintomas depressivos em idosos com 60 anos ou mais, revelou que 27,5% dos entrevistados apresentaram a presença de sintomas de depressão e entre os fatores relacionados destacaram-se: não ter companheiro(a), não saber ler, ter percepção negativa sobre a própria saúde e ser tabagista (RAMOS et al., 2015).

Li, Theng e Foo (2015) avaliaram 162 idosos com 65 anos ou mais residentes em Cingapura com a finalidade de conhecer os fatores de risco para a depressão e a relação com fatores psicossociais, encontraram que a média de idade foi de 72,1 anos, a maioria dos entrevistados era mulheres (75,9%), com baixa escolaridade (71,4%), casadas ou viviam com companheiros e filhos (78,4%), sendo a prevalência de depressão de 34,6% e os fatores associados com a presença da doença foram a solidão e a menor percepção do suporte familiar.

Segundo Oliveira, Gomes e Oliveira (2006), a depressão afeta a qualidade de vida dos idosos, ocasionando mudanças no estilo de vida, na situação econômica quando ficam impossibilitados de trabalhar e privação nos relacionamentos interpessoais. A este respeito, Ramos et al. (2015) apontam que a depressão é um problema de saúde frequente entre idosos e, portanto, é necessária atenção adequada à situação, devido ao impacto negativo que traz para os diversos aspectos da vida do idoso e de sua família, acrescentam que a depressão ocasiona comprometimento da saúde física, dificuldade no manejo de doenças quando há outras patologias associadas, maior utilização dos serviços de saúde e aumento do risco de morte.

Neste sentido, Geib (2012) destaca que a saúde pode ser afetada por vários fatores, dentre eles, pelas características do contexto social em que a pessoa está inserida, acrescenta que os aspectos que repercutem na qualidade de vida e independência dos idosos podem ser considerados a partir de três níveis: o estrutural, que envolve as mudanças demográficas e o perfil de morbidade; o intermediário, que engloba as condições de vida e trabalho e seu impacto na saúde atual e o proximal, que aborda o comportamento e estilos de vida de maior risco. Ainda segundo a autora, para alcançar a saúde e minimizar o impacto das doenças crônicas, são necessárias ações que atuem sobre esses determinantes da saúde.

Dessa forma, o prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado muitos questionamentos sobre os diversos aspectos que influenciam a saúde dos idosos, assim, torna-se essencial conhecer o idoso em sua totalidade, envolvendo aspectos demográficos, sociais e de saúde para que se possa desenvolver estratégias e ações para melhorar a qualidade de vida desses idosos.

1.3 Aspectos sociais do envelhecimento

O aumento do número de idosos na população trouxe importantes transformações para as famílias e sociedade. Segundo Küchemann (2012), a família, até pouco tempo atrás, entendida como pessoas que residem sob o mesmo teto e que mantêm entre si relação de afinidade e/ou de parentesco, vem assumindo novas configurações e não está mais representada pelo homem como chefe da família e a mulher como responsável pelo lar e cuidado com os filhos. Acrescenta que a família tradicional vem perdendo suas antigas configurações e assumindo novos arranjos. Cabe mencionar que novas formas de organização denominada de arranjos familiares, englobam as pessoas que vivem sob o mesmo teto e com as quais se mantém algum tipo de vínculo (WILMOTH, 2000).

A diminuição no tamanho das famílias, uma consequência da queda nas taxas de fecundidade, associada ao aumento da longevidade, contribuíram para a formação de novos arranjos familiares (ARANTES et al., 2010). A média de filhos entre as mulheres brasileiras no período de 2005 a 2010 foi de 1,9 filhos, menor taxa encontrada entre os países da América Latina, exceto Cuba, que apresentou média de 1,5 (BANCO MUNDIAL, 2011). De fato, dados apresentados pelo IBGE (2011) evidenciam a redução no número médio de filhos entre a população brasileira, que em 1960 era de seis filhos por mulher, passando para 1,9 em 2010, com previsão de queda para 1,5 em 2028.

Documento da Organização das Nações Unidas sobre o padrão e tendências das condições de vida dos idosos no mundo apontou que uma em cada sete pessoas idosas vivia sozinha (90 milhões), e destas, aproximadamente dois terços eram mulheres, além disso, observou-se uma tendência de idosos morando sozinhos ou apenas com o cônjuge, especialmente nos países desenvolvidos (UNITED NATIONS, 2005).

No Brasil, em 2001, as residências compostas por apenas uma pessoa representavam 9,2% e, em 2011 aumentaram para 12,4%, sendo que mais da metade (51,2%) das pessoas que viviam sozinhas eram mulheres e 42,3% tinham 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2014). Para Camarano e Kanso (2010), paralelamente às transformações na estrutura das famílias, também ocorreram

mudanças no sistema de valores, o que implica em maior individualismo e valorização da vida independente, aspecto que favorece, entre outros, o aumento no número de pessoas morando sozinhas.

Camargos, Rodrigues e Machado (2011) relataram que morar sozinho pode representar uma alternativa para idosos que queiram manter sua autonomia e independência ou, pode também ser a única opção para aqueles que apesar de se sentirem só ou abandonados, não possuem pessoas com quem coabitar. Concluem que, a composição familiar, o número de filhos, a viuvez e as separações são alguns fatores que podem impulsionar esse tipo de arranjo entre os idosos.

Dessa forma, morar sozinho não necessariamente deve ser considerado como abandono ou descaso por parte de familiares, podendo representar autonomia desde que os idosos disponham de boa saúde, condições financeiras favoráveis e mantenham contato frequente com familiares (KÜCHEMANN, 2012).

Pesquisa envolvendo 1547 idosos de Porto Alegre-RS e Manaus-AM avaliou as características sociodemográficas, de saúde e estilo de vida de indivíduos com 60 anos ou mais que moravam sozinhos e os resultados apontaram que sexo feminino, renda individual maior que dois salários mínimos e menor número de filhos estavam associados à maior probabilidade da formação deste tipo de arranjo (CAUDURO; GONÇALVES; CAUDURO, 2013).

Estudo desenvolvido na Coreia que comparou a saúde física, a autoestima, o suporte familiar e os comportamentos saudáveis entre idosos vivendo sozinhos e aqueles que viviam com suas famílias, revelou melhores índices para as variáveis estudadas entre os idosos que viviam com familiares, ressaltando-se que os participantes do estudo que viviam sozinhos, representavam 18,7% do total da amostra de idosos coreanos (SOK; YUN, 2011).

Outra investigação conduzida na Itália com 302 idosos que realizavam acompanhamento em um ambulatório de Geriatria, com o objetivo de identificar as características sociais, funcionais e clínicas dos idosos e a correlação com fragilidade, mostrou que a média de idade encontrada foi de 82 anos e entre aqueles que viviam sozinhos, incluindo os frágeis, identificou-se menor disponibilidade de apoio, maior vulnerabilidade social e financeira, além de maior risco de depressão e demência subdiagnosticada (BILLOTA et al., 2010).

De acordo com Serbim (2012), idosos que vivem sozinhos estão mais suscetíveis à morbidades e mortalidade, demandando atenção maior dos serviços

públicos. No Brasil, a responsabilidade com o idoso que necessita de cuidado recai prioritariamente para a família e não existe, por parte do Estado, programas efetivos que possam atender a população que não possui apoio familiar (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Outra tendência observada na atualidade é a existência de domicílios em que se registra a presença de duas ou três gerações corresidindo. Para Camarano et al. (2004), as famílias com idosos podem ser divididas em: “família de idosos”, na qual o idoso é o chefe da família ou cônjuge e, “família com idosos”, aquela em que os idosos possuem relação de parentesco com o chefe ou cônjuge. Ainda, segundo as autoras, muitas pessoas com 60 anos ou mais permanecem como chefes ou responsáveis pelo domicílio, contribuindo com sua renda, proveniente da permanência no emprego ou de benefícios previdenciários.

Considera-se “chefe ou responsável pelo domicílio” a pessoa de referência na casa, embora por muito tempo essa denominação tivesse sido relacionada à figura que representava autoridade e a que mais contribuía financeiramente, papel este tradicionalmente atribuído ao homem (IBGE, 2013).

Minayo (2012) aponta que no Brasil, 87% dos homens idosos são chefes de família e mais da metade deles contribui com sua renda para o orçamento familiar. As mulheres, por sua vez, tendem a manter seu papel de cuidadoras, mas em muitos casos, também são as chefes do domicílio (KÜCHEMANN, 2012).

Ainda segundo Minayo (2012), nas famílias “de idosos”, registra-se a presença de filhos que têm adiado a saída da casa dos pais, o que no Brasil, tem acontecido em média aos 26 anos. Pedrazzi (2008) aponta que as transformações econômicas e sociais que vinham ocorrendo no país faziam com que muitos filhos retornassem à casa dos pais, acompanhados de suas novas famílias, embora esta situação muitas vezes não esteja relacionada a uma necessidade do idoso. No entanto, destaca-se que muitos filhos retornam à casa dos pais após a separação conjugal.

Os diversos arranjos familiares se constituem em importante forma de suporte entre as gerações, pois a ausência da corresidência pode implicar no aumento da demanda por serviços públicos e por políticas sociais, em um momento que se tem verificado uma redução no papel do Estado e o aumento das exigências e responsabilidades por parte das famílias (CAMARANO; GHAOURI, 2002).

Teixeira (2008) refere que o compartilhamento do mesmo espaço físico

influencia nas condições de vida, pois tudo passa a ser dividido (renda, trabalho doméstico, cuidado com crianças, entre outros), assim, de acordo com a autora, há idosos que precisam de cuidados e há aqueles que cuidam.

Merece destaque também os arranjos constituídos a partir da necessidade do idoso, como aqueles em que ele passa a residir com filhos ou outros parentes. Segundo Küchemann (2012), quanto mais elevada a idade, maior a possibilidade deste tipo de arranjo acontecer, pois não é raro estarem associados à doenças, dependência física ou financeira.

Duarte, Lebrão e Lima (2005) no que se refere aos arranjos familiares, capacidade funcional e demandas assistenciais, de acordo com os resultados do estudo SABE, encontraram 66 tipos de arranjos familiares e o mais frequente foi o de idosos que residiam com o cônjuge ou filhos (sem netos), seguido de idosos que residiam apenas com o cônjuge. Concluíram que para os idosos que apresentavam alguma limitação, os arranjos existentes não estavam suprimindo de forma adequada as suas necessidades.

Em relação aos fatores que determinam a formação de novos arranjos, Ramos, Meneses, Meira (2010) aponta que idosos que vivem apenas com o cônjuge, ou com o cônjuge e filhos têm maior possibilidade de vivenciar uma mudança na constituição desse arranjo do que os idosos que vivem sozinhos, devido à possibilidade de morte do cônjuge. Segundo a autora, estando as mulheres mais expostas ao risco de viuvez, a possibilidade de uma alteração no arranjo familiar entre elas é maior.

Vale destacar que as mudanças que ocorreram na estrutura das famílias também repercutem no cuidado oferecido ao idoso. É consenso que ainda hoje, as famílias se constituem nas principais fontes de apoio a essa parcela da população (DUARTE et al., 2010). Observa-se que, as mudanças na nupcialidade, na taxa de fecundidade e no ingresso das mulheres no mercado de trabalho alterou a capacidade das famílias para oferecerem cuidados aos idosos, pois muitas delas deixaram de exercer o antigo papel de cuidadora, passando a assumir a função de provedora (CAMARANO; LEITÃO, 2010). As mesmas autoras acrescentam que ao mesmo tempo em que as famílias possuem mais recursos financeiros para pagar pelos cuidados, possuem menor tempo disponível para ofertá-lo diretamente. Estimativas mostram que, em 2020 no Brasil, duplicará o número de pessoas sendo cuidadas por não-familiares, com possibilidade crescente de aumento nas décadas

seguintes (BANCO MUNDIAL, 2011).

Outro fato que merece ser mencionado é o aumento da população feminina entre os idosos, situação que é verificada em todo o mundo. Globalmente, para cada 100 mulheres idosas, existem 84 homens idosos e, entre o grupo de idosos mais velhos, esta situação é ainda mais evidente, pois para cada 100 mulheres com 80 anos ou mais há 61 homens (UNFPA, 2012).

No Brasil, de acordo com dados do censo de 2010, as mulheres representavam 55,5% da população idosa e, 61,0% dos idosos com mais de 80 anos (IBGE, 2011). Ao mesmo tempo em que as mulheres estão em vantagem por viverem mais que os homens, elas estão mais expostas à violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, trabalho, segurança e poder político e, essas desvantagens levam a crer que as mulheres têm mais possibilidade de terem uma condição econômica desfavorável e de apresentarem problemas de saúde e incapacidades (LEBRÃO, 2007). Dessa forma, é importante ressaltar que as relações de gênero influenciam o processo de envelhecimento, fazendo com que homens e mulheres vivenciem essa fase de forma diferente (UNFPA, 2012).

Outro aspecto relevante, como decorrência das mudanças no processo de envelhecimento, refere-se à chegada da aposentadoria e a decisão de interromper ou permanecer inserido no mercado de trabalho.

Para Guimarães (2012), seja como necessidade ou opção, a inserção de idosos no mercado de trabalho constitui uma forma de preservação da autonomia e renda auxiliar, já que com ela, muitos continuam contribuindo com o orçamento individual e familiar. Alguns fatores influenciam o retorno ou a permanência do idoso no mercado de trabalho, sendo eles: renda familiar, número de filhos, posição do idoso na família, além de fatores culturais e nível educacional, entre outros (DAMASCENO; CUNHA, 2011).

Para Muniz e Barros (2014), muitos idosos retornam ou permanecem inseridos no mercado de trabalho, pois o valor da aposentadoria não é suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família, considerando o custeio de despesas básicas como alimentação, medicamentos, moradia, transporte e outros. Em relação à renda, os maiores rendimentos observados entre os idosos são para aqueles que, mesmo aposentados, ainda trabalham (CAMARANO, 2006).

Dados censitários do ano de 2010 apontam que 77,0% dos idosos que

não trabalhavam dependiam exclusivamente de benefícios sociais e previdenciários para viver e contribuíam para a renda de 23,4% das famílias brasileiras (IBGE, 2011).

Dados do IBGE (2014) apontam que 76,3% das pessoas com 60 anos ou mais recebiam algum benefício da previdência social, sendo que 76,2% dos homens e 59,4% das mulheres eram aposentados e 7,8% acumulavam aposentadoria e pensão; no entanto, 23,7% não recebiam nenhum benefício previdenciário e isto se deve principalmente ao fato da inserção no mercado de trabalho, sem qualquer cobertura previdenciária.

Embora a aposentadoria tenha como premissa a garantia de direitos e inclusão do idoso na sociedade, do ponto de vista econômico ela não permite o atendimento satisfatório de suas necessidades básicas de sobrevivência, especialmente entre aqueles mais pobres, que no geral, vivenciam o envelhecimento com doenças e com incapacidades associadas e, que conseqüentemente dependem mais do Estado, das famílias e das políticas públicas (FERNANDES; SANTOS, 2007).

Diante do exposto, é necessário garantir o bem estar dos idosos e seus direitos fundamentais, assim é essencial que o Estado adote medidas necessárias para assegurar uma infraestrutura nos vários âmbitos de atuação das políticas públicas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

1.4 Políticas públicas para o envelhecimento

A discussão sobre o crescimento da população idosa no Brasil não é recente e muito se comenta sobre a necessidade da sociedade em se adaptar a essa situação, em termos econômicos, sociais, políticos, previdenciários e outros (SOUZA, 2010). De forma geral, o país tem se organizado na tentativa de responder às necessidades da população na medida em que ela envelhece (FERNANDES; SOARES, 2012).

Ao pensar em políticas públicas para o idoso, deve-se considerar todos os fatores envolvidos e necessários para um envelhecimento saudável, isto é,

alimentação, saúde, moradia, renda, trabalho, educação, saneamento, entre outros (BULLA; TSURUZONO, 2010).

O Brasil desde 1982 compartilha dos princípios do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, reconhecido como o primeiro compromisso internacional que valoriza a importância da contribuição dos idosos para o desenvolvimento da sociedade (KALACHE, 2008).

A legislação brasileira é abrangente no que se refere às garantias e proteção das pessoas com 60 anos ou mais de idade. Os principais avanços ocorreram com a Constituição Federal de 1988 que, dentre outras coisas, incorporou o conceito de seguridade social fazendo com que a proteção social deixasse de estar relacionada ao trabalho e adquirisse a ideia de direito de cidadania (CAMARANO; PASINATO, 2007).

A Constituição Federal de 88 (BRASIL, 1988) trouxe também a garantia de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, bem como os direitos sociais, autonomia, integração e participação comunitária, assegurando também o direito à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à Assistência Social.

No que se refere à saúde, além da regulamentação do SUS, foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional do Idoso que reafirma seu direito à saúde nos diferentes níveis de complexidade. Em 1999 é anunciada a Política Nacional de Saúde do Idoso, que aponta possíveis problemas que podem acometer os idosos e prejudicar sua capacidade funcional (BRASIL, 1999).

Em 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, como resultado de intensa mobilização da sociedade, com a finalidade de construir um instrumento legal para regulamentar os direitos das pessoas idosas nas várias dimensões, reunir as leis e políticas já existentes e incorporar novos elementos para garantir a proteção integral do idoso (CAMARANO, 2013). Em seus artigos iniciais, o Estatuto reafirma os preceitos constitucionais de garantia dos direitos fundamentais e apresenta o envelhecimento como um direito personalíssimo e sua proteção como um direito social (BRASIL, 2003). Dentre os principais direitos estabelecidos estão o direito à vida, saúde, trabalho, previdência, assistência social, educação, lazer, moradia e cultura, prevendo também punições para atos de violação dos direitos dos idosos, o que pode ser considerado como um avanço. Em 2006 é elaborado o Pacto pela

Saúde que, dentre suas ações prioritárias, estabelece implantar a Política Nacional do Idoso buscando ação integral (BRASIL, 2006).

Na área social, os direitos dos idosos garantidos na Constituição de 1988 foram regulamentados pela Lei Orgânica da Assistência Social e, posteriormente ratificados pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004). Entre os benefícios previstos, está o Benefício de Prestação Continuada, que consiste na garantia de um salário mínimo mensal ao idoso ou à pessoa com deficiência que não tenham condições de manter a própria subsistência, nem tê-la provida por sua família, e que possuam renda familiar per capita de até 25% do salário mínimo (BRASIL, 2004). Ressalta-se que este benefício independe de contribuição previdenciária, uma vez que, está vinculado à política de assistência social.

Sposati (2013) acredita que este benefício pouco contribui para a cidadania dos idosos, pois quem se encontra nessa situação possui tantas necessidades básicas não atendidas que esta renda acaba sendo insuficiente para satisfazer as necessidades humanas de alimentação, moradia, segurança e outras. Dessa forma, Medeiros, Diniz e Squinca (2006) reafirmam que o Benefício de Prestação Continuada não contempla todas as necessidades dos idosos e, por ser individualizado, não há programas que simultaneamente protejam os idosos e seus cuidadores. Acrescentam ainda que, do ponto de vista social e econômico, isto é importante, pois a função de cuidador normalmente é exercida por mulheres, e esta atividade acaba restringindo a participação destas no mercado de trabalho, comprometendo os direitos sociais como aposentadoria e outras formas da seguridade social.

As leis e medidas elaboradas pelo Estado têm como objetivo proteger e amparar os idosos, mas apesar dos importantes avanços contemplados na legislação, muitos desses direitos ainda não foram, na prática, assegurados no cotidiano dessa população (BULLA; TSURUZONO, 2010).

No que se refere ao suporte oferecido ao idoso, o Estatuto aponta como primeiros responsáveis, a família, seguida da comunidade e do poder público (BRASIL, 2003). Conforme seu artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Para Küchemann (2012), uma análise mais profunda da realidade social faz com que se perceba que a política social vigente privilegia a redução no papel do Estado, assim, sua responsabilidade e participação, ainda é pontual e reduzida quando comparada às responsabilidades atribuídas às famílias. Neste sentido, é importante que o Estado assuma a sua responsabilidade para a garantia do direito dos idosos adotando medidas que possam garantir seu bem estar e o exercício da cidadania, uma vez que o idoso necessita de um sistema de proteção social que possa suprir suas necessidades e de suas famílias de forma eficaz.

A partir destas considerações, ressalta-se que o papel desempenhado pelas famílias é fundamental, pois estas se constituem ainda como a principal fonte de apoio social aos idosos, e esta relação, dentre outros aspectos, pode fazer com que estes idosos permaneçam inseridos socialmente (PHILLIPS, 2001).

1.5 Rede social, apoio social e envelhecimento

A importância das relações interpessoais para nossas vidas tem se tornado cada vez mais evidente. Buscar e receber ajuda de outras pessoas é uma forma importante de enfrentamento das mais variadas situações (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Segundo os mesmos autores, o interesse no estudo de redes e apoio social tem aumentado, especialmente devido à crença no impacto favorável que acarretam para a saúde e o bem estar dos indivíduos.

Um estudo pioneiro evidenciou a relação entre a ocorrência de suicídios e a ausência de uma rede de relações sociais consistentes, mostrando o aumento do risco de suicídio entre os indivíduos socialmente isolados (DURKHEIN, 1951). No entanto, foi a partir de 1970 que as pesquisas envolvendo apoio social adquiriram destaque. Nesta década, Berkman e Syme's (1979) avaliaram 6928 adultos do Condado de Alameda, estado da Califórnia e realizaram acompanhamento durante um período de nove anos para verificar a relação entre as redes de apoio social e mortalidade. Os resultados mostraram que as pessoas que não tinham laços sociais e comunitários eram mais propensas a morrer do que aqueles com mais contatos. A associação foi encontrada independente do estado de saúde referido, situação econômica, tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Os autores mostraram a

primeira evidência de que as redes sociais estavam diretamente relacionadas com mortalidade entre adultos de 30 a 69 anos.

Outro estudo conduzido durante trinta meses avaliou a mortalidade em um grupo de pessoas com 65 anos ou mais e evidenciou que tanto a falta de laços sociais como a baixa percepção do suporte social, estavam relacionadas com o aumento do risco de mortalidade (BLAZER, 1982). O estudo mostrou ainda que algumas formas de apoio social, como o contato com amigos e colegas também influenciavam no risco da mortalidade, enquanto outras, como o estado marital, não apresentaram nenhuma relação.

Cassel (1974) investigou a relação entre o aparecimento de doenças e o apoio social, com a hipótese de que os indivíduos se tornavam mais suscetíveis à doenças quando havia rompimento de laços sociais. Segundo o autor, as relações sociais afetavam o organismo após situações de estresse, ocasionando uma resposta fisiológica capaz de gerar respostas neuroendógenas que comprometeriam o sistema imunológico e, dessa forma, os laços sociais influenciariam a manutenção da saúde favorecendo condutas adaptativas frente à situações estressantes.

Para Martins (2005), foram estes e outros estudos posteriores que permitiram estabelecer a relação entre rede e apoio social e os efeitos sobre a saúde e bem estar dos indivíduos. Segundo a autora, apesar do crescente interesse nesta área, a definição das terminologias ainda necessita de consenso. Os termos mais utilizados são apoio social e rede social, no entanto, a literatura inclui outros, como relações sociais, integração social, participação social, ancoragem social, rede de suporte formal ou informal, rede natural de ajuda e outros, que muitas vezes são utilizados indistintamente (DUE et al., 1999).

Sluzki (1997) define rede social como o conjunto de todas as relações que uma pessoa possui de forma significativa e que reforça o sentimento de identidade, pertencimento e ação. Meneses (2007) por sua vez, busca explicar o conceito de rede social a partir da metáfora da rede do pescador, que é tecida por vários nós, que representam uma pessoa, um grupo ou uma comunidade e os fios que “amarram” esses nós são as relações, os vínculos e as diversas formas de comunicação existentes.

Para Bowling (1997), a rede social pode ser entendida como o grupo de pessoas com as quais os indivíduos se relacionam, e que podem ou não, oferecer algum tipo de auxílio nas diversas situações durante a vida. Segundo o autor, a rede

é a estrutura pela qual o apoio social é fornecido e, quando integrada, traz como aspectos positivos, o compartilhar de informações, a elaboração de estratégias para o enfrentamento de problemas, entre outros. Acrescenta que a rede social abrange os relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características dessa ligação, sendo que tais características se referem ao número de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato social (parentes, vizinhos ou amigos) e a frequência desses contatos; a presença de um cônjuge ou companheiro e a composição familiar; a participação em atividades sociais em grupo; frequentar alguma religião ou exercer alguma atividade voluntária.

Martins (2002) define rede de apoio social a forma pela qual os relacionamentos humanos se estruturam enquanto sistemas de apoio, objetivando a manutenção e promoção da saúde das pessoas. Para Andrade e Vaitsman (2002), a definição de rede de apoio social envolve a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas: família, amigos, trabalho, escola e comunidade.

Autores como Bowling (1997) e Östergren et al. (1991) enfatizam que as redes sociais são compostas por características estruturais que envolvem desde a quantidade de pessoas com as quais o indivíduo se relaciona e a frequência dos contatos até o envolvimento em atividades sociais, sendo assim especificadas:

1. **Tamanho:** número de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato social;
2. **Dispersão geográfica:** quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato;
3. **Força das ligações:** grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional;
4. **Densidade/integração dos contatos:** quantidade de pessoas próximas;
5. **Composição e homogeneidade dos membros:** nível de semelhança entre os indivíduos (idade, condição socioeconômica, educação e outros);
6. **Simetria:** nível de reciprocidade nos relacionamentos
7. **Enraizamento social:** identificação do indivíduo em seu meio, considerando família, área de moradia, trabalho, grupos sociais dos quais participa.

A rede social é a estrutura pela qual o apoio é fornecido e os efeitos benéficos dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelos indivíduos (GRIEP, 2003).

O apoio social por sua vez, refere-se à dimensão funcional ou quantitativa

da rede e pode ser definido como qualquer informação e/ou auxílio oferecido por pessoas ou grupos que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos (SLUZKI, 1997). Segundo o autor, trata-se de um processo recíproco, que beneficia tanto quem recebe o apoio, quanto aquele que o oferece. Para Caplan (1974), o apoio social é um sistema composto por relacionamentos formais e informais, pelos quais o indivíduo recebe apoio para enfrentar situações causadoras de estresse.

De acordo com Cobb (1976), apoio social é toda informação importante que faz com que o indivíduo se sinta amado, estimado e membro de uma rede mútua de obrigações. O apoio social pode ser entendido ainda como os recursos colocados à disposição por outras pessoas em caso de alguma necessidade. Pode ser avaliado pela percepção individual do quanto essas relações correspondem à satisfação de suas necessidades (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Como se percebe, não há ainda um consenso sobre o conceito de apoio social, no entanto, algumas características são comuns a todos eles, como a existência de um relacionamento e o objetivo de promover o bem-estar. De forma geral, o que é aceito é a importância que os relacionamentos sociais exercem na vida das pessoas (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Segundo esses autores, a disponibilidade de alguém para oferecer auxílio pode proteger os indivíduos de algumas consequências negativas de doenças ou estresse.

Com a finalidade de operacionalizar o conceito de apoio social, Sherbourne e Stewart (1991) propuseram cinco categorias funcionais de apoio:

1. **Apoio material** - caracteriza-se por serviços e recursos materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas (ajuda financeira, empréstimo de utensílios e outros);
2. **Apoio afetivo** - faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceitas pelos outros, o que contribui para melhorar a sua autoestima;
3. **Apoio emocional** - refere-se à disponibilidade de ter alguém com quem se possa falar e inclui condutas que fomentem sentimentos de bem-estar. Está relacionado à empatia, carinho, amor, confiança, estima, escuta e interesse;
4. **Apoio de informação** - compreende o processo pelo qual as pessoas recebem orientações e informações importantes que as ajude a lidar com as mais variadas situações;
5. **Interação social positiva** - refere-se ao convívio com outras pessoas em

atividades sociais e de lazer e que colaborem para o alívio das tensões e que faça com que a pessoa sinta-se participante de determinada rede social.

Considerando a dificuldade no consenso sobre o conceito de apoio social, neste estudo será adotada a definição proposta por Carneiro (2014, p.13), a “relação em que há interação entre pessoas ou grupos os quais estabelecem vínculos que proporcionam apoio nas dimensões material, afetiva, emocional, informação e de interação”.

Dunst e Trivette (1990) apontam a importância de diferenciar apoio social formal e informal. Mencionam que o apoio formal envolve as instituições que ofertam os serviços (públicos e privados) e os profissionais que oferecem algum tipo de assistência aos indivíduos (médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros); já o apoio informal, por sua vez, abrange indivíduos (familiares, amigos, vizinhos) e grupos sociais (igrejas, clubes, associações de moradores) que podem oferecer apoio no cotidiano como resposta a acontecimentos da vida.

Domingues (2004) ressalta o papel das famílias, vizinhos e comunidade no apoio social oferecido ao idoso. Para a autora, a família ocupa um papel essencial nas situações decorrentes do envelhecimento, no entanto, com as mudanças ocorridas nas famílias nos últimos anos, a participação de vizinhos e amigos também é relevante para uma rede eficiente e ativa de proteção ao idoso.

De acordo com Ramos (2002), o apoio vindo de familiares e amigos minimiza o efeito do estresse em indivíduos mais velhos e tem uma influência positiva no bem-estar psicológico. No entanto, as pessoas idosas são mais suscetíveis ao isolamento social quando comparadas a outros grupos etários, pois perdem mais amigos, cônjuges e parentes, tornando-se mais vulneráveis à solidão e a um grupo social menor (Lima-Costa et al., 2000).

Para Domingues et al. (2012), avaliar o apoio social é essencial a partir da visão do indivíduo, para que seja possível identificar a composição, a função e a qualidade da rede de apoio social. Medir a estrutura da rede, possibilita identificar o quanto um indivíduo está socialmente envolvido com outras pessoas, seu grau de integração social ou isolamento e, neste sentido, alguns instrumentos possibilitam essa análise e um deles, é a escala de apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS) (SHERBOURNE et al., 1991). Griep et al. (2003) avaliaram os níveis de confiabilidade e, posteriormente realizaram a validade de constructo dessa escala

(GRIEP et al., 2005). A escala é composta por 19 itens que avaliam cinco dimensões (material, emocional, interação social positiva, afetiva e informação) do apoio social, sendo que quanto maior a pontuação, maior o apoio social.

Diferenciações também são apresentadas em relação aos conceitos de apoio social percebido, recebido e avaliado. O primeiro refere-se ao apoio que o indivíduo reconhece como disponível caso necessite dele, enquanto o segundo diz respeito ao apoio oferecido por alguém (CRAMER; HENDERSON; SCOTT, 1997). Os autores também definem o apoio social avaliado, que envolve a percepção do indivíduo sobre o suporte recebido como sendo satisfatório ou não. Neri e Vieira (2013), acrescentam que o apoio social percebido pode ser entendido, ainda como a percepção do indivíduo em relação aos aspectos que envolvem a qualidade, adequação e frequência dos recursos colocados à sua disposição quando necessitam de auxílio, considerando para tanto, as suas necessidades.

Martins (2005) enfatiza que a percepção do apoio social é influenciada por aspectos cognitivos e comportamentais. Acrescenta que as percepções dos indivíduos sobre o apoio social e a sua disponibilidade dependem de variáveis relacionadas ao que acontece nas suas relações sociais, aos aspectos da sua própria personalidade (como a capacidade individual para comunicar as suas necessidades e pedir auxílio à sua rede social), além de aspectos cognitivos.

Assim, outro aspecto importante a ser considerado na avaliação do apoio social do idoso é a satisfação com o apoio recebido. Joia, Ruiz e Donalisio (2007) definem satisfação como fenômeno subjetivo e, portanto, complexo e de difícil mensuração, cujos resultados sofrem influência das experiências vividas pelos indivíduos.

Pinto et al. (2006) apontam que o apoio social é um conceito ainda em construção, que envolve a estrutura da rede de apoio, sua adequação e o grau de satisfação do indivíduo com o apoio social recebido. Para a avaliação da satisfação com o apoio social há poucos instrumentos disponíveis na literatura, e neste estudo, optou-se por utilizar a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) proposta por Pais-Ribeiro (1999), que tem a finalidade de avaliar a percepção do apoio social, considerando ser este um aspecto fundamental relacionado à qualidade de vida e bem-estar da pessoa.

Dessa forma, entende-se que o apoio social e a avaliação da satisfação do indivíduo com o apoio recebido são importantes, especificamente no caso dos

idosos, pois se acredita que, por meio dele, os idosos possam se sentir mais amados e seguros para lidar com problemas (RAMOS, 2002).

De forma geral, há um consenso no papel fundamental que os relacionamentos sociais exercem na vida das pessoas (COBB, 1976; SHERBOURNE; STEWART, 1991). Os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são suficientemente conhecidos, mas a ajuda recebida e oferecida pode contribuir para o senso de controle pessoal que influencia o bem-estar, possibilitando melhores condições de saúde (PINTO et al., 2006).

Apesar do envelhecimento não ser sinônimo de doenças ou incapacidades, nesta fase da vida é comum as pessoas estarem mais susceptíveis aos problemas de saúde e necessitarem de algum tipo de apoio (CAMARGOS et al., 2008). No entanto, o idoso não é apenas receptor de cuidados de outras pessoas, pois muitas vezes, também oferece apoio aos seus familiares (CAMARANO; PASIANTO, 2007). Os idosos, quando integrados em redes, podem revelar-se como um alicerce fundamental de sustentação das mesmas, pois em muitos casos, oferecem apoio financeiro, emocional e contribuem na realização de tarefas domésticas e cuidados com os netos (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

Em pesquisa realizada com 52 idosos residentes na área rural do município de Taquarituba-SP, Pinto et al. (2006) avaliaram a associação entre o apoio social e as variáveis sociodemográficas e identificaram que o perfil do idoso com menores índices de apoio social foram as mulheres, os analfabetos, os viúvos/solteiros, com rendimento entre um e dois salários mínimos e os que residiam com número reduzido de pessoas; entre os domínios do apoio social, os menores valores foram encontrados para o domínio de interação social positiva, que representa a provisão de recursos práticos.

Investigação conduzida por Lino et al. (2013) avaliou 180 idosos usuários de uma unidade básica do Rio de Janeiro-RJ, com o objetivo de verificar a associação entre o apoio social e as variáveis depressão, autopercepção da saúde, estado civil e doenças crônicas. O apoio social foi avaliado pela aplicação da versão brasileira do *Medical Outcomes Study*. Os resultados mostraram que houve predomínio de idosos do sexo feminino (73,3%) e não casados (55,0%); para os idosos deprimidos (27,0%) o apoio social encontrado atingiu um nível insatisfatório, o que indica que possuem baixo apoio social, no entanto, 74,4% dos participantes avaliaram seu apoio social como satisfatório.

Melchiorre et al. (2013) avaliaram 4477 idosos com idade entre 60 e 84 anos residentes em países europeus (Alemanha, Grécia, Itália, Lituânia, Portugal, Espanha e Suécia) com a finalidade de identificar a associação entre o apoio social e as variáveis socioeconômicas, de saúde e violência contra o idoso. Os resultados evidenciaram que, as mulheres e os idosos que viviam em famílias com maior número de pessoas ou que eram casadas/com companheiro, possuíam mais apoio social, enquanto que aqueles com idade mais avançada e que já haviam sofrido abuso psicológico apresentaram menores índices. Os autores concluíram que níveis mais elevados de apoio social podem representar um fator de proteção para reduzir a vulnerabilidade dos idosos.

Objetivando explorar os efeitos do apoio social na incapacidade de idosos australianos, McLaughlin et al. (2012) avaliaram 2013 mulheres e 680 homens. Os dados foram retirados de dois estudos de corte prospectivos observacionais e os resultados mostraram que, em geral, o tamanho da rede não foi associado à incapacidade, no entanto, a satisfação com o apoio social esteve associada com maiores dificuldades na realização das ABVDs e AIVDs. Também se verificou que as mulheres apresentaram mais doenças crônicas e rede social maior, quando comparadas aos homens e para ambos os sexos, a satisfação com o apoio social estava associada com a capacidade funcional.

A associação entre apoio social e funcionalidade também foi avaliada por Brito e Pavarini (2012), em pesquisa que envolveu 101 idosos cadastrados em unidades de Saúde da Família de São Carlos-SP e os dados evidenciaram que a maioria dos idosos era independente (84,2%) de acordo com o índice de Katz e 58,4% apresentaram dependência parcial pela Escala de Lawton. Em relação ao apoio social, considerando todos os domínios, a média foi de 74,2 e as maiores médias foram para o apoio material e afetivo. Foi encontrada apenas associação significativa entre o apoio emocional (receber demonstrações de afeto, carinho e outros) e a capacidade funcional dos idosos.

Rodrigues e Madeira (2009) apontam que indivíduos viúvos ou separados, que vivem sozinhos ou apenas com os filhos são os que apresentam maior índice de depressão. Ao mesmo tempo, essa população apresenta suporte social mais baixo e menores índices de funcionalidade.

Leite et al. (2008) utilizaram o MOS para avaliar a rede e o apoio social de idosos residentes na área urbana de Alecrim-RS. Os autores evidenciaram que os

idosos possuíam rede de apoio social capaz de fornecer suporte de natureza emocional, afetiva, material e informativa que lhes possibilitava viver de forma mais digna e com qualidade de vida.

Para Ramos (2002), os idosos demonstram maior satisfação e bem-estar quando podem conviver, por livre escolha, com pessoas próximas (cônjuges ou amigos) e não quando se sentem obrigadas a viver com filhos ou parentes, o que pode ser justificado pelo caráter voluntário das relações com pessoas que não são parentes e com os efeitos satisfatórios que isto pode causar. Acrescenta que, embora haja ideias contraditórias sobre os benefícios do apoio social na saúde das pessoas, devido ao fato de que este apoio possa causar excessiva dependência, a teoria de que o apoio social pode promover melhores condições de saúde é predominante.

Assim, estudos com enfoque no apoio social e envelhecimento tem adquirido destaque devido à relação entre os problemas característicos da idade tais como, limitações físicas e cognitivas, além do fato de que, ainda na sociedade, essa população é alvo de segregação e exclusão (MESQUITA et al., 2012).

Em resumo, o apoio social pode contribuir para manter a saúde das pessoas, pois as auxilia a lidar melhor com perdas e problemas cotidianos, além de fazer com que se sintam amadas e apoiadas emocional ou materialmente, despertando sentimentos de autoconfiança, satisfação com a vida, capacidade de enfrentar problemas e repercussões favoráveis para a saúde (GRIEP, 2003).

Considerando a situação apresentada, é essencial a realização de novos estudos envolvendo a rede e o apoio social. Neste sentido, a pesquisa foi planejada a partir dos seguintes questionamentos: Qual a inserção em rede, o apoio social recebido e a satisfação com esse apoio de idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral terciário? Qual a relação entre o apoio social recebido e a satisfação com o apoio social e as variáveis sociodemográficas e de saúde desses idosos?

Esses questionamentos se embasam na hipótese de que nem sempre os idosos possuem apoio social ou estão inseridos em redes de forma suficiente para atender suas necessidades básicas e de cuidado, especialmente aqueles que possuem condição de saúde mais vulnerável. Assim, acredita-se que conhecer como vivem os idosos e com quem podem contar é importante para o aprofundamento do conhecimento sobre o apoio social por eles recebido. Além

disso, a identificação desses aspectos possibilitará direcionar e estruturar a atenção a esse grupo considerando a realidade apresentada por eles. Por ser o Serviço Social uma profissão que atua em constante interação com as políticas públicas e direitos sociais, o conhecimento desta situação pode favorecer a atuação profissional e a implementação de ações especialmente direcionadas aos idosos e/ou a seus familiares

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Analisar a relação entre rede, apoio social, satisfação com o apoio social recebido e as variáveis sociodemográficas, de saúde física e mental, dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

2.2 Específicos

- ✓ Caracterizar os idosos atendidos em um ambulatório de geriatria, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde;
- ✓ Identificar a capacidade funcional e a presença de sinais e sintomas de depressão entre os idosos;
- ✓ Avaliar a rede, o apoio social e a satisfação com o apoio social;
- ✓ Analisar as associações entre a rede social, o apoio social, a satisfação com o apoio social e as variáveis sociodemográficas, de saúde e a capacidade funcional dos idosos;
- ✓ Analisar a correlação entre o apoio social, a satisfação com o apoio social e a capacidade funcional, os sintomas de depressão e a renda dos idosos.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi conduzido utilizando-se o método quantitativo de pesquisa. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório e correlacional.

A pesquisa descritiva correlacional observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, tenta descobrir com a maior precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão, sua natureza e características, já os estudos transversais destacam-se por sua característica de levantar hipóteses, testar associações e analisar os dados coletados em determinado momento, sem período de acompanhamento (ROZENFELD; VALENTE, 2004).

O estudo exploratório inicia-se com um fenômeno de interesse, investiga a natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com idosos acompanhados no Ambulatório de Geriatria de um Hospital Terciário do interior paulista. Trata-se de um hospital de grande porte, alta complexidade e referência para várias especialidades médicas, que atende usuários do SUS, proporcionando atendimentos em âmbito ambulatorial e hospitalar, com enfoque nos cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, além de serviços de diagnósticos e tratamentos complementares em diversas especialidades médicas (SÁ, 2011; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

No Ambulatório de Geriatria são atendidos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com doenças crônicas não transmissíveis, procedentes dos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII. As atividades no ambulatório acontecem semanalmente, às terças-feiras, no período das 12h30 às 18h00 e são atendidos de 30 a 40 idosos por dia. Após a primeira

consulta, os atendimentos são agendados, em média a cada três meses ou, se necessário, em um período menor de tempo.

O atendimento é realizado por médicos residentes da Geriatria (R3 e R4) e da Clínica Médica (R1 e R2) sob supervisão de geriatras contratados e docentes da área. Após o atendimento, os pacientes são encaminhados para a pós-consulta de enfermagem para orientações. Quando necessário, os pacientes procuram espontaneamente o Serviço Social ou são encaminhados pela equipe para avaliação social.

3.3 População e amostra

A população de estudo foi composta pelos idosos atendidos no referido ambulatório, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos e descritos a seguir:

- a) Critérios de inclusão - ter 60 anos ou mais de idade, estar em atendimento no Ambulatório de Geriatria, ser capaz de se comunicar verbalmente e possuir no ato da coleta de dados, condições para compreender as questões contidas no instrumento (avaliada por meio da aplicação do MEEM);
- b) Critérios de exclusão - ser residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos, por considerar que neste tipo de Instituição, os idosos recebem apoio formal por parte dos profissionais e o relacionamento e vínculo com familiares pode ser analisado a partir de perspectivas diferentes da proposta neste estudo.

Para a seleção da amostra foi utilizada a amostragem probabilística (aleatória simples), na qual todos os indivíduos investigados possuem a mesma probabilidade de serem selecionados, o que assegura precisão e eficiência ao processo (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

Dessa forma, foi elaborada uma lista gerada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH – HCRP), com os agendamentos no período de 03 de fevereiro a 26 de maio de 2015, contendo: dia, mês, ano e horário do atendimento, nome e registro dos pacientes que seriam atendidos no referido ambulatório. No período

citado foram relacionados 268 pacientes. Foi realizado o cálculo amostral, assumindo significância de 0,05 e considerando o teste t para duas amostras assumindo o mesmo desvio padrão (21,34). A partir do processo descrito, definiu-se a amostra de 95 indivíduos.

Considerando a possibilidade de perdas de 20%, foram sorteados 119 idosos, destes, sete foram excluídos (não alcançaram o escore mínimo no MEEM, de acordo com sua escolaridade), houve duas recusas e 12 perdas (não responderam ao serem chamados para a entrevista ou faltaram à consulta no dia agendado), dessa forma a amostra foi composta por 98 idosos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da etapa de seleção da amostra.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de 03 de fevereiro a 26 de maio de 2015, por meio de entrevista, conduzida pela própria pesquisadora e por uma mestrande do curso de Pós Graduação do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, devidamente treinada para a aplicação do instrumento. As entrevistas foram realizadas no próprio ambulatório, em uma sala disponível, com o intuito de garantir

a privacidade dos participantes e evitar possíveis interrupções e ruídos. Para tanto, foi utilizado um instrumento composto por:

- 1. Avaliação do estado mental (MEEM) (ANEXO A):** instrumento desenvolvido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994), permite avaliar a função cognitiva e rastrear quadros demenciais (BERTOLUCCI et.al., 1994). Envolve os seguintes aspectos: orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de nove pontos, permitindo um escore total de 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Considerando o reconhecimento da influência da escolaridade sobre o desempenho no MEEM, autores como Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000) e Brucki et al. (2003) adotaram notas de corte diferentes para pessoas com distintos níveis de escolaridade. Neste estudo, optou-se por utilizar a nota de corte conforme proposto por Brucki et al. (2003), isto é, 20 pontos para analfabetos; 25 para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 pontos para cinco a oito anos de estudo; 28 para aqueles com nove a 11 anos e 29 pontos para mais de 11 anos.
- 2. Caracterização do perfil social, demográfico e de saúde dos idosos:** baseou-se em parte (seções A - informações pessoais e demográficas; B - perfil socioeconômico e C - problemas de saúde), do instrumento elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 2006 e utilizado nos estudos de Schiaveto (2008), Pedrazzi (2008), Rossett-Cruz (2009), e Gasparini (2015). Para este estudo, algumas adaptações foram realizadas, procurando adequá-lo aos objetivos propostos. As adaptações consistiram, principalmente, na não consideração de algumas questões referentes a variáveis consideradas de não interesse para a presente pesquisa. Dessa forma a versão proposta ficou assim constituída, seguindo seu sistema de medidas, descritas a seguir (APÊNDICE A).

- Seção A - Informações pessoais e demográficas

Identificação: iniciais e número do registro no hospital;

Idade: dia, mês e ano de nascimento e em anos completos, posteriormente

agrupada em quatro intervalos, 60 a 69 anos, 70 a 79, 80 a 89 e 90 anos ou mais;

Sexo: masculino ou feminino;

Estado civil: solteiro(a), casado(a)/mora com companheiro(a), viúvo(a) e separado(a)/divorciado(a);

Número de pessoas que moram na casa: em números, posteriormente agrupado em três intervalos, 1 a 2 pessoas, 3 a 4 e 5 ou mais;

Com quem mora/arranjos familiares: sozinho, somente com o cônjuge, cônjuge e filho(s), cônjuge filhos genro ou nora, somente com o(s) filho(s), arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos), arranjos intrageracionais (somente com outros idosos), somente com netos e, posteriormente agrupados em sozinho, somente com o cônjuge, com o cônjuge e filho(s) ou somente com filhos, arranjos trigeracionais e outros arranjos (cônjuge, filho(s), genro e nora; arranjos intrageracionais (com outros idosos) e somente com os netos);

Chefe ou responsável pelo domicílio: próprio idoso, cônjuge, filho(a), outro familiar, não familiar;

Formação da família: idoso foi morar com outras pessoas, outras pessoas foram morar com o idoso e outro, posteriormente agrupada em três categorias o idoso foi morar com outras pessoas, outras pessoas foram morar com o idoso ou pessoas que permaneceram morando com o idoso (filhos, netos, entre outros);

Razão para morarem juntos: estar perto dos filhos, estar perto de familiares ou amigos, estar perto dos serviços de saúde, falecimento de esposo(a)/companheiro(a), por união conjugal, por separação conjugal, custo da moradia/situação financeira, precisava de cuidados e outros (pessoas que nunca saíram de casa - filhos, netos, entre outros)

Número de filhos: em números e depois agrupados em cinco categorias, zero, 1 a 3 filhos, 4 a 6, 7 a 9 e 10 ou mais;

Religião: nenhuma, católica, evangélica, espírita, outra e não souberam/não responderam e, posteriormente agrupada em quatro categorias, católica, evangélica, espírita e não souberam/não responderam.

- Seção B - Perfil socioeconômico

Escolaridade: em anos de estudo e, posteriormente agrupada em três intervalos, nenhuma, 1 a 4 anos e 5 a 8;

Renda própria: sim ou não;

Fonte de renda: aposentadoria, pensão, aluguel, trabalho próprio e outros;

Renda familiar mensal: em reais e, posteriormente agrupada em quatro intervalos, 1 salário mínimo, > 1 e < 3 ; ≥ 3 e > 4 ; ≥ 4 ;

Autoavaliação da situação econômica atual: muito boa, boa, regular, ruim ou péssima;

Comparação da situação econômica com a de outras pessoas da mesma idade: melhor, igual ou pior;

Moradia: casa própria, alugada, cedida por terceiros, financiada e outro e, posteriormente agrupada em três categorias, casa própria, alugada, cedida por terceiros.

- Seção C - Problemas de saúde

Tipo de atendimento de saúde: SUS, convênio, particular, farmácia, benzedeira e outros e, posteriormente agrupado em quatro categorias, SUS, convênio, farmácia e os filhos ante de qualquer atendimento;

Diagnósticos médicos: foram coletados os diagnósticos registrados nos prontuários médicos dos idosos participantes do estudo e, posteriormente foram agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 1997), da seguinte forma, A00-B99 algumas doenças infecciosas e parasitárias, C00-D48 neoplasias (Tumores), D50-D89 doenças do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, E00-E90 doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, F00-F99 transtornos mentais e comportamentais, G00-G99 doenças do sistema nervoso, H00-H59 doenças do olho e anexos, H60-H96 doenças do ouvido e da apófise mastoide, I00-I99 doenças do aparelho circulatório, J00-J99 doenças do aparelho respiratório, K00-K93 doenças do aparelho digestivo, M00-M99 doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, N00-N99 doenças do aparelho geniturinário, R00-R69 sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, S00-T98 lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e Z00-Z99 fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

3. **Índice de Katz** (ANEXO B): desenvolvido por Sidney Katz em 1963 com a finalidade de avaliar a independência ou dependência para a realização das

atividades básicas da vida diária (ABVDs), tais como, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se. Lino et al., (2008) realizaram a adaptação para a cultura brasileira e concluíram que a escala é de fácil compreensão e aplicação e os itens da mesma apresentaram consistência interna confiável, com alfa de Cronbach variando de 0,80 a 0,92. Esta escala é de domínio público. A classificação pelo Índice ocorre pelo número de funções nas quais a pessoa avaliada é dependente (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007), e está descrita no Quadro 1.

Índice de Katz	Classificação
0	Independente em todas as seis funções (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente em todas as seis funções

Fonte: Katz, Akpon (1976); Lino et.al. (2008)

Quadro 1 - Índice de independência para as atividades de vida diária, de Katz, modificado.

4. Escala de Lawton e Brody (ANEXO C): desenvolvida por Lawton e Brody (1969) e adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Jr. (2008), mostrando-se confiável para medir o que se propõe, com parâmetros psicométricos satisfatórios na estabilidade das medidas. Tem por objetivo avaliar o nível de independência para a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), sendo elas: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupas, utilizar meio de transporte, tomar seus remédios e cuidar das finanças (Lawton, 1969). A pontuação mínima na escala é de sete e a máxima, de 21 pontos e quanto menor a pontuação, maior a dependência. Santos e Virtuoso Junior (2008)

propuseram os seguintes escores para a classificação na escala: dependência total = 7; dependência parcial = $> 7 < 21$ e independência = 21.

- 5. Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)** (ANEXO D): desenvolvida por Yesavage et al., (1983) com a finalidade de rastrear os transtornos de humor em idosos, sendo composta inicialmente por 30 questões binárias, com possibilidade de resposta “sim/não”. Posteriormente, foi proposta a versão reduzida da escala original, contendo 15 itens, a partir daqueles que mais se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (SHEIKH; YESAVAGE, 1986). Os 15 itens da escala reduzida, em conjunto mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARALELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). A EDG-15 possui uma variação de zero a quinze pontos, sendo zero correspondente à ausência de sintomas depressivos e quinze à pontuação máxima desses sintomas (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). No Brasil, Almeida e Almeida (1999), ao validar a EDG -15 com 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico obtiveram ponto de corte 5/6 com sensibilidade de 92,7% e especificidade de 65,2%. Concluíram que a escala mostrou-se confiável e válida. Assim, para este estudo adotou-se o escore maior ou igual a cinco para determinar a presença de sintomas depressivos entre os idosos, conforme proposto pelos referidos autores. De acordo com Blank et al., (2004), a EDG constitui um dos instrumentos mais utilizados para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas em contextos clínicos.
- 6. Avaliação da Rede e Apoio Social** (ANEXO E): instrumento originário da combinação de dois outros instrumentos para avaliação da rede e do apoio social, o Social Network Index (SNI) (BERKMAN; SYME, 1979) e o Medical Outcomes Study (MOS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

O SNI é um instrumento originalmente proposto por Berkman e Syme (1979), e no Brasil revisado e traduzido por Chor et al., (2001) para uso no Estudo Pró-Saúde. No estudo de Griep et al., (2003) foi realizada a confiabilidade teste-reteste dos itens componentes do bloco da rede social, a saber: número de parentes e amigos íntimos; participação ou não em atividades esportivas em grupo, associações diversas e atividades religiosas. Estes indicadores da rede social foram utilizados para verificar a associação com o apoio social como proposta de serem utilizados em conjunto. As variáveis que compõem este instrumento de medida da

rede social não conduzem a um escore final, porém, Seeman et al., (1987) construiu um escore pela soma de pontos das respostas de frequência e do número de parentes e de amigos, para comparar os indivíduos internamente e para medir a posição do indivíduo na rede.

A Escala de Apoio Social do MOS foi originalmente desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) e aplicada a 2987 adultos, usuários de serviços de saúde de Chicago, Boston e Los Angeles, nos Estados Unidos e que possuíam uma ou mais doenças crônicas. O instrumento possui 19 perguntas, distribuídas em cinco dimensões do apoio social (material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação), com cinco possibilidades de resposta (nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre) e abrange cinco dimensões do apoio social (material, afetiva, interação social positiva, emocional, informação).

No Brasil, o instrumento foi submetido a procedimentos padronizados de tradução e versão para o português no estudo Pró-Saúde (CHOR et al., 2001), tendo sido recomendada a sua utilização após análise da confiabilidade e validade de constructo (GRIEP et al., 2005).

Para esta etapa, Griep et al., (2005) avaliaram os participantes da primeira fase do Estudo Pró-Saúde que teve como objetivo investigar a associação entre determinantes sociais e situação de saúde. Participaram 4030 funcionários técnico-administrativos efetivos de uma universidade no Rio de Janeiro-RJ. O instrumento apresentou consistência interna elevada para todas as dimensões do apoio social, tendo sido o alfa de Cronbach igual ou maior a 0,83 para todas as dimensões, indicando sua utilização para populações similares.

O instrumento proposto abrange as seguintes dimensões do apoio social e as respectivas questões:

- ✓ **Material** - provisão de recursos práticos e ajuda material (quatro questões)
 - 6 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém, se ficar de cama?
 - 9 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para levá-lo ao médico?
 - 16 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para preparar suas refeições, caso o Sr.(a) não puder prepará-las?
 - 19 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para auxiliá-lo nas tarefas diárias?
- ✓ **Afetiva** - demonstrações de afeto e amor (três questões)

10 - Com que frequência alguém demonstra afeto e amor pelo Sr.(a)?

14 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para lhe dar um abraço?

24 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém que o Sr.(a) ame ou faça se sentir querido?

✓ **Interação social positiva** - com quem pode contar para relaxar e se divertir (quatro questões)

11 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para se divertir junto?

15 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) tem alguém para relaxar?

18 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para distrair a cabeça?

22 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém, com quem fazer coisas agradáveis?

✓ **Emocional** - satisfação das necessidades individuais em relação a problemas emocionais (quatro questões)

7 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para lhe ouvir, quando o Sr.(a) precisa falar?

13 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

20 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para compartilhar suas experiências e medos mais íntimos?

23 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém que compreenda seus problemas?

✓ **Informação** - com quem pode contar se precisar de aconselhamento, orientação e informação (quatro questões)

8 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

12 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para lhe dar a informação que o (a) ajude a compreender em uma determinada situação?

17 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém de quem realmente quer conselhos?

21 - Se precisar, com que frequência o Sr.(a) conta com alguém para lhe dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?

Para cada pergunta são oferecidas cinco possibilidades de resposta: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Como não existem pontos de corte estabelecidos para indicar adequação ou situação adversa de apoio social, os escores foram padronizados para que variassem de 20 a 100, independente do número de perguntas que compõem cada uma das cinco dimensões. Esta padronização é feita pela razão entre as somas dos pontos obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e o valor máximo de pontos possíveis de serem obtidos, de acordo com o número de perguntas de cada dimensão. O resultado dessa razão será multiplicado por 100 e quanto maior o total alcançado, maior o apoio social (GRIEP et al., 2005; ANDRADE, 2001). Esta padronização foi indicada por Andrade (2001) por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Índice padronizado de cada dimensão de Apoio Social} = \frac{\text{Soma dos pontos obtidos nas perguntas}}{\text{Máximo de pontos que poderiam ser obtidos de acordo com o número de perguntas de cada dimensão}} \times 100$$

7. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (ANEXO F): desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), com a finalidade de avaliar a percepção do suporte social, considerando ser este um aspecto fundamental relacionado à qualidade de vida e bem-estar, sendo aplicada em 609 estudantes de escolas ligadas à Universidade do Porto - Portugal e do ensino secundário da mesma localidade. A escala é constituída por 15 frases apresentadas como um conjunto de afirmações para as quais o participante deve apontar o grau em que concorda com elas, sendo: “A” concordo totalmente, “B” concordo na maior parte, “C” não concordo, nem discordo, “D” discordo na maior parte e “E” discordo totalmente.

Marôco et al., (2014) realizaram a adaptação transcultural da escala, com 1023 estudantes do ensino superior, sendo 523 brasileiros e 491 portugueses. Foram realizadas apenas adaptações na grafia, com ajustamentos para o português do Brasil. Os autores evidenciaram que a escala apresentou dados confiáveis e válidos podendo ser utilizada no contexto brasileiro.

A ESSS contém quatro dimensões e 15 itens sendo, satisfação com

amigos (cinco itens), intimidade (quatro itens), satisfação com a família (três itens), atividades sociais (três itens). A pontuação total da escala é resultado da soma dos 15 itens, ou seja, para cada um deles é atribuído um valor entre um e cinco, sendo “A” concordo totalmente=1 ponto, “B” concordo na maior parte=2, “C” não concordo nem discordo=3, “D” discordo na maior parte=4 e “E” discordo totalmente=5, exceto para os itens 4, 5, e de 9 a 15, que os valores são invertidos. A pontuação total pode variar entre 15 e 75 e valores mais altos correspondem à maior satisfação com o suporte social (MARÔCO et al., 2014). Baptista, Baptista e Torres (2006), propuseram uma classificação para o grau de satisfação, sendo ela baixa satisfação (até 25 pontos), média satisfação (26 a 50 pontos) e alta satisfação (51 a 75 pontos), que foi adotada na presente pesquisa.

3.4.1 Pré-Teste

O pré-teste foi realizado em novembro de 2014 utilizando-se o instrumento de coleta de dados proposto, com 10 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, local do estudo e que não fizeram parte da amostra estudada.

Esta fase teve como objetivo verificar a clareza na linguagem, a compreensão das questões pelos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração da entrevista e a sequência adequada para aplicação do questionário e das escalas, além de avaliar a adequada estruturação do instrumento, possibilitando assim, averiguar a aplicabilidade do mesmo para a população a ser investigada, bem como proporcionar familiaridade do pesquisador com o instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Após a realização do pré-teste, observou-se que não havia necessidade de quaisquer alterações no instrumento.

3.4.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas às terças-feiras, no horário das 12h30 às 18h00h, dia e horário de funcionamento do Ambulatório de Geriatria, local do estudo. De posse da lista com os idosos sorteados (nome e números de registros), para

serem entrevistados naquele dia, a pesquisadora fazia a identificação de cada um deles por meio do prontuário. Após a identificação dos idosos, a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa abordavam o mesmo, se identificavam, realizavam os devidos esclarecimentos sobre o estudo e convidando-os para participar da pesquisa. Em seguida, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), era apresentado e discutido com cada um dos participantes. Após os esclarecimentos e aquiescência, era solicitada a assinatura e entregue uma via do termo.

Isto feito, iniciava-se a entrevista que era realizada em uma sala disponível no próprio ambulatório, com a finalidade de garantir a privacidade, bem como evitar interrupções e ruídos. As entrevistas duravam em torno de 20 a 25 minutos.

3.5 Processamento e análise estatística dos dados

Para o processamento dos dados, foi elaborada uma planilha de dados no programa computacional *Microsoft Excel* contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas que foram utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o *software* estatístico SAS® 9.0, para as análises.

Utilizou-se a estatística descritiva com o objetivo de sintetizar valores da mesma natureza, permitindo uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas, gráficos e de medidas descritivas (SAS, 1999).

Para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram realizados cálculos de frequência simples, bem como tabelas de contingência. Para as variáveis quantitativas foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitude).

As associações entre as variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste exato de Fisher, já as associações por meio da comparação dos escores de grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney para comparar dois grupos e de Kruskal-wallis para três ou mais (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2008).

A medida de consistência interna para cada uma das escalas utilizadas neste estudo foi calculada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, sendo para o Índice de Katz (0,88), a Escala de Lawton e Brody (0,79), a EDG-15 (0,66), o Social Network Index (0,81) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (0,89). Para a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study foi calculado o Alfa de Cronbach para cada uma das dimensões foram: material (0,91), emocional (0,96), informação (0,94), interação social positiva (0,96) e afetiva (0,96). De acordo com Nunally (1978), valores acima de 0,70 possuem confiabilidade apropriada.

O coeficiente de correlação de Spearman (r) foi utilizado para verificar a relação:

- ✓ entre os escores de cada dimensão da escala de apoio social do MOS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e renda dos idosos estudados;
- ✓ entre o escore da Escala de Satisfação com o Suporte Social e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e a renda.

Neste estudo consideraram-se os critérios de Cohen (1988) que estabelece valores até 0,29 para correlações consideradas fracas, de 0,30 a 0,49 para moderada e acima de 0,50 para forte.

O nível de significância foi fixado em 5% para todos os testes, ou seja, valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

3.6 Aspectos éticos

Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, obtendo aprovação, parecer CAAE nº 32543114.4.0000.5393 (ANEXO G).

Como parte da documentação prevista na legislação, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo os objetivos do estudo e os procedimentos para os quais o voluntário estava sendo convidado a participar. Foi assegurada a possibilidade de esclarecimentos durante todo o desenvolvimento da

pesquisa e a garantia de sigilo da fonte e das informações, as quais só seriam utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa.

Os participantes foram orientados também sobre a possibilidade de se recusarem a participar da pesquisa, sem sofrerem qualquer tipo de prejuízo em razão desta decisão. Aos mesmos foi assegurado o direito de interromper sua participação, se assim desejassem, o que poderia ser feito em qualquer fase do estudo, sem prejuízo na forma de atendimento, tratamento e assistência prestada pelo Hospital, local do estudo.

O projeto de pesquisa foi também encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, instituição coparticipante, com parecer de aprovação, CAAE nº 32543114.4.3001.5440 (ANEXO H). Além disso, foi encaminhado para a apreciação do coordenador da Divisão de Clínica Médica Geral e Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com a finalidade de obter concordância para a realização do estudo no Ambulatório de Geriatria, a qual foi concedida (APENDICE C).

Uma emenda com a solicitação de alteração do título inicial do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, devido à necessidade de melhor adequação do título à proposta de investigação, obtendo aprovação, CAAE nº 32543114.4.0000.5393 (ANEXO I).

Destaca-se que foram solicitadas autorizações para a utilização das escalas Escala de Depressão Geriátrica, Índice de Katz, Escala de Lawton, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Medida da Rede e Apoio Social e Escala de Satisfação com o Suporte Social (APÊNDICES D, E, F, G, H e I), respectivamente.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil social, demográfico e de saúde dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

Participaram deste estudo 98 idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário do interior paulista.

Em relação ao sexo, a maioria, 69 (70,4%), era mulher. A média de idade foi 80,1 anos e desvio-padrão 7,0, com maior distribuição de participantes, 45 (45,9%), no intervalo de 80 a 89 anos. Quanto ao estado civil, 48 (49,0%) eram viúvos, seguidos de 40 (40,8%) casado/mora com companheiro, com predomínio de homens 17 (58,6%) entre os casados e mulheres 38 (55,1%) entre os viúvos. A média de anos de estudo foi de 2,3 e desvio-padrão de 2,2, sendo que a maioria, 58 (59,2%) estudou de 1 a 4 anos. Destaca-se que 32 (32,6%) referiram nenhum ano de estudo, conforme pode ser observado na Tabela 1. Vale mencionar, ainda, que para as mulheres a média de anos de estudos foi 2,5 anos e desvio-padrão de 2,2, já para os homens a média foi 1,8 anos e desvio padrão de 2,1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo faixa etária, estado civil e escolaridade, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	Sexo				Total		Mínimo	Máximo	Média (DP)*
	Masculino		Feminino		n	%			
	n	%	n	%					
Faixa etária (anos)							63	98	80,1 (7,0)
60 a 69 anos	4	13,8	3	4,4	7	7,1			
70 a 79 anos	10	34,5	27	39,1	37	37,8			
80 a 89 anos	10	34,5	35	50,7	45	45,9			
90 anos ou mais	5	17,2	4	5,8	9	9,2			
Estado civil									
Solteiro	1	3,5	5	7,2	6	6,1			
Casado/Mora com companheiro	17	58,6	23	33,3	40	40,8			
Viúvo	10	34,4	38	55,1	48	49,0			
Separado/Divorciado	1	3,5	3	4,4	4	4,1			
Escolaridade (anos)							0	8	2,3 (2,2)
Nenhum	11	37,9	21	30,4	32	32,6			
1 a 4 anos	16	55,2	42	60,9	58	59,2			
5 a 8 anos	2	6,9	6	8,7	8	8,2			
Total	29	100	69	100	98	100			

*Desvio Padrão

Quanto à religião, 76 (77,5%) idosos informaram ser católicos, 15 (15,3%) evangélicos, 4 (4,1%) espíritas e 3 (3,1%) não souberam/não responderam.

Quando questionados se possuíam fonte de renda própria, 93 (94,9%) dos participantes responderam que sim. Dessa forma, é possível observar na Tabela 2 que 61 (62,2%) eram aposentados e 32 (32,6%) recebiam pensão. Ressalta-se que foi permitido aos participantes indicar mais de uma fonte de renda. A renda familiar média foi de R\$1.773,70 e desvio padrão R\$1.368,20, com 43 (43,9%) no intervalo de > 1 a < 3 salários mínimos, sendo o salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados de R\$788,00 (BRASIL, 2014).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo tipo de renda e renda familiar, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Fonte de renda**					
Aposentadoria	61	62,3			
Pensão	32	32,6			
Aluguel	2	2,0			
Trabalho próprio	2	2,0			
Outras	7	7,1			
Renda familiar			R\$788,00	R\$1.3000,00	R\$1.773,70 (R\$1.368,2)
1 Salário mínimo	9	9,2			
>1 e < 3 Salários mínimos	43	43,9			
≥3 e < 4 Salários mínimos	34	34,7			
≥4 Salários mínimos	12	12,2			

* Desvio Padrão

** Categorias não mutuamente exclusivas

No que se refere à situação econômica, quanto ao atendimento das necessidades básicas de alimentação, moradia e saúde, entre outras, 45 (45,9%) dos idosos a avaliaram como regular, 40 (40,8%) como boa, 9 (9,2%) ruim ou péssima e 4 (4,1%) muito boa. Ao comparar sua situação econômica com a de outras pessoas da mesma idade, 73 (74,5%) indicaram estar igual, 19 (19,4%) pior e 6 (6,1%) melhor.

Quanto à situação de moradia, 85 (86,8%) dos entrevistados residiam em casa própria, 7 (7,1%) em casa cedida por terceiros e 6 (6,1%) em casa alugada.

Os dados sobre a posição do idoso na família revelaram que 56 (57,1%) se identificaram como chefes ou responsáveis pelo domicílio, seguidos de 22 (22,5%) que apontaram o cônjuge nesta condição. Nota-se o predomínio, 21 (72,4%), de idosos homens como chefes ou responsáveis pelo domicílio (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a condição de chefe ou responsável pelo domicílio, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	Sexo do idoso				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Chefe ou responsável pelo domicílio						
Próprio idoso	21	72,4	35	50,8	56	57,1
Cônjuge	5	17,2	17	24,6	22	22,5
Filho(a)	1	3,4	12	17,4	13	13,3
Outro familiar	2	7,0	5	7,2	7	7,1
Total	29	100	69	100	98	100

Em relação ao número de filhos, 37 (37,8%) informaram que tiveram de 1 a 3 filhos, 32 (32,6%) de 4 a 6, 12 (12,2%) de 7 a 9, 8 (8,2%) 10 ou mais filhos e 9 (9,2%) não tiveram filhos. O número mínimo de filhos por idoso foi 0 e o máximo 14, com média de 4,3 e desvio-padrão de 3,0. Quanto ao número de pessoas que moravam na mesma casa com o idoso, 57 (58,2%) informaram morar com 1 a 2 pessoas, 30 (30,6%) com 3 a 4 e 11 (11,2%) com 5 ou mais.

Na Tabela 4 observa-se a distribuição dos idosos com relação aos arranjos familiares. Nota-se que 24 (24,5%) deles residiam com o cônjuge e filho(s) ou somente com os filhos, seguidos de 22 (22,4%) que moravam apenas com o cônjuge e outros 22 (22,4%) que viviam sozinhos.

É possível observar também que, dentre os motivos para residirem na mesma casa e, conseqüentemente, originando os arranjos familiares, o mais prevalente foi “pessoas que nunca saíram de casa (filhos, netos, entre outros)”, 62 (63,3%).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo os arranjos familiares, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	n	%
Com quem mora		
Sozinho	22	22,4
Somente com o cônjuge	22	22,4
Com o cônjuge e filho(s) ou somente com filhos	24	24,5
Arranjos trigeracionais	19	19,4
Outros arranjos*	11	11,3
Formação da família		
Idoso foi morar com outras pessoas	10	10,2
Outras pessoas foram morar com o idoso	26	26,5
Pessoas que permaneceram morando com o idoso (filhos, netos, entre outros)	62	63,3
Razão para morarem juntos		
Estar perto dos filhos	3	3,0
Estar perto de familiares ou amigos	1	1,0
Estar perto dos serviços de saúde	1	1,0
Falecimento esposo(a)/companheiro(a)	9	9,2
Por união conjugal	3	3,0
Por separação conjugal	11	11,3
Custo da moradia/situação financeira	2	2,0
Precisava de cuidados	6	6,2
Pessoas que nunca saíram de casa (filhos, netos, entre outros)	62	63,3
Total	98	100

*Envolveram as seguintes categorias: cônjuge, filho(s), genro e nora; arranjos intrageracionais (com outros idosos e somente com os netos).

Quando questionados sobre o tipo de atendimento de saúde que buscam como primeira opção quando necessitam, 75 (76,5%) idosos declararam que utilizavam o SUS. Ressalta-se que houve 19 (19,4%) deles que mencionaram procurar pelos filhos antes de buscar qualquer atendimento, conforme pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo tipo de atendimento de saúde, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	n	%
Atendimento de saúde		
SUS	75	76,5
Convênio	1	1,0
Farmácia	3	3,1
Filhos ante de qualquer atendimento	19	19,4
Total	98	100

Os diagnósticos médicos dos idosos participantes do estudo foram coletados em seus prontuários e agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme descrito na Tabela 6.

Nota-se que houve 132 (25,7%) registros para doenças do aparelho circulatório, 130 (25,3%) para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 69 (13,4%) para doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Ressalta-se que um idoso poderia estar presente em uma ou mais categorias, simultaneamente. O número de diagnósticos médicos por idoso variou entre 2 e 17, com média de 5,3, e desvio-padrão 2,0.

Tabela 6 - Distribuição do número de diagnósticos médicos registrados nos prontuários, por idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	n	%
Diagnósticos médicos segundo capítulos da CID 10*		
Cap. IX Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	132	25,7
Cap. IV Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90)	130	25,3
Cap. XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	69	13,4
Cap. V Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)	36	7,0
Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)	32	6,2
Cap. XIV Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)	27	5,3
Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	16	3,2
Cap. II Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	15	2,9
Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	13	2,5
Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e alguns Transtornos Imunitários (D50-D89)	11	2,1
Cap. VII Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)	9	1,8
Cap. I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)	9	1,8
Cap. VIII Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide (H60-H96)	5	1,0
Cap. XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	4	0,8
Cap. XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R69)	3	0,6
Cap. XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	2	0,4
Total	513	100

* Categorias não mutuamente exclusivas

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, presente para 86 (87,7%) dos idosos; entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a dislipidemia 49 (50,0%) e o diabetes mellitus 40 (40,8%) e para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido

conjuntivo, foram identificadas a osteoporose 34 (34,7%) e a artrite reumatoide 9 (9,2%).

4.2 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

Neste estudo a capacidade dos idosos para realizar as AVDs foi avaliada por meio do Índice de Katz para as ABVDs (tomar banho, vestir-se, fazer uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação) e da Escala de Lawton e Brody para as AIVDs (uso do telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio de dinheiro).

Assim, a Tabela 7 apresenta a classificação dos idosos pelo Índice de Katz, considerando o número de funções para as quais eram dependentes ou independentes. Nota-se que a maioria, 79 (80,6%) dos idosos era independente para as seis funções e 19 (19,4%) eram dependentes para uma ou até cinco funções. A média de pontos no Índice de Katz foi 0,4 e desvio-padrão 1,0.

As atividades para as quais os idosos mais mencionaram requerer algum tipo de auxílio para realizá-las foram: tomar banho 6 (6,12%), vestir-se 7 (7,1%) e continência 10 (10,2%).

Tabela 7 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação pelo Índice de Katz, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	Sexo do idoso				Total		Mínimo	Máximo	Média (DP)*
	masculino		feminino						
	n	%	n	%	n	%			
Classificação no Índice de Katz							0,0	5,0	0,4 (1,0)
0. Independente nas seis funções	19	65,6	60	87,0	79	80,6			
1. Independente em cinco funções e dependente em uma	5	17,2	6	8,7	11	11,3			
2. Independente em quatro funções e dependente em duas	1	3,4	3	4,3	4	4,1			
3. Independente em três funções e dependente em três	1	3,4	0	0,0	1	1,0			
4. Independente em duas funções e dependente em quatro	1	3,4	0	0,0	1	1,0			
5. Independente em uma função e dependente em cinco	2	7,0	0,0	0,0	2	2,0			
6. Dependente em todas as seis funções	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0			
Total	29	100	69	100	98	100			

Fonte: Katz, Akpon (1976)

* Desvio Padrão

A Tabela 8 mostra a distribuição dos idosos de acordo com a classificação na Escala de Lawton e Brody, ou seja, a capacidade para realizar as AIVDs. Conforme já mencionado anteriormente, a variação possível na pontuação da escala utilizada é de 7 a 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior a dependência e os escores propostos para a classificação são: dependência total = 7; dependência parcial $> 7 < 21$ e independência = 21 (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008). Observa-se que, neste estudo, 87 (88,8%) dos idosos apresentaram dependência parcial. A média de pontos na Escala foi 14 e desvio-padrão 3,7.

Entre as atividades para as quais os idosos referiram necessitar de assistência para realizá-las, destacaram-se: uso do telefone 50 (51,0%), fazer compras 36 (36,7%) e preparar refeições 58 (59,2%). Já as atividades mais mencionadas por não terem o hábito ou serem incapazes de realizar, foram: viajar 48 (48,9%) e realizar trabalho doméstico 58 (59,2%).

Tabela 8 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação pela Escala de Lawton e Brody, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	Sexo do idoso				Total		Mínimo	Máximo	Média (DP)*
	Masculino		Feminino		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Classificação							7,0	21,0	14,0 (3,7)
Dependência total	1	3,4	2	2,9	3	3,1			
Dependência parcial	27	93,2	60	86,9	87	88,8			
Independência	1	3,4	7	10,2	8	8,1			
Total	29	100	69	100	98	100			

*Desvio Padrão

4.3 Características relacionadas aos sintomas de depressão entre os idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

A presença dos sintomas depressivos, entre os idosos estudados, foi identificada por meio da aplicação EDG-15, cuja pontuação varia de zero a 15, sendo zero o indicativo de ausência de sintomas depressivos e 15 a pontuação máxima de tais sintomas. Neste estudo, adotou-se o escore maior ou igual a cinco para determinar a presença de sintomas depressivos, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999).

Dessa forma, observou-se que 60 (61,2%) idosos apresentaram sintomas depressivos, sendo 20 (69,0%) homens e 40 (57,9%) mulheres, conforme pode ser observado na Tabela 9. O número médio de sintomas depressivos por idoso foi de 5,6 e desvio padrão de 2,9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo os sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Sexo				Total	Mínimo	Maximo	Média (DP)*
Sintomas	Masculino		Feminino			0	13	5,6 (2,9)
Depressivos	n	%	n	%	n	%		
Ausência	9	31,0	29	42,1	38	38,8		
Presença	20	69,0	40	57,9	60	61,2		
Total	29	100	69	100	98	100		

* Desvio Padrão

4.4 Características relacionadas à rede e ao apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

A rede e o apoio social neste estudo foram avaliados por meio do instrumento de Medida da Rede (SNI) e Apoio Social (escala de apoio social do MOS) (CHOR et al., 2001; GRIEP et al., 2003; GRIEP et al., 2005).

A primeira parte do instrumento avalia a rede social a partir dos contatos sociais (parentes e amigos) e participação em atividades esportivas, grupos ou atividades artísticas, reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos e em trabalhos voluntários.

Assim, a Tabela 10 mostra que 31 (31,6%) dos idosos investigados relataram que se sentiam à vontade para conversar sobre quase tudo com 2 a 3 parentes, seguidos de 28 (28,6%) com um; 41 (41,8%) informaram não possuir amigos com quem pudessem conversar. O número médio de parentes por idoso foi de 3,4 e desvio padrão 3,3, já o de amigos foi 2,3 e 3,2, respectivamente. O escore total médio na rede social foi de 6,4 pessoas e desvio padrão 5,7. Pode-se observar ainda que, nos últimos 12 meses, a maioria, 89 (90,8%), não realizou atividades esportivas ou artísticas em grupo; 96 (98,0%) não participaram de reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos e 91 (92,9%) não realizaram trabalhos voluntários.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo variáveis da rede social, Ribeirão Preto, 2015

Variáveis	Sexo do idoso						Mínimo	Máximo	Média (DP)*
	Masculino		Feminino		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Com quantos parentes se sente à vontade para conversar sobre quase tudo							0	17	3,4 (3,3)
Nenhum	1	3,4	5	7,2	6	6,1			
1	6	20,7	22	31,9	28	28,6			
2 a 3	10	34,5	21	30,4	31	31,6			
4 a 6	8	27,6	12	17,5	20	20,4			
7 ou mais	4	13,8	9	13,0	13	13,3			
Com quantos amigos se sente à vontade para conversar sobre quase tudo							0	15	2,3 (3,2)
Nenhum	12	41,4	29	42,0	41	41,8			
1	4	13,8	13	18,8	17	17,3			
2 a 3	5	17,2	13	18,8	18	18,4			
4 a 6	5	17,2	9	13,1	14	14,3			
10 ou mais	3	10,4	5	7,3	8	8,2			
Participação em atividades esportivas em grupo ou atividades artísticas**									
Sim	1	3,5	8	11,6	9	9,2			
Não	28	96,5	61	88,4	89	90,8			
Participação em reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos e partidos políticos**									
Sim	0	0,0	2	2,9	2	2,0			
Não	29	100,0	67	97,1	96	98,0			
Participação em trabalho voluntário não remunerado, em ONGs, de caridade e outros**									
Sim	0	0,0	7	10,1	7	7,1			
Não	29	0,0	62	89,9	91	92,9			
Total	29	100,0	69	100,0	98	100,0			

* Desvio Padrão

** Últimos 12 meses

A comparação entre os escores médios de parentes e de amigos da rede social dos idosos e as variáveis sociodemográficas está descrita na Tabela 11. Nota-se que as mulheres, os divorciados/separados e os com escolaridade entre 5 e 8 anos obtiveram os menores escores médios de parentes (3,2, 1,5 e 2,6) e de amigos (2,1, 1,8 e 1,4), respectivamente. Já com relação à faixa etária, os idosos com 90 anos ou mais tiveram menor média (3,2) de parentes e os com idades entre 80 a 89 anos (1,8) apresentaram menor média de amigos. Os testes mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de parentes e de amigos e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 11- Distribuição das características sociodemográficas dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre os escores médios de parentes e amigos na rede social, Ribeirão Preto, 2015

Variáveis	PARENTES				AMIGOS			
	Mínimo	Máximo	Média (DP)*	p-valor	Mínimo	Máximo	Média (DP)*	p-valor
Sexo								
Masculino	0	17	4,0 (3,5)	0,118**	0	10	2,6 (3,3)	0,632**
Feminino	0	13	3,9 (2,9)		0	15	2,1 (3,2)	
Faixa etária (anos)								
60 a 69	1	10	4,0 (3,6)	0,796*	0	10	3,3 (3,7)	0,216*
70 a 79	0	17	3,6 (3,6)		0	15	2,4 (3,4)	
80 a 89	0	13	3,3 (3,3)		0	13	1,8 (2,7)	
90 e mais	2	6	3,2 (1,5)		0	10	3,6 (4,0)	
Estado civil								
Solteiro	0	17	2,2 (3,1)	0,157*	0	10	2,5 (3,8)	0,947*
Casado/Com companheiro	0	17	3,9 (3,6)		0	10	2,1 (2,4)	
Viúvo	0	13	3,4 (3,1)		0	15	2,4 (3,8)	
Divorciado	1	3	1,5 (1,0)		0	3	1,8 (1,5)	
Escolaridade (anos)								
Nenhum	1	13	3,9 (2,9)	0,094*	0	13	3,2 (3,8)	0,297*
1 a 4	0	17	3,3 (3,5)		0	15	1,9 (3,0)	
5 a 8	0	10	2,6 (3,2)		0	3	1,4 (0,9)	

* Teste de Kruskal-Wallis, valor significativo $p < 0,05$

** Teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$

A comparação entre o escore total médio (parentes e amigos) da rede social dos idosos e as variáveis de interesse, número de filhos, arranjos familiares e número de diagnósticos médicos, pode ser visualizada na Tabela 12. Destaca-se que, os idosos com 7 a 9 filhos (12,3), que moravam com o cônjuge e filhos ou somente com filhos (9,2) e possuíam cinco diagnósticos médicos (7,0) apresentaram maiores médias de parentes e amigos na rede social, sendo a diferença estatisticamente significativa para a variável número de filhos.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis número de filhos, arranjos familiares e número de diagnósticos médicos dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre o escore total médio (parentes e amigos) na rede social, Ribeirão Preto, 2015

Variável	Rede social						p valor*
	Frequência n	%	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
Número de filhos							
Nenhum	9	9,2	2,4	2,1	0,0	6	0,001
1 a 3	37	37,8	5,9	4,5	0,0	18	
4 a 6	32	32,6	5,7	6,0	0,0	25	
7 a 9	12	12,2	12,3	6,9	1,0	26	
10 ou mais	8	8,2	7,3	4,8	1,0	15	
Arranjos familiares							
Sozinho	22	22,4	6,3	5,5	0,0	18	0,321
Somente com cônjuge	22	22,4	5,2	5,1	0,0	23	
Cônjuge e filhos/somente com filhos	24	24,5	9,2	7,5	0,0	26	
Arranjos trigeracionais	19	19,4	5,1	4,1	0,0	17	
Outros arranjos	11	11,3	5,9	3,2	1,0	10	
Número de diagnósticos médicos							
2 a 4	32	32,6	6,8	5,5	0,0	25	0,291
5	30	30,6	7,0	6,7	0,0	26	
6 ou mais	36	36,7	5,4	5,0	0,0	20	
Total	98	100	6,4	5,7	0,0	26	

* Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$

Como as variáveis que compõem o instrumento de medida da rede social não conduzem a um escore final, para comparar os indivíduos internamente, neste estudo, foi construído um escore pela soma de pontos das respostas de frequência e do número de parentes e de amigos, conforme proposto por Seeman et al., (1987). Assim, os participantes foram distribuídos em três tercís (primeiro, segundo e terceiro), possibilitando assim, medir a posição dos mesmos na rede social, ou seja,

idosos com menor contato e participação em atividades sociais foram posicionados no primeiro tercil, os com médio contato e participação no segundo tercil e, os com maior contato e participação no terceiro tercil. Dessa forma, a Tabela 13 mostra que 36 (36,7%) dos idosos se posicionavam no segundo tercil, seguidos de 33 (33,7%) no terceiro tercil.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo posição na rede social, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variável	Sexo do idoso					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Classificação						
Primeiro tercil (0 a 2 pontos)	9	31,0	20	29,0	29	29,6
Segundo tercil (3 a 7 pontos)	10	34,5	26	37,7	36	36,7
Terceiro tercil (8 a 26 pontos)	10	34,5	23	33,3	33	33,7
Total	29	100	69	100	98	100

Quanto ao apoio social, a escala de apoio social do MOS abrange cinco dimensões: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação, para cada uma delas, a pontuação varia de 20 a 100 pontos e quanto maior a pontuação, maior o apoio social.

Na Tabela 14 pode-se observar que o maior escore médio foi para a dimensão material (90,2) e o menor para a interação social positiva (81,8).

Tabela 14 – Distribuição de média, desvio-padrão, mínimo e máximo de cada dimensão da escala de apoio social do MOS, para os idosos (n=98) atendidos em um ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto – SP, 2015

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Dimensões da escala			
Material	20	100	90,2 (19,9)
Afetiva	20	100	88,9 (20,9)
Interação social positiva	20	100	81,8 (24,3)
Emocional	20	100	88,5 (18,7)
Informação	20	100	88,1 (18,2)

Na Tabela 15 está descrita a comparação entre as médias das dimensões da escala de apoio social do MOS e as variáveis sexo, faixa etária, anos de estudo, estado civil, número de filhos, arranjos familiares e número de diagnósticos médicos dos idosos estudados. Observa-se que:

- ✓ na dimensão material (provisão de recursos práticos e ajuda material), os idosos homens (92,1), os com 90 anos ou mais de idade (99,4), sem nenhum ano de estudo (96,4), viúvos (93,8), que tinham 10 ou mais filhos (99,4), que residiam em arranjos familiares com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos (99,1) e os com cinco diagnósticos médicos (94,3), obtiveram as maiores médias nesta dimensão, sendo as diferenças estatisticamente significativas para as variáveis anos de estudo, estado civil, número de filhos e arranjos familiares. Destaca-se que os idosos solteiros (51,7) e os sem filhos (63,3) tiveram as menores médias;
- ✓ na dimensão afetiva (demonstrações físicas de amor e afeto), os idosos homens (90,3), os com 90 anos ou mais de idade (97,8), sem nenhum ano de estudo (92,3), casados/com companheiro (91,8), que tinham de sete a nove filhos (95,0), que residiam em arranjos familiares com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos (95,8) e os com cinco diagnósticos médicos (95,6), apresentaram maiores médias, porém, não houve diferenças estatisticamente significativas. Também nesta dimensão, os idosos solteiros (70,0) e os sem filhos (70,4) obtiveram as menores médias, além dos que possuíam de cinco a oito anos de estudo (73,3);
- ✓ na dimensão interação social positiva (com quem pode contar para relaxar e divertir-se), os idosos homens (87,4), os com 90 anos ou mais de idade (90,0), sem nenhum ano de estudo (86,3), viúvos (84,6), que tinham 10 ou mais filhos (90,0), que residiam em arranjos trigeracionais (94,5) e os com cinco diagnósticos médicos (86,5), alcançaram maiores médias, porém, não houve diferenças estatisticamente significativas. Da mesma forma que na dimensão anterior, os que obtiveram menores médias, foram os idosos solteiros (51,7), os sem filhos (57,8) e os que possuíam de cinco a oito anos de estudo (64,4);
- ✓ na dimensão emocional (satisfação das necessidades individuais em relação a problemas emocionais), os idosos homens (91,4), os com 90 anos ou mais de idade (97,2), sem nenhum ano de estudo (92,3), casados/com companheiro (91,4), que tinham 10 ou mais filhos (93,8), que residiam em arranjos familiares

com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos (97,3) e os com cinco diagnósticos médicos (93,5), obtiveram as maiores médias nesta dimensão, sendo a diferença estatisticamente significativa para a variável arranjos familiares. Novamente, as menores médias foram para os sem filhos (77,2), os solteiros (77,5) e os que possuíam de cinco a oito anos de estudo (78,1);

- ✓ na dimensão informação (contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem), os idosos homens (89,7), os com 90 anos ou mais de idade (95,0), sem nenhum ano de estudo (92,5), casados/com companheiro (91,4), que tinham 10 ou mais filhos (93,8), que residiam em arranjos familiares com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos (95,5) e os com cinco diagnósticos médicos (93,7), obtiveram as maiores médias nesta dimensão, sendo a diferença estatisticamente significativa para a variável número de filhos. As menores médias foram para os sem filhos (71,7), os solteiros (74,2) e os que possuíam de cinco a oito anos de estudo (73,8).

Tabela 15 - Distribuição das características sociodemográficas e de saúde dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, segundo a comparação entre os escores médios em cada dimensão da escala de apoio social do MOS, Ribeirão Preto, 2015

Variáveis	Dimensões escala	Material		Afetiva		Interação Social Positiva		Emocional		Informação	
		Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Sexo											
Masculino		92,1 (19,4)	0,527*	90,3 (17,2)	0,635*	87,4 (19,0)	0,347*	91,4 (14,3)	0,762**	89,7 (16,1)	0,815**
Feminino		89,3 (20,1)		88,3 (22,4)	*	79,4 (26,0)	*	87,2 (20,2)		87,5 (19,0)	
Faixa etária											
60 a 69		81,4 (29,1)		91,4 (14,8)		84,3 (27,8)		92,1 (16,8)		93,6 (14,9)	
70 a 79		88,4 (20,0)	0,224*	84,7 (24,0)	0,379*	77,2 (25,3)	0,377*	84,6 (19,4)	0,080*	84,9 (18,4)	0,066*
80 a 89		91,1 (19,8)		90,2 (20,6)		83,6 (23,9)		89,3 (19,5)		88,6 (18,8)	
90 e mais		99,4 (1,7)		97,8 (4,7)		90,0(18,5)		97,2 (8,3)		95,0 (15,0)	
Anos de estudo											
Nenhum		96,4 (9,8)		92,3 (16,9)		86,3 (20,0)		92,3 (14,1)		92,5 (13,3)	0,052*
1 a 4		89,1 (21,2)	0,009*	89,2 (20,3)	0,162*	81,7 (24,5)	0,242*	87,7 (20,1)	0,166*	87,7 (19,0)	
5 a 8		73,1 (29,8)		73,3 (33,0)		64,4 (32,9)		78,1 (22,0)		73,8 (23,1)	
Estado civil											
Solteiro		51,7 (28,0)		70,0 (36,0)		51,7 (35,4)		77,5 (31,6)		74,2 (27,3)	
Casado/Com companheiro		92,0 (17,4)	0,005*	91,8 (18,6)	0,333*	84,0 (23,2)	0,082*	91,4 (16,1)	0,585*	91,4 (15,3)	0,159*
Viúvo		93,8 (15,4)		89,6 (19,3)		84,6 (20,4)		88,2 (18,2)		87,9 (18,1)	
Divorciado/Separado		86,3 (24,3)		80,0 (25,5)		71,3 (36,1)		78,8 (24,6)		78,8 (24,6)	
Número de filhos											
Nenhum		63,3 (35,4)		70,4 (35,5)		57,8 (32,8)		77,2 (30,1)		71,7 (29,4)	
1 a 3		91,2 (18,6)		90,5 (19,0)		85,9 (21,3)		90,0 (17,7)		90,4 (15,3)	
4 a 6		91,1 (15,7)	0,001*	89,0 (20,3)	0,350*	80,0 (24,8)	0,090*	86,9 (19,2)	0,726*	86,7 (19,0)	0,033*
7 a 9		98,1 (3,9)		95,0 (13,4)		86,3 (20,2)		92,9 (11,6)		93,3 (11,3)	
10 ou mais		99,4 (1,8)		93,3 (10,7)		90,0 (17,1)		93,8 (10,3)		93,8 (10,3)	
Arranjos familiares											
Sozinho		76,8 (27,5)		84,2 (23,5)		72,3(30,3)		81,6 (21,7)		81,1 (21,4)	
Somente com cônjuge		86,8 (22,1)		86,4 (23,9)		76,1 (25,9)		85,7 (19,7)		85,9 (18,8)	
Cônjuge e filhos/somente com filhos		96,3 (9,4)	<0,001*	91,7 (17,5)	0,346*	82,7 (23,4)	0,050*	91,0 (16,9)	0,041*	91,0 (16,6)	0,069*
Arranjos trigeracionais		96,6 (13,7)		89,8 (23,3)		94,5 (12,7)		91,3 (19,0)		90,8 (18,1)	

continua...

Variáveis		Dimensões escala	Material		Afetiva		Interação Social Positiva		Emocional		Informação	
			Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Outros arranjos***	Número de diagnósticos		99,1 (2,0)		95,8 (8,0)		88,2 (14,9)		97,3 (6,1)		95,5 (7,2)	
2 a 4			91,6 (16,6)		85,8 (22,6)		80,9 (26,6)		87,0 (18,7)		85,6 (17,6)	
5			94,3 (13,9)	0,223*	95,6 (12,9)	0,070*	86,5 (18,3)	0,732*	93,5 (13,2)	0,378*	93,7 (12,7)	0,188*
6 e mais			85,4 (25,5)		86,1 (23,8)		78,6 (26,6)		85,6 (21,9)		85,7 (21,7)	
conclusão												

* Teste de Kruskal-Wallis, valor significativo $p < 0,05$

** Teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$

*** Envolveu as seguintes categorias: cônjuge, filho(s), genro e nora; arranjos intrageracionais (com outros idosos) e somente com os netos (sem filhos)

A análise do coeficiente de correlação de Spearman (r) entre os escores de cada dimensão da escala de apoio social do MOS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda dos idosos estudados, está descrita na Tabela 16.

Com relação aos escores da EDG-15 e os escores das dimensões da escala de apoio social do MOS, a correlação foi inversa para todas as dimensões (material $r=-0,245$; afetiva $r=-0,223$; interação $r=-0,253$; emocional $r=-0,311$ e informação $r=-0,279$), sendo moderada para a dimensão material e fraca para as outras, indicando que quanto maior o apoio social em todas as dimensões, menor é a presença de sintomas depressivos. Houve diferença estatisticamente significativa para todas as dimensões, material ($p=0,014$), afetiva ($p=0,026$), interação ($p=0,011$), emocional ($p=0,001$) e informação ($p=0,005$).

A correlação entre os escores das dimensões da escala de apoio social e os escores na escala de Lawton e Brody foi inversa e fraca para as dimensões material ($r=-0,157$) e informação ($r=-0,027$), sugerindo que quanto menor a independência para as AIVDs, maior o apoio social nas referidas dimensões, porém, não houve diferença estatisticamente significativa, material ($p=0,121$) e informação ($p=0,789$).

Tabela 16 - Coeficiente de correlação entre os escores nas dimensões da escala de apoio social do MOS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda, dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variáveis	Dimensões da escala	Material		Afetivo		Interação Social Positiva		Emocional		Informação	
		r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Classificação Índice de Katz		0,184	0,069	0,118	0,243	0,043	0,673	0,006	0,946	0,045	0,655
Classificação Escala de Lawton e Brody		-0,157	0,121	0,050	0,618	0,113	0,265	0,070	0,488	-0,027	0,789
EDG-15		-0,245	0,014*	-0,223	0,026*	-0,253	0,011*	-0,311	0,001*	-0,279	0,005*
Renda		0,085	0,400	0,066	0,514	0,082	0,419	0,119	0,240	0,419	0,066

* valor significativo $p < 0,05$

4.5 Características relacionadas à satisfação com o apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

A satisfação com o apoio social foi avaliada mediante a aplicação da ESSS, conforme mencionado anteriormente, a escala é composta por 15 itens com pontuação que varia de 15 a 75 pontos. Para este estudo, a pontuação na escala para a classificação dos idosos estudados foi distribuída em: até 25 pontos (baixa satisfação), de 26 a 50 pontos (média satisfação) e de 51 a 75 pontos (alta satisfação) com o apoio social, conforme proposto por Baptista, Baptista, Torres (2006). Nesta pesquisa a variação de pontos na ESSS foi de 20 a 75, com média de 52,8 e desvio-padrão de 12,0.

De acordo com a Tabela 17 é possível observar que 36 (36,7%) idosos foram classificados com alta satisfação com o apoio social, seguidos de 32 (32,7%) com média satisfação, sendo que 11 (37,9%) dos homens foram classificados com média satisfação e 26 (37,7%) das mulheres com alta satisfação.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, por sexo, segundo a classificação na ESSS, Ribeirão Preto- SP, 2015

Variável	Sexo do idoso					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Classificação ESSS						
Baixa satisfação	8	27,6	22	31,9	30	30,6
Média satisfação	11	37,9	21	30,4	32	32,7
Alta satisfação	10	34,5	26	37,7	36	36,7
Total	29	100	69	100	98	100

Teste exato de Fisher $p=0,820$ (significativo se $p<0,05$)

A Tabela 18 mostra a classificação dos idosos na ESSS, segundo as características sociodemográficas. Destaca-se que 20 (44,5%) dos idosos na faixa etária de 80 a 89 anos e 4 (44,4%) com 90 anos ou mais foram classificados com alta satisfação. Com relação aos anos de estudo 5 (62,5%) dos participantes com 5 a 8 anos de estudo apresentaram baixa satisfação, 15 (46,9%) dos com nenhum ano

de estudo e 21 (36,2%) dos que estudaram de 1 a 4 anos apresentaram alta satisfação. Quanto ao estado civil, 4 (66,7%) dos solteiros e 2 (50,0%) dos divorciados/separados foram classificados com baixa satisfação; 17 (42,5%) dos casados/com companheiro e 17 (35,4%) dos viúvos, com alta satisfação.

Tabela 18 - Distribuição dos idosos (n=98) atendidos em um ambulatório de Geriatria segundo variáveis sociodemográficas e a satisfação com o apoio social, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variável	Classificação Escala de Satisfação com o Suporte Social								
Faixa etária	Baixa		Média		Alta		Total		p valor*
60 a 69	3	42,9	3	42,9	1	14,2	7	100,0	0,562
70 a 79	11	29,7	15	40,6	11	29,7	37	100,0	
80 a 89	14	31,1	11	24,4	20	44,5	45	100,0	
90 e mais	2	22,2	3	33,3	4	44,4	9	100,0	
Anos de estudo									
Nenhum	6	18,7	11	34,4	15	46,9	32	100,0	0,062
1 a 4	19	32,8	18	31,0	21	36,2	58	100,0	
5 a 8	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	100,0	
Estado civil									
Solteiro	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100,0	0,384
Casado/com companheiro	8	20,0	15	37,5	17	42,5	40	100,0	
Viúvo	16	33,3	15	31,3	17	35,4	48	100,0	
Divorciado/Separado	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0	

*Teste exato de Fisher – significativo se $p < 0,05$

A Tabela 19 mostra a classificação dos idosos na ESSS, segundo a classificação na escala de Lawton e Brody, Índice de Katz e sintomas depressivos. É possível observar que 31 (35,6%) dos participantes com dependência parcial, na Escala de Lawton e Brody e 31 (39,3%) dos independentes nas seis funções do Índice de Katz, foram classificados com alta satisfação. Já com relação aos sintomas depressivos, 25 (41,7%) e 22 (36,7%) dos que apresentavam tais sintomas, foram classificados com baixa e média satisfação com o suporte social recebido, respectivamente. Houve diferença estatisticamente significativa entre a classificação na ESSS e os sintomas depressivos ($p=0,000$).

Tabela 19 – Distribuição das variáveis de classificação na escala de Lawton e Brody, Índice de Katz e presença de sintomas depressivos, segundo a classificação na ESSS, dos idosos (n=98) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variável	Classificação Escala de Satisfação com Suporte Social							
	Baixa		Média		Alta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação Escala de Lawton e Brody								
Dependência total	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0
Dependência parcial	28	32,2	28	32,2	31	35,6	87	100,0
Independência	1	12,5	3	37,5	4	50,0	8	100,0
Classificação Índice de Katz								
0. Independente nas seis funções	23	29,1	25	31,6	31	39,3	79	100,0
1. Independente em cinco funções e dependente em uma	4	36,4	3	27,2	4	36,4	11	100,0
2. Independente em quatro funções e dependente em duas	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0
3. Independente em três funções e dependente em três	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
4. Independente em duas funções e dependente em quatro	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
5. Independente em uma função e dependente em cinco	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0
6. Dependente em todas as seis funções	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Presença de sintomas depressivos*								
Presentes	25	41,7	22	36,7	13	21,6	60	100,0
Ausentes	5	13,2	10	26,3	23	60,5	38	100,0

*Teste exato de Fisher p=0,000 (significativo se p<0,05)

A análise da comparação entre as médias da ESSS e as variáveis sócio demográficas e de saúde dos idosos estudados revelou que idosos do sexo feminino (53,0), com 90 anos ou mais de idade (54,6), sem escolaridade (56,4), casados/com companheiro (55,0), que possuíam de 7 a 9 filhos (57,6), que viviam em arranjos trigeracionais (55,7) e que possuíam 5 diagnósticos médicos (54,7) obtiveram as maiores médias. Destaca-se que menores médias foram encontradas para os com 5 a 8 anos de estudo (39,4), solteiros (43,2) e sem filhos (42,6). Os testes revelaram que houve diferença estatisticamente significativa entre o escore médio da ESSS e a variável anos de estudo (p=0,004) (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição das características sociodemográficas dos idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria segundo a comparação com a satisfação com o apoio social, Ribeirão Preto, 2015

Variável	Escala de Satisfação com Suporte Social						P valor
	Frequência n	%	Média	(DP)*	Mínimo	Máximo	
Sexo							
Masculino	29	29,6	52,4	10,2	10,2	100,0	0,861**
Feminino	69	70,4	53,0	12,8	12,8	100,0	
Faixa etária							
60 a 69	7	7,1	51,0	12,7	39,0	100,0	0,727*
70 a 79	37	37,8	51,6	12,9	20,0	100,0	
80 a 89	45	45,9	53,7	11,4	27,0	100,0	
90 e mais	9	9,2	54,6	12,1	29,0	100,0	
Anos de estudo							
Nenhum	32	32,6	56,4	10,5	30,0	100,0	0,004*
1 a 4	58	59,2	52,7	11,6	29,0	100,0	
5 a 8	8	8,2	39,4	12,6	20,0	100,0	
Estado civil							
Solteiro	6	6,1	43,2	15,7	29,0	100,0	0,115*
Casado/Com companheiro	40	40,9	55,0	11,5	20,0	100,0	
Viúvo	48	49,0	52,7	11,4	27,0	100,0	
Divorciado/Separado	4	4,0	46,5	14,7	30,0	100,0	
Número de filhos							
Nenhum	9	9,2	42,6	15,5	20,0	71,0	0,090*
1 a 3	37	37,8	53,9	10,0	30,0	74,0	
4 a 6	32	32,6	53,0	13,3	27,0	75,0	
7 a 9	12	12,2	57,6	9,0	33,0	66,0	
10 ou mais	8	8,2	51,1	11,0	29,0	64,0	
Arranjos familiares							
Sozinho	22	22,4	48,1	10,9	29,0	67,0	0,236*
Somente com cônjuge	22	22,4	53,6	13,6	20,0	75,0	
Cônjuge e filhos/somente com filhos	24	24,5	53,7	12,0	27,0	75,0	
Arranjos trigeracionais	19	19,4	55,7	12,4	30,0	75,0	
Outros arranjos	11	11,3	53,5	9,5	41,0	74,0	
Número de diagnósticos médicos							
2 a 4	32	32,6	53,7	12,8	20,0	75,0	0,274*
5	30	30,6	54,7	9,6	35,0	71,0	
6 ou mais	36	36,7	50,4	13,1	27,0	75,0	
Total	98	100					

A análise do coeficiente de correlação de Spearman (r) entre o escore da ESSS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda dos idosos estudados, pode ser visualizada na Tabela 21.

Nota-se que a correlação entre os escores da EDG-15 e os escores da ESSS, foi inversa e moderada ($r=-0,467$), indicando que quanto maior a satisfação

com o apoio social, menor a presença de sintomas depressivos, sendo estatisticamente significativa ($p=0,000$).

A correlação entre os escores no Índice de Katz e os escores na ESSS, foi inversa e fraca ($r=-0,065$), sugerindo que quanto menor a independência para as ABVDs, maior a satisfação com o apoio social, porém, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,524$).

Tabela 21 - Coeficiente de correlação entre os escores da ESSS e os escores na escala de Lawton e Brody, no índice de Katz, na EDG-15 e da renda dos idosos ($n=98$) atendidos em um Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, 2015

Variável	Escala de Satisfação com Suporte Social	
	r	p-valor
Classificação Índice de Katz	-0,065	0,524
Classificação Escala de Lawton	0,118	0,247
EDG-15	-0,467	0,000*
Renda	0,085	0,402

* valor significativo $p<0,05$

5 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica e perfil social dos idosos, bem como características relacionadas à capacidade funcional, aos sintomas depressivos, além das características relacionadas a rede e ao apoio social e a satisfação com o apoio recebido.

5.1 Caracterização do perfil social, demográfico e de saúde dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

Participaram deste estudo 98 idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um hospital terciário do interior paulista.

O estudo envolveu idosos a partir de 60 anos de idade e a análise dos dados indicou uma distribuição maior de participantes na faixa etária dos 80 a 89 anos (45,9%), com média de idade de 80,1 anos e predomínio de mulheres (70,4%). Estes dados se assemelham a estudos nacionais que também mostraram o predomínio de idosos mais velhos e mulheres. Em investigação realizada com idosos em atendimento ambulatorial em um município do interior paulista, a média de idade entre os idosos foi de 79,8 anos, com predomínio na faixa etária de 80 a 89 anos (48,7%) e de mulheres (75,2%) (BENEDETTI, 2013). Paula et al. (2015) avaliaram 120 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria de Campinas-SP e identificaram que a média de idade foi de 76,8 anos, com contingente maior de idosos na faixa etária de 80 anos ou mais de idade e predomínio (66,7%) de mulheres. Gratão et al. (2013) avaliaram 574 idosos residentes na comunidade de Ribeirão Preto-SP e observaram que 33,4% deles tinham 80 anos ou mais, sendo a média de idade encontrada de 76,6 anos e a maioria (67,8%) dos idosos estudados era do sexo feminino.

No cenário internacional resultados semelhantes aos obtidos neste estudo foram encontrados em investigação desenvolvida por Yeste-Gómez et al. (2014) que avaliou 131 idosos atendidos em um ambulatório de um hospital geral universitário de Madri, na Espanha e encontrou média de idade de 80,2 anos entre a amostra estudada. Longman et al. (2012) em pesquisa realizada na Austrália com 102 idosos

da comunidade identificaram média de idade de 77,1 anos.

No entanto, os dados apresentados diferem de estudos como o desenvolvido por Castro, Silva e Andrade (2013) que avaliaram 102 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria de um município do Maranhão e encontraram média de idade de 71,5 anos. Fernandes et al. (2014) em João Pessoa-PB, entrevistaram 120 idosos e a média de idade foi de 60,8 anos e, a maioria, do sexo feminino (79,2%). Em São Paulo-SP, foram avaliados 24 idosos atendidos no Hospital das Clínicas e a média de idade foi de 68,95 anos e 58,3% da amostra estudada era composta por mulheres (SILVA; GLISOI; IZZO, 2014). Nota-se que apesar da diferença no percentual de mulheres, o predomínio delas nos estudos foi mantido.

No Brasil, o processo de envelhecimento vem acompanhado de um crescimento mais acentuado da população com 80 anos ou mais de idade (CAMARANO; KANSO, 2011). Esta situação também representa a realidade observada em outros países, onde se estima que no período de 2005 a 2030 haja um aumento de 151,0% da população com 85 anos ou mais, em comparação com 104,0% para aqueles com mais de 65 anos e 21,0% para a população com menos de 65 anos de idade (UNFPA, 2012).

O predomínio de idosos mais velhos pode significar maior vulnerabilidade no contexto social e de saúde, se estiver acompanhado de dificuldades financeiras, doenças crônicas e perdas ou diminuição da capacidade funcional. No que se refere à saúde, apesar dos inúmeros avanços ocorridos nesta área, o aumento do número de idosos com 80 anos ou mais, resultará em uma parcela maior de pessoas convivendo com alguma doença crônica, incapacidade ou limitação (BANCO MUNDIAL, 2011). Ainda de acordo com este relatório, esta situação traz repercussões do ponto de vista social, uma vez que estes idosos poderão necessitar mais da ajuda de familiares, e com as mudanças ocorridas na estrutura e dinâmica das famílias, nem sempre estes familiares terão disponibilidade para ofertar o cuidado necessário e projeções indicam que duplicará o número de idosos sendo cuidados por não familiares, em comparação com o ano de 2008.

Com relação ao sexo, o predomínio de mulheres entre os idosos pode ser justificado pela maior longevidade feminina. De acordo com dados do IBGE (2011) as mulheres representavam 55,5% do total de idosos e 61% do percentual daqueles com 80 anos ou mais. Para Bandeira, Melo e Pinheiro (2010) as mulheres vivem em

média oito anos a mais que os homens e dentre os fatores que contribuem para esta realidade, destaca-se o fato de estarem menos expostas a riscos por mortes violentas e a um menor consumo de tabaco e álcool, além de procurarem mais pelos serviços de saúde do que os homens.

Neste sentido, Parayba e Simões (2006) apontam que a maior longevidade feminina não implica necessariamente em melhores condições de saúde, ou seja, elas vivem mais tempo, mas possuem mais dificuldades funcionais que os homens e, portanto, convivem por um período maior com limitações. Além disso, as mulheres que hoje possuem 60 anos ou mais, viveram em uma época em que tinham reduzida participação em atividades externas ao lar, o que conferia a elas menos exposição a doenças que afetavam os homens e influenciavam na mortalidade (AREOSA; BENITEZ; WICHMANN, 2012).

Outra tendência é o número expressivo de viúvas entre as mulheres idosas. Para Clares et al. (2011), isto é reflexo de aspectos culturais transmitidos de geração para geração, em que o homem, após a viuvez, casa-se novamente, de preferência com mulheres mais jovens, enquanto as mulheres permanecem sem companheiro, vivenciando o luto e cuidando de seus afazeres domésticos e familiares. No presente estudo, houve o predomínio de mulheres viúvas (55,1%) e homens casados (58,6%). Em pesquisa desenvolvida com idosos cadastrados em uma unidade do Programa de Saúde da Família em Fortaleza-CE, encontrou-se que 69,2% dos idosos eram mulheres e em relação ao estado civil, observou-se o predomínio de viúvas entre elas (52,8%) e casados entre os homens (87,5%) (CLARES et al., 2011).

Em investigação conduzida por Silva et al. (2012) com a finalidade de analisar os fatores associados à percepção negativa de saúde de 909 idosos residentes em três municípios do interior do Brasil, escolhidos para representar as regiões nordeste, sudeste e sul, revelou o predomínio de mulheres viúvas (41,7%) e de homens casados (56,8%). Outro estudo, desenvolvido por Burzynska et al. (2015) com objetivo de investigar os fatores que determinam o uso de serviços de apoio social entre idosos na Polônia, identificaram que dos 466 participantes, 77,9% eram mulheres e destas, 73,9% eram viúvas.

Do ponto de vista social, como resultado do predomínio de mulheres entre a população idosa, algumas situações merecem destaque. Camargos e Gonzaga (2015) ressaltam que embora tenha aumentado o número de mulheres no mercado

de trabalho, as diferenças de gênero interferem na distribuição das ocupações e valores das remunerações, situações estas que contribuem para a desigualdade entre os sexos. Isto se torna especialmente mais evidente no caso das mulheres idosas, que podem viver situações de precariedade no trabalho (quando necessitam dele), considerando que dedicaram boa parte de sua vida aos cuidados com o lar. Reflexos desta situação podem influenciar o acesso desta população à aposentadoria, muitas vezes, única possibilidade de renda nesta fase da vida.

No que se refere à escolaridade, nesta pesquisa, 59,2% dos idosos estudaram de 1 a 4 anos, com média de 2,3 anos. Dados que se assemelham a outros estudos desenvolvidos com idosos. Em pesquisa realizada com uma amostra de 98 idosos assistidos no ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas de Campinas-SP, identificou-se que a média de escolaridade entre os idosos estudados foi de 2,28 anos (BOMBARDI, 2012). Outra investigação conduzida por Gratão et al. (2013), avaliou a dependência funcional de idosos da comunidade de Ribeirão Preto-SP e a sobrecarga do cuidador e encontrou que, dos 574 idosos, 54,7% tinham de 1 a 4 anos de estudo e 20,2% eram analfabetos.

Pesquisa realizada com 425 idosos do Irã, com média de idade de 66,3 anos (mínimo de 60 e máximo de 92 anos) mostrou que 82% dos idosos estudados eram analfabetos (MOFRAD; JAHANTIGH; ARBABISARJOU, 2015). Em Taiwan, Benetou et al. (2015) com o objetivo de avaliar o risco de fraturas em idosos, encontraram que 41,2% tinham menos que 4 anos de escolaridade e 39,3% eram analfabetos; os participantes com baixa escolaridade apresentaram menor renda, mais depressão e comprometimento cognitivo. Investigação conduzida em um ambulatório médico na Itália, com 138 idosos identificou que 35,0% dos participantes tinham ensino primário e 32,8% ensino fundamental. Outros estudos também trouxeram resultados semelhantes (KAMRANI et al., 2014; IAO et al., 2014).

Considerando-se a média de anos de estudo por sexo, no presente estudo observou-se que as mulheres apresentaram média superior à dos homens (2,5 e 1,8 anos respectivamente). De acordo com o (IBGE, 2011), as mulheres possuem mais anos de estudo do que os homens em todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos ou mais de idade, em que a média de anos de estudo para os homens é de 4,6 anos e para as mulheres de 4,3. Para Bandeira, Melo e Pinheiro (2010) o analfabetismo é predominante entre as mulheres com 60 anos ou mais de idade devido a um passado em que elas possuíam pouco ou nenhum acesso à

educação, sendo de sua responsabilidade apenas o trabalho doméstico. Lebrão e Duarte (2003) apontaram que a escolaridade apresenta relação com percepção do estado de saúde, depressão, cognição, acesso a serviços privados de saúde, entre outros e pode ser um fator limitante para a qualidade de vida dos idosos. Considerando o impacto da escolarização sobre estas e outras variáveis, as autoras acrescentam que este tema deve ser melhor investigado pois o nível educacional está diretamente relacionado ao contexto social em que o indivíduo está inserido.

Parayba, Veras e Melzer (2005) enfatizam que a baixa escolaridade pode limitar a compreensão sobre as orientações fornecidas pela equipe de saúde e sua aplicação no cotidiano, o que faz com que necessitem do apoio de outras pessoas.

Quanto à religião, 77,5% dos idosos mencionaram ser católicos. O mesmo foi observado por Souza (2011) que, ao analisar o perfil religioso de idosos do município de São Paulo-SP, evidenciou que 71,0% eram católicos. Gutz e Camargo (2013) avaliaram as representações sociais sobre a espiritualidade para 30 idosos residentes em Florianópolis-SC e identificaram que 17 deles eram católicos.

Frequentar ou sentir-se membro de uma religião pode despertar no idoso o sentimento de estar inserido em redes e com possibilidades de receber apoio social. Neste sentido, Koenig (2012) e Sommerhalder e Goldstein (2006) apontam que as crenças e práticas religiosas são importantes formas de apoio social entre idosos, pois favorece a aceitação de si próprio e os auxilia no enfrentamento e adaptação às situações adversas.

No que se refere aos recursos financeiros, a maioria, 94,9%, informaram que tinham fonte de renda própria, sendo 62,3% aposentados e 32,6% pensionistas. A renda familiar média encontrada foi de R\$1773,70, sendo que 43,9% recebiam mais que 1 e menos que 3 salários mínimos. Estudo desenvolvido por Gratão et al. (2013), revelou que 63,2% dos participantes eram aposentados e 32,8% recebiam pensão, com renda familiar média de 2 salários mínimos.

Pesquisa desenvolvida por Alvarenga et al. (2011) que descreveu o perfil sociodemográfico e a rede social dos idosos atendidos em um Programa de Saúde da Família do município de Dourados-MS, encontrou que 54,3% eram aposentados e 22,5% recebiam pensão. Duarte et al. (2013) em estudo realizado com 166 idosos de João Pessoa-PB, identificaram que 74,1% dos idosos eram aposentados, seguidos de 25,9% que eram pensionistas e para 59,0% a renda variou entre 1 e 2 salários mínimos. Brito e Pavarini (2012) avaliaram 101 idosos cadastrados em

unidades de Saúde da Família de São Carlos-SP e encontraram renda familiar média maior que dois salários mínimos para 52,5% dos entrevistados. Rodrigues e Neri (2012) avaliaram 688 idosos da comunidade para analisar as relações entre a vulnerabilidade social e o acesso aos serviços de saúde e identificaram que 41,6% deles possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Dados dos Indicadores Sociais em 2013, no Brasil, revelaram que a maioria, 71,6%, dos idosos recebia algum tipo de benefício da Previdência Social, sendo que 75,3% dos homens e 59,8% das mulheres eram aposentados (IBGE, 2014).

Possuir renda é considerado um aspecto importante do ponto de vista da cidadania e autoestima dos idosos (CAMARANO, 2013). Além disso, a renda pode influenciar na formação dos arranjos familiares. A decisão da família em cuidar de um idoso dependente, muitas vezes, baseia-se principalmente na perspectiva econômica, pois nos casos em que o idoso possui fonte de renda, esta acaba se tornando a forma pela qual a família garante a subsistência, assim a lógica do cuidar é invertida e o idoso deixa de ser aquele que deveria ser cuidado para ser o que assegura o cuidado de si próprio e de suas famílias (MAFRA, 2011). Em outros casos a renda dos idosos é incorporada ao orçamento familiar, fazendo com que sejam participantes no sustento das necessidades da família, colaborando com uma renda que é baixa e insuficiente (RAMOS; MENESES; MEIRA, 2010).

De acordo com Souza, Silver e Griep (2010), os idosos brasileiros se constituem em importante fonte de apoio financeiro para suas famílias. A este respeito, Mafra et al. (2013), menciona que mesmo quando sua renda não representa a única fonte de sustento da família, o idoso contribui com parte dos seus rendimentos para compor a renda total, exercendo papel importante na vida financeira desta família, como consequência dos novos arranjos familiares (MAFRA et al., 2013). Pedrazzi et al. (2010) observaram em seu estudo que conforme aumentava a renda familiar do idoso, aumentava o número de pessoas que compartilhavam desta renda.

Em relação à situação econômica, 45,9% dos idosos avaliados no presente estudo identificou sua situação econômica como regular (45,9%) e 40,8% a classificaram como boa. Outros estudos avaliaram a percepção dos idosos sobre sua situação econômica (BACAN, 2009; PRADO, 2011; BENTO e LEBRÃO, 2013). Na pesquisa realizada por Bacan (2009) com 142 idosos da comunidade, no

município de Ribeirão Preto-SP, os resultados evidenciaram que 49,3% dos participantes avaliaram sua situação financeira como regular e 38,7% como boa. Estudo desenvolvido por Prado (2011) com 105 idosos internados em uma unidade de Clínica Médica de um Hospital Terciário, identificou que 72,4% dos idosos avaliaram sua renda como “boa” e 16,2% como “regular”.

Bento e Lebrão (2013) ao analisar os fatores relacionados à suficiência de renda entre idosos da cidade de São Paulo-SP, identificaram que 31,0% dos entrevistados perceberam sua renda como suficiente e os idosos com idade igual ou superior a 70 anos estavam mais satisfeitos com a renda disponível quando comparados aos mais jovens; aqueles com maior escolaridade também apresentaram índices mais altos de satisfação. As autoras destacam, ainda, que um importante fator que influenciou a avaliação da satisfação com a renda, foi a capacidade de manter a totalidade das despesas da casa, apontadas como energia elétrica, água, alimentos, vestimentas e gastos médicos. No entanto, acrescentam que a satisfação com a renda e com as necessidades mínimas variaram de acordo com o contexto em que os indivíduos estavam inseridos, ou seja, o que poderia ser considerado como ideal para uma pessoa pode não ser para a outra.

Quanto à situação de moradia 86,8% dos entrevistados residiam em casa própria. Resultado que corrobora o encontrado por Prado (2011) em que 85,7% dos idosos estudados residiam em casa própria e por Bacan (2009) em que 86,6% dos idosos estavam na mesma situação.

O elevado percentual de idosos que possuem casa própria pode ser explicado, entre outros aspectos, pelo fato de que o direito à moradia está assegurado pela legislação brasileira. De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) em seu artigo 38, o idoso possui prioridade nos programas habitacionais públicos e privados, destinados a aquisição de imóveis para moradia própria, devendo ser reservado 3,0% das unidades residenciais para esta parcela da população. O Estatuto prevê ainda, critérios de financiamento acessíveis aos rendimentos de aposentadoria e pensão.

No que concerne à posição do idoso na família, 57,1% se identificaram como chefes ou responsáveis pelo domicílio, com predomínio, 72,4%, de idosos homens nesta condição, situação que retrata a realidade brasileira. Em investigação conduzida por Rabelo e Neri (2015) da qual participaram 134 idosos residentes em Santo Antônio de Jesus-BA, identificou-se que 72,4% deles eram chefes ou

responsáveis pelo domicílio.

Arantes et al. (2010) realizaram pesquisa qualitativa com idosos residentes no município de Arcos-MG e identificaram que a permanência no emprego ou o recebimento do benefício previdenciário entre os homens faz com que continuem sendo identificados como chefes e responsáveis pelo domicílio por continuarem contribuindo com a renda familiar.

Embora haja o predomínio de homens na condição de chefes ou responsáveis pelos domicílios, Bandeira, Melo e Pinheiro (2010) apontam para a tendência de aumento no número de mulheres nesta condição, mesmo nos casos em que elas vivem com os cônjuges, o que pode indicar mudanças nos arranjos familiares e nos valores socialmente construídos, em que a figura do chefe/provedor era associada ao homem. Em relação à contribuição do idoso para a renda familiar, Santana e Lima (2012) apontam que os idosos, quando chefes da família contribuem para 68% da renda familiar e esta condição favorece a autonomia e independência desses idosos.

No que se refere ao número de filhos, no presente estudo, a média de filhos por idoso foi de 4,3, sendo que 37,8% tiveram de 1 a 3 filhos, 32,6% de 4 a 6 e 9,2% não tiveram filhos. Pilger (2015) avaliou 169 idosos em tratamento hemodialítico no município de Ribeirão Preto-SP e identificou média de 3,3 filhos por idoso, sendo que 11 foi o número máximo de filhos encontrados entre a amostra estudada. Outro estudo desenvolvido por Pedrazzi et al. (2010) para caracterizar o arranjo domiciliar de 147 idosos mais velhos em um município do interior paulista, identificaram média de 4,08 filhos por idoso. Escobar-Bravo, Puga e Martin (2008), investigaram 1250 idosos residentes na comunidade em Madri-Espanha, com o objetivo de identificar os efeitos da rede social na autonomia do idoso e encontraram que 66,2% tinham entre 1 e 3 filhos, 25,7% tinham 4 ou mais e 8,1% não tinham filhos.

Neste sentido, Küchemann (2012) chama a atenção para o aumento da quantidade de famílias compostas apenas pelo casal, sem filhos, tendo ocorrido um aumento de 11,7% para 15,7% no período entre 1998 e 2008. De acordo com dados do IBGE (2010) tem se observado nos últimos tempos uma redução no tamanho das famílias e no número de casais com filhos, como reflexo da queda nas taxas de natalidade. Para Pedrazzi et al. (2010), a redução no número de filhos traz implicações diretas para as famílias, que cada vez mais em número menores,

encontrarão também menores possibilidades de ajuda quando necessário. Neste sentido, embora os filhos se constituam em importantes fontes de apoio para os idosos, a ausência deles pode significar menor apoio disponível.

Em relação aos arranjos familiares, neste estudo observou-se que 24,5% dos idosos moravam com o cônjuge e filho(s) ou somente com os filhos, seguidos de 22,4% que moravam apenas com o cônjuge e outros 22,4% que moravam sozinhos.

No estudo conduzido por Gasparini (2015) houve o predomínio de idosos morando sozinhos (22,8%), seguido de 17,5% e 15,7% que moravam somente com o cônjuge ou somente com os filhos, respectivamente. No estudo de Pedrazzi et al. (2010), 26,5% dos idosos moravam com o cônjuge, 14,3% moravam apenas com o(s) filho(s) e 4,1% moravam com o cônjuge e filho(s). Duarte, Lebrão e Lima (2005) analisando dados do estudo SABE, identificaram a formação de 66 tipos de arranjos familiares entre os idosos estudados, com predomínio (32,1%) de idosos que moravam com cônjuge e filhos e 20,0% que moravam apenas com o cônjuge. O estudo de Rabelo e Neri (2015) mencionado anteriormente mostrou que 41,0% dos idosos moravam com filhos e 23,9% residiam com cônjuge e filhos.

Nota-se que independente do tipo de arranjo, a maioria dos idosos nos diferentes estudos, residia com a família. Rabelo e Neri (2015) apontam que as famílias que possuem idosos entre seus membros estão em melhores condições financeiras e com menor risco de pobreza quando comparadas àquelas sem idosos. Küchemann (2012) refere que o modelo tradicional da família vem sofrendo alterações e muitos tipos de arranjos podem ser identificados, e que nem sempre, são as melhores opções para os idosos.

Quanto à formação do arranjo familiar, 63,3% dos idosos investigados informaram que o arranjo familiar atual era composto pelas pessoas (filhos, netos, entre outros) que nunca haviam saído de casa e permaneciam morando com o idoso; 26,5% relataram que as outras pessoas foram morar com os idosos e 10,2% deles foram morar com a família. Pedrazzi et al. (2010) encontraram que 25,2% dos idosos entrevistados mencionaram que as outras pessoas foram morar com o idoso, 21,1% dos idosos foram morar com outras pessoas e 53,7% foram incluídos na categoria “outros” que envolvia desde filhos que nunca saíram de casa até idosos morando sozinhos. O fato de os filhos nunca terem saído de casa e continuarem morando com os pais pode ser explicado por estarem dispensando maior tempo para a escolarização, pelas dificuldades encontradas para conseguir um emprego, por

questões financeiras, dentre outros.

Quando questionados sobre o tipo de atendimento de saúde que buscavam como primeira opção quando necessitavam, 76,5% dos idosos declararam que utilizavam o SUS e 19,4% deles mencionaram procurar pelos filhos antes de buscar qualquer atendimento.

O predomínio de idosos que buscam atendimento pelo SUS pode ser justificado pois a pesquisa foi realizada em um hospital público, sendo a referência de atendimento para a amostra estudada. No mais, considera-se que a partir da Constituição Federal de 88 e a criação do SUS, com a perspectiva de universalização e igualdade do acesso, muitas pessoas passaram a ter neste Sistema, a sua primeira opção de atendimento.

Pesquisa conduzida por SILVA et al. (2011) com o objetivo de analisar a evolução do perfil dos usuários dos SUS entre os anos de 2003 e 2008, mostrou que houve pouca alteração no perfil dos usuários do sistema público no período estudado, sendo que a maior procura pelos serviços ocorreu entre as mulheres (17,0%), nas faixas etárias mais velhas, com aumento da procura conforme aumenta a idade (12,0%). Observaram ainda, maior procura entre as pessoas de cor branca (16,0%) e nos extremos da escolaridade (160% de zero a três anos e 15,0% para as pessoas com mais de 11 anos de escolaridade). Os autores registraram ainda que houve um aumento de procura pelo serviço público pelas pessoas com renda maiores.

Por outro lado, merece destaque também o elevado número de idosos que mencionaram procurar pelos filhos antes de buscar qualquer tipo de atendimento médico. Assim, como já mencionado anteriormente, os filhos ainda se constituem em uma importante fonte de apoio para os idosos. Neste sentido, Mota et al. (2010) em estudo que avaliou a rede social de apoio das famílias de 218 idosos de bairros periféricos de Fortaleza-CE, identificaram que os filhos foram os principais responsáveis pelo atendimento das necessidades dos idosos, independente da renda familiar.

Outro aspecto avaliado neste estudo foi a identificação dos diagnósticos médicos registrados nos prontuários médico dos idosos, sendo possível constatar que o número médio de doenças por idoso foi de 5,3. De acordo com os capítulos da CID-10 encontraram-se 25,7% de registros para doenças do aparelho circulatório, 25,3% para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 13,4% para

doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Dentre as doenças propriamente ditas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (87,7%), dislipidemia (50,0%), diabetes mellitus (40,8%), osteoporose (34,7%) e a artrite reumatoide (9,2%).

Benedetti (2013) em seu estudo desenvolvido junto à idosos em acompanhamento geriátrico ambulatorial, encontrou média de 4,4 diagnósticos, sendo: hipertensão arterial (74,3%), dislipidemia (37,6%), diabetes mellitus (27,3%) e depressão (26,5%). Em relação a outros estudos que investigaram a presença de diagnósticos médicos, Lino et al. (2013) no estudo desenvolvido com idosos de Manguinhos, no Rio de Janeiro, encontraram 83,3% de hipertensão arterial e 31,7% de diabetes mellitus. Popim et al. (2010) em pesquisa realizada com idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria de Botucatu, encontrou entre os idosos, prevalência de hipertensão arterial sistêmica (49,1%), seguida de doenças osteoarticulares (28,3%), diabetes mellitus (22,3%) e doenças cardiovasculares (21,7%).

Estudo realizado no Irã em que foi avaliada a prevalência de doenças crônicas e comportamentos de promoção da saúde entre os idosos. As doenças mais citadas foram problemas articulares (78,9%) e hipertensão arterial (56,6%). A promoção de comportamentos saudáveis esteve associada à idade, ao nível educacional e ao trabalho (MOFRAD; JAHANTIGH; ARBABISARJOU, 2015).

A prevalência de doenças entre a população estudada pode ser explicada pelo fato de tratar-se de idosos que realizam acompanhamento de saúde em um ambulatório geriátrico, o que já denota a existência de problemas de saúde e necessidade de tratamento (SUASSUNA et al., 2012).

A prevalência de doenças crônicas também foi avaliada no estudo de Pinto e Neri (2013) que avaliaram 2472 idosos participantes do estudo FIBRA e recrutados na comunidade nas cidades de Belém (PA), Parnaíba (PI), Campina Grande (PB), Poços de Caldas (MG), Ermelino Matarazzo (SP), Campinas (SP) e Ivoti (RS). Os resultados mostraram que a média de idade encontrada de 72,2; 11,3% dos idosos não referiram doenças crônicas, 49,7% mencionaram uma ou duas e 39,0% três ou mais; entre os homens a média foi de 1,7 DCNTs e entre as mulheres de 2,4. Outra pesquisa conduzida por Rabelo e Neri (2015) revelou que 52,2% dos idosos estudados informou ter uma ou duas doenças crônicas e 59,7% relataram ter sinais e sintomas relacionados a elas.

Para Veras (2012) alterações no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis devem ser adotados pela população, considerando a importância das doenças crônicas enquanto principal causa de óbitos e incapacidades no país e devido aos custos com hospitalização decorrentes dessas doenças.

5.2 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

Conforme já mencionado, neste estudo a capacidade dos idosos para realizar as AVDs foi avaliada por meio do Índice de Katz para as ABVDs (tomar banho, vestir-se, fazer uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação) e da Escala de Lawton e Brody para as AIVDs (uso do telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio de dinheiro).

A capacidade funcional é um elemento importante na avaliação do idoso, pois indica o potencial que possuem para ter uma vida independente e autônoma (FIELDER; PERES, 2008).

Neste estudo, a análise dos dados mostrou que a maioria, 80,6%, dos idosos eram independentes para as ABVDs, entendidas como aquelas atividades relacionadas ao autocuidado. Para aqueles, 19,4%, que relataram dificuldades em realizar tais atividades, as principais queixas foram relacionadas às atividades de tomar banho, vestir-se e continência.

Outros estudos avaliaram a capacidade funcional de idosos. Popim et al. (2010), avaliaram idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia de Botucatu-SP, com o objetivo de traçar o perfil dos idosos e a capacidade funcional, avaliada pelo Índice de Katz. Os autores identificaram que 76,4% dos participantes eram independentes para as ABVDs e dentre as atividades para as quais tinham mais dificuldade foram citadas o banho, vestuário e continência.

Estudo internacional que envolveu 14292 idosos chineses com a finalidade de avaliar a capacidade funcional e os fatores de risco associados, evidenciou a prevalência de incapacidade para 42,7% dos participantes, sendo a

maior limitação para o banho (3,94%) e a menor para a alimentação (2,2%), revelando, ainda, que a incapacidade foi maior entre os idosos com 80 anos ou mais de idade, o sexo feminino, os solteiros, os sem escolaridade e os com situação econômica insatisfatória (CHEN et al. 2015). Na Nigéria um estudo que avaliou 843 idosos de um centro de atendimento geriátrico, identificou que a média de idade foi de 69,3 anos; a maioria era independente para a maior parte das ABVDs (avaliação pelo índice de Katz) e 5,3% dos idosos apresentaram alguma incapacidade para a execução das atividades (ADEBUSOYE; OGUNBODE; OLOWOOKERE, 2014).

Em relação às AIVDs, que consistem em atividades mais complexas relacionadas ao meio externo, a maioria (88,8) dos idosos avaliados, neste estudo, apresentou dependência parcial e dentre as atividades em que relataram maior dificuldade destacam-se preparar refeições (59,1%), uso do telefone (51,0%) e realizar compras (36,7%)

Estes resultados diferem dos encontrados por Bombardi (2012) que mostrou que 33,7% dos idosos apresentaram dependência em pelo menos uma ABVD e 53,0% em pelo menos uma AIVDs. No estudo de Barbosa et al. (2014) conduzido com 286 idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família de Montes Claros-MG, identificou-se que 82,8% dos idosos eram independentes para as ABVDs, e dentre aqueles que apresentaram alguma dependência, as principais dificuldades mencionadas foram: controle da micção (9,4%), vestir-se (7,6%) e banhar-se (6,6%). Para as AIVDs, 25,9% dos idosos eram dependentes para realizar as atividades, sendo as maiores dificuldades mencionadas: ir a lugar distante sozinho (24,1%), lavar e passar roupa (22,0%) e usar o telefone (18,9%). Investigação conduzida por Leite et al. (2015), em que avaliaram a capacidade funcional e cognitiva de idosos da comunidade de um município do Rio Grande do Sul, observou-se que 94,4% eram independentes para as ABVDs, de acordo com Índice de Katz e 85% era independente para as AIVDs, de acordo com a Escala de Lawton e Brody.

Na literatura internacional, pesquisa desenvolvida na Espanha, por Millán-Calenti et al, (2010), da qual participaram 598 idosos com 65 anos ou mais de idade, revelou que 56,1% das mulheres e 77,7% dos homens apresentaram independência para todas as ABVDs e 46,5% dos idosos foram classificados como independentes e 36,5% apresentaram dependência parcial para as AIVDs. Keeler et al. (2010) desenvolveram estudo longitudinal com idosos americanos com a finalidade de

identificar a associação entre expectativa de vida e estado funcional, apontaram que idosos com 75 anos ou mais e sem limitações tem expectativa de vida de mais de cinco anos se comparado com aqueles com alguma limitação funcional.

Considerando os achados deste estudo, a saber: embora a maioria dos idosos seja independente para as ABVDs, há atividades para os quais necessitam de auxílio, como vestir-se, tomar banho e continência, bem como para as AIVDs, tais como usar o telefone, fazer compras e preparar refeições, isto representa que em alguns momentos os idosos necessitam do apoio de outras pessoas, seja nas atividades mais simples ou naquelas mais complexas. Vale ressaltar que com o processo de envelhecimento, há idosos vivendo apenas com outros idosos, um dependendo do cuidado e apoio do outro, situação esta que merece reflexão no sentido de garantir que estejam de fato sendo atendidos em suas necessidades. Evidencia-se também a importância do envolvimento de outras pessoas da rede social (filhos, netos, amigos) nesse processo, bem como a adoção de estratégias na tentativa de preservar a capacidade funcional dos idosos.

5.3 Características relacionadas aos sintomas de depressão entre os idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

A presença de sintomas depressivos nos idosos que participaram deste estudo foi avaliada mediante a aplicação da EDG-15, que permite o rastreio desses sintomas e sugere risco para esta doença (FRANK; RODRIGUES, 2006). A pontuação na escala varia de zero a 15, sendo zero o indicativo de ausência de sintomas depressivos e 15 a pontuação máxima de tais sintomas, adotou-se o escore maior ou igual a cinco para determinar a presença de sintomas depressivos, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999).

Dos idosos estudados, a maioria, 61,2%, apresentou sintomas depressivos, sendo 69,0% dos homens e 60,0% das mulheres. Na literatura nacional foram encontrados estudos que utilizaram a EDG-15 e também revelaram elevados percentuais da presença de sintomas depressivos entre idosos. A pesquisa conduzida por Trevizani (2015), já mencionada anteriormente, encontrou presença

de sintomas depressivos em 55,0% dos idosos com diabetes estudados. Na investigação conduzida por Souza et al. (2013) em que foram avaliados 125 idosos residentes em uma área do Programa de Saúde da Família de Jequié-BA, identificou-se que 88,8% dos idosos apresentaram sintomas depressivos. No entanto, os resultados desta pesquisa são superiores aos encontrados em outros estudos realizados com idosos e que utilizaram a EDG-15 (PAULA et al. 2015; RAMOS et al., 2015; BORGES et al., 2013; HOLZ et al., 2013).

No estudo de Paula et al. (2015) cujo objetivo foi avaliar a presença de sintomas depressivos entre idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas, participaram 240 idosos residentes em João Pessoa-PB. Os autores também utilizaram a EDG15 e os resultados mostraram que 75,8% dos idosos não apresentaram sintomas de depressão e, dentre aqueles que tiveram sintomatologia presente, 24,2% foram classificados com depressão leve ou severa e os sintomas estavam associados à faixa etária entre 71 e 76 anos de idade, ao sexo feminino, aos casados e com renda familiar de um a três salários mínimos.

Em investigação conduzida por Ramos et al. (2015) com 639 idosos cadastrados em uma unidade do Programas de Saúde da Família de Montes Claros-MG, identificou-se a presença de sintomas depressivos, avaliada pela aplicação da EDG-15, em 27,5% dos idosos, sendo a prevalência de 29,1% entre as mulheres e 24,8% entre os homens.

Borges et al. (2013) avaliaram 1656 idosos da comunidade de Florianópolis-SC, (Inquérito EpiFloripa Idoso), e encontraram prevalência de sintomas depressivos, obtidos pela aplicação da EDG-15, em 23,9% da amostra estudada, sendo de 26,3% entre as mulheres e 19,8% entre os homens. Os fatores associados à presença de sintomas depressivos neste estudo foram: sexo feminino, ter 80 anos ou mais e baixa escolaridade. Holz et al. (2013) em estudo envolvendo 1514 idosos do município de Bagé-RS, encontraram prevalência de 14,9% de presença de sintomas depressivos entre a amostra estudada, sendo menor que a média nacional.

Em relação a estudos internacionais que investigaram a presença de sintomatologia depressiva em idosos, aplicando a EDG, a literatura mostrou resultados que diferem dos encontrados no presente estudo (KAMINSKA, 2015; CARDONA et al., 2015; LI; THENG; FOO, 2015).

No estudo desenvolvido por Kaminska (2015) foram avaliados 304 idosos

com idade entre 65 e 100 anos usuários de um serviço de atendimento domiciliar da Polônia e que teve como objetivo analisar o risco de queda e relação com função cognitiva, física e sintomas depressivos. Quanto a este último, a prevalência entre os idosos estudados foi de 48,1%, sendo relacionado ao maior risco de quedas, juntamente com limitações da função física.

Cardona et al. (2015) realizaram estudo na Colômbia com a finalidade de avaliar o risco de depressão em idosos e a relação com fatores socioeconômicos e demográficos. Foram analisados 4060 idosos e os resultados apontaram para a prevalência de 29,5% de sintomas e depressão e associação com idade (mais que 75 anos, sexo feminino, viúvas e residentes em área rural).

Outro estudo, conduzido com 162 idosos da comunidade de Cingapura identificou prevalência de 32,9% de sintomas depressivos e os resultados mostraram que não foi encontrada associação entre a presença de sintomas de depressão e as variáveis demográficas, no entanto, solidão e apoio social percebido tiveram relação com a presença desses sintomas (LI; THENG; FOO, 2015).

Os resultados de estudos internacionais apontam para uma discreta variação na prevalência dos sintomas depressivos, de acordo com o país em que aconteceu a investigação. Já estudos epidemiológicos realizados no Brasil apontam para prevalência de sintomas depressivos de 19,0% a 34,0% entre a população idosa nas diferentes regiões do país (BATISTONI; NERI; CUPERTINO et al, 2010; HOFFMANN et al., 2010).

Destaca-se que no presente estudo a presença de sintomatologia depressiva foi superior à média encontrada entre os idosos brasileiros. A alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos requer maior atenção, uma vez que a presença deles pode tornar os idosos mais dependentes dos cuidados de outras pessoas, que muitas vezes, sequer percebem que se encontram nessa situação. Os idosos não raras às vezes tem como apoio, seu familiar, também idoso, o que pode tornar esta situação ainda mais preocupante, por ambos eventualmente necessitarem de atenção e apoio.

A presença da depressão evidenciada na literatura aponta para o predomínio da doença entre as mulheres, no entanto, este estudo encontrou maior presença de sintomas de depressão entre os homens. A maior evidência feminina pode ser justificada por talvez a depressão ser subdiagnosticada entre os homens, pela dificuldade em aceitarem que estão com a doença, por questões culturais e

pelo fato deles procurarem menos pelos serviços de atendimento médico do que as mulheres. Entre os homens, observa-se ainda, que as mudanças nos papéis sociais decorrentes da saída do mercado de trabalho e a chegada da aposentadoria podem ser alguns dos fatores que influenciam na presença de sintomas depressivos entre eles. Assim, isso remete para a necessidade de atenção para este grupo de idosos, já que poderão ser alvos de maior apoio e cuidado. É imprescindível que as equipes de saúde estejam atentas a essa situação para que possam identificar a presença da sintomatologia depressiva entre os homens e realizar o acompanhamento adequado.

5.4 Características relacionadas à rede e apoio social entre os idosos participantes do estudo

A rede e o apoio social neste estudo foram avaliados por meio do SNI e da escala de apoio social do MOS (CHOR et al., 2001; GRIEP et al., 2003; GRIEP et al., 2005).

A primeira parte do instrumento avalia a rede social a partir dos contatos sociais (parentes e amigos) e participação em atividades esportivas, grupos ou atividades artísticas, reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos e em trabalhos voluntários.

Assim, a análise dos resultados referente à rede social indicou que 31,6% dos idosos entrevistados sentem-se à vontade para conversar sobre quase tudo com 2 a 3 parentes, sendo que para os homens a média de parentes foi de 4,0 e para as mulheres 3,2. Em relação ao número de amigos na rede, 41,8%, informaram não possuir amigos com os quais pudessem contar e 18,4% possuíam de 2 a 3, sendo que os homens tinham em média mais amigos (2,6) que as mulheres (2,1). Já com relação a faixa etária os idosos com 90 anos ou mais tiveram menor média (3,2) de parentes e os com idades entre 80 a 89 anos (1,8) apresentaram menor média de amigos. De forma geral, a avaliação da rede social mostrou que neste estudo, os idosos possuíam em média 6,4 contatos, sendo 3,4 parentes e 2,3 amigos.

Estudo conduzido por Alvarenga et al., (2011) que avaliou 497 idosos

assistidos pelo Programa de Saúde da Família de Dourados-MS, com a finalidade de identificar o perfil sociodemográfico e a rede social dos idosos. A rede foi avaliada pela aplicação do Mapa Mínimo de Relações do Idoso e mostrou que os participantes tinham rede composta em média por 3,8 pessoas, sendo que para 30,6% o tamanho da rede foi considerado pequeno, para 39,2% médio e para 24,0% grande.

Brito (2015) em estudo que buscou caracterizar as redes sociais dos idosos e sua influência na funcionalidade e óbito, analisando para tanto, resultados do Estudo SABE, apontou que as redes sociais dos idosos eram compostas em média por 8,15 integrantes e a rede dos homens era maior que a das mulheres (8,55 e 7,87, respectivamente). Os resultados indicaram ainda que para os idosos com 60 a 69 anos a rede era composta em média por 8,70 integrantes, aqueles com 70 a 79 anos por 7,65 e os com 80 anos ou mais por 6,61 pessoas. Este resultado é semelhante ao encontrado no presente estudo, pois se identificou uma redução no número de contatos à medida que aumentava a idade.

Brito, Pavarini e Costa (2012) desenvolveram estudo com a finalidade de avaliar a rede de apoio social de idosos com alteração cognitiva cadastrados em unidades de saúde da família de São Carlos-SP. Foram entrevistados 38 idosos e a avaliação da rede social foi realizada pela aplicação do Diagrama de Escolta, instrumento gráfico que apresenta aspectos funcionais e estruturais da rede de apoio. No referido estudo, os idosos apresentaram média de 12,4 pessoas em sua rede social.

Estudo de Nardi (2012) que também avaliou a rede social, por meio do SNI, de 178 cuidadores familiares de idosos do município de Arapongas-PR, 45,4% com idade acima de 60 anos, revelou que a média de parentes foi de 3,44 e a de amigos 2,88.

Comparar os resultados apresentados com os encontrados no presente estudo não seria adequado, pois existem diferenças entre as populações envolvidas e os instrumentos usados para avaliar a rede social. No entanto, é importante que os idosos tenham com quem contar no dia a dia para sentirem-se mais valorizados e cuidados, pois isto influenciará na sua satisfação com a vida, autoconfiança e a forma como lidam com os problemas (GRIEP et al., 2003).

Pesquisa desenvolvida na Austrália (MCLAUGHLIN, et al. 2012) com idosos, sendo 2013 mulheres e 680 homens, para avaliar a influência da rede social

e sua relação com a capacidade funcional, mostrou que a média de contatos encontrada foi de 6,7 para os homens e 6,2 para as mulheres. Escobar-Bravo, Puga-Gonzáles e Martin-Baranera (2012) avaliaram 1250 idosos espanhóis, com idade entre 70 e 75 anos e encontraram que, 64% dos entrevistados mencionaram ter contato diário com pessoas com quem que podiam contar e a média de pessoas na rede por idoso foi de 4,0. Outra investigação conduzida nos Estados Unidos que avaliou, por meio do SNI, 1075 adultos com histórico de câncer, revelou que a média de contatos na rede entre a amostra estudada foi de 4,0 pessoas (YANG; LI; FRENK, 2014).

Brito (2015) destaca a dificuldade em comparar os valores encontrados na composição numérica da rede, uma vez que, além de existir diferenças significativas na seleção dos participantes, o padrão de sociabilidade presente em cada localidade também exerce influência.

O presente estudo, embora com médias de contatos baixas, identificou que a constituição da rede dos idosos é formada predominantemente por familiares, o que é semelhante a outras pesquisas realizadas no país (BRITO, 2015; SERBIM, 2012) e a pesquisas internacionais (CHEN, SHORT, 2008; MCLAUGHLIN et al. 2012).

O fato dos idosos mencionarem mais contato com parentes do que com amigos merece atenção considerando as transformações que as famílias vêm sofrendo nos últimos anos e pelo fato de estarem cada vez menores. Neste sentido, Camarano (2010) aponta que as mudanças que surgiram como decorrência da queda na taxa de fecundidade, nupcialidade e maior participação da mulher no mercado de trabalho afetaram a capacidade das famílias para oferecerem apoio aos seus membros dependentes, em especial os idosos. Afirma que tradicionalmente, tais cuidados são atribuídos aos familiares mais novos, que cada vez mais estão em menor número e, também às mulheres, que não possuem mais tanto tempo para o cotidiano doméstico. Chama a atenção, ainda, para o fato de que muitas famílias possuem menos tempo para ofertar cuidados aos seus membros, mas possuem mais recursos para pagar por este cuidado. Segundo a autora, a disponibilidade dos familiares diminui à medida que aumenta a necessidade do cuidado.

Serbim (2012) aponta que tradicionalmente, em países como o Brasil, a família é a principal fonte de apoio para os idosos, pois áreas como a da saúde, previdência e assistência social, ainda possuem limitações que impedem uma

atuação efetiva junto à essa população. Para a autora, a família não pode suprir essas dificuldades, já que são responsabilidade do Estado, e assim, acabam se constituindo na principal fonte de assistência aos idosos.

Na realidade, a própria legislação brasileira coloca para a família as responsabilidades com o idoso, especialmente aqueles dependentes. De acordo com Camarano (2013) o Estatuto do Idoso atribui primeiramente à família o dever de cuidar e amparar seus membros idosos, desresponsabilizando o Estado, a quem cabe apenas a função de elaborar as leis, fiscalizar e punir. Em outras palavras, muitas são as responsabilidades atribuídas às famílias, no entanto, elas devem contar com o Estado, enquanto partícipe e detentor de meios para assegurar os direitos dos idosos e se necessário, coresponsabilizá-lo pela falta e omissão no atendimento ao idoso. Este é um dos grandes desafios imposto ao Serviço Social no trabalho com esta população, na atualidade: contribuir para a garantia dos direitos dos idosos, em meio a uma situação de desresponsabilização do Estado e sobrecarga das famílias.

Isso posto, a importância da família no relacionamento com o idoso é fundamental a partir de várias perspectivas. Uma delas refere-se ao incentivo que familiares podem oferecer para que os idosos se envolvam em atividades com amigos e grupos de convivência destinados a essa faixa etária. Neste sentido, destaca-se a importância dos amigos na constituição da rede social do idoso. Serbim (2012) aponta que a relação do idoso com amigos pode favorecer a adoção de práticas de saúde e que muitas vezes, amigos se constituem em importantes fontes de apoio emocional. Chappell (2007) aponta para a leveza que tradicionalmente as relações de amizade trazem consigo, ao contrário da obrigatoriedade presente nos laços familiares. Juntamente com os vizinhos, que estão próximos geograficamente, os amigos formam uma rede de apoio de fundamental importância ao idoso.

O envelhecimento acarreta alterações nas relações de amizade, tanto no que se refere ao papel que os amigos desempenham, quanto na estrutura da rede, no entanto, assim como os familiares, os amigos são importantes componentes da rede social do idoso (HINDE, 1997).

Chamam a atenção neste estudo, os resultados que mostram que, 41,8% dos idosos mencionaram não ter amigos, 6,1% que não possuíam parentes com quem contar e os 28,6% que tinham apenas um parente, vale mencionar que neste

estudo, a média mais baixa de apoio social foi para a dimensão interação social positiva (81,1), que se refere à disponibilidade em ter alguém para compartilhar momentos e atividades de lazer. Ressalta-se que no instrumento utilizado, nesta pesquisa, os idosos foram questionados sobre amigos com os quais podiam falar sobre quase tudo, o que indica a necessidade de confiança e proximidade, exigindo um pouco mais da relação de amizade. Dessa forma, não se pode inferir que os idosos não tinham relações de amizade, mas para efeito do apoio propriamente dito, os idosos estudados têm menos amigos próximos.

Pesquisa qualitativa desenvolvida por Araújo et al. (2012) envolvendo 250 idosos que frequentavam grupos e serviços da Universidade Santa Cruz do Sul, avaliou a percepção desses idosos sobre suas relações de amizade e vínculos familiares. Os resultados mostraram que os idosos vivenciavam a vida familiar e a relação com amigos de forma positiva. Os participantes comentaram que as amizades são importantes, pois lhes dá a oportunidade de se distrair, divertir e conversar, além de servirem como companhia quando os familiares trabalham ou não moram mais na mesma casa.

Outro estudo de abordagem qualitativa desenvolvido por Faquinello e Marcon (2011), que avaliou a rede social de apoio composta por amigos e vizinhos de adultos e idosos hipertensos residentes em Maringá-PR, identificou que os participantes possuíam amigos, com os quais mantinham contato há vários anos, sendo estas amizades classificadas como verdadeiras e estáveis, porém manifestaram dificuldade em iniciar amizades ou manter novos amigos. Para as autoras, alguns fatores influenciam a consolidação da rede de amizades dos adultos e idosos, como o falecimento dos amigos e a mudança de endereço, e embora tais situações possam ocorrer em qualquer fase da vida, podem impactar a rede social desta parcela da população.

O fato dos idosos possuírem uma rede social restrita, pode significar dificuldades caso venham necessitar de algum tipo de auxílio. Assim, talvez a alternativa mais premente seja utilizar-se da rede de apoio formal, composta pelos serviços de atendimento ao idoso. Serbim (2012) em pesquisa desenvolvida com 220 idosos atendidos no serviço de emergência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS, identificou que três quartos dos entrevistados haviam recebido apoio formal de instituições, representados principalmente pelo oferecimento de recursos materiais como medicamentos, cesta básica e inclusão em programas sociais.

No presente estudo, a posição do idoso na rede de apoio mostrou que houve predomínio, 37,3%, de idosos no segundo tercil, indicando médio contato com pessoas (parentes e amigos) na rede, o que pode estar influenciando na baixa participação em atividades sociais, uma vez que nos últimos 12 meses, 90,8% dos idosos não haviam realizado atividades esportivas ou artísticas em grupo, 98,0% não participaram de reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos e 92,9% não realizaram trabalhos voluntários.

A baixa participação dos idosos em atividades esportivas, reuniões, associações e trabalho voluntário, entre outros, observada neste estudo, pode ser justificada devido à idade dos idosos, já que a maioria (55,1%) possuía 80 anos ou mais e, por talvez, necessitem do apoio de outras pessoas para leva-los até onde essas atividades acontecem; além do fato de que, embora a maioria tenha sido classificada como independente para as ABVDs, evidenciou-se uma parcela importante com limitações para as AIVDs (88,8%), que são atividades mais complexas e relacionadas ao convívio social.

Borges et al. (2008) avaliou o perfil de idosos frequentadores de grupos de convivência de Belo Horizonte-MG e identificaram entre os participantes, que houve o predomínio de mulheres, viúvas, na faixa etária de 65 a 74 anos, e escolaridade primária, evidenciando-se que a participação em atividades em grupo esteve associada à melhor qualidade de vida, pois proporcionam um ambiente em que trocas e vivências são compartilhadas, refletindo no bem-estar dos idosos.

O estudo desenvolvido por Nardi (2012), com cuidadores de idosos identificou que participar ou não de reuniões de associações não influenciou na qualidade de vida do cuidador, no entanto, aqueles que realizavam trabalhos voluntários não remunerados apresentaram melhor qualidade de vida.

Nesta pesquisa, a comparação entre os escores médios de parentes e de amigos na rede social dos idosos e as variáveis sociodemográficas, revelou que as mulheres, os divorciados/separados e os com escolaridade entre 5 e 8 anos obtiveram os menores escores médios de parentes (3,2, 1,5 e 2,6) e de amigos (2,1, 1,8 e 1,4), respectivamente. Já com relação à faixa etária, os idosos com 90 anos ou mais tiveram menor média (3,2) de parentes e os com idades entre 80 a 89 anos (1,8) apresentaram menor média de amigos, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

No estudo realizado por Domingues et al. (2012), identificou-se que as

variáveis idade e renda apresentaram correlação com a rede social, ou seja, quanto maior a idade, menor o número de contatos sociais e quanto maior a renda, mais frequente os contatos. Para as autoras, as redes sociais proporcionam ao idoso o sentido de pertencimento, diminuem o isolamento e são importantes para a manutenção da saúde.

Rosa e Benício (2009) realizaram pesquisa bibliográfica para identificar a relação entre a rede social de apoio e a melhoria da saúde e identificaram que homens com mais de 70 anos, os viúvos, com renda mais baixa e vivendo em arranjos intergeracionais foram o que apresentaram piores condições na rede de apoio.

Os resultados encontrados neste estudo podem indicar que as menores médias encontradas entre os idosos mais velhos, podem ser justificadas pela redução no número de contatos sociais que ocorre ao longo do tempo, evidenciando que não é a quantidade de pessoas que importa, e sim, os benefícios proporcionados por elas (CARSTENSEN et al., 2011). Price (2010) aponta que a rede social pode ser considerada menor quando as pessoas vivem sozinhas, sendo influenciada pelo estado civil, pois separações, divórcios e viuvez podem trazer perdas que afetam o número de pessoas que compõem a rede. Em relação à escolaridade, estudo para validação de constructo da SNI, identificou que a percepção do apoio social era mais alta entre indivíduos com maior nível de escolaridade, resultado este que difere da presente pesquisa (GRIEP et al., 2005).

Já com relação à comparação dos escores na rede social e as variáveis número de filhos, arranjos familiares e número de diagnósticos médicos, as maiores médias foram para os idosos com 7 a 9 filhos (12,3), que moravam com o cônjuge e filhos ou somente com os filhos (9,2) e possuíam 5 diagnósticos médicos (7,0), sendo a diferença estatisticamente significativa para a variável número de filhos.

No estudo de Alvarenga et al. (2011) os filhos apresentaram maior participação na rede social de apoio dos idosos, o que foi evidenciado pela aplicação do Mapa Mínimo de Relações do Idoso. Serbim (202) aponta que os filhos são integrantes importantes da rede social de apoio e ter menos filhos implica em uma redução no tamanho da rede e do apoio social recebido.

No que se refere ao apoio social escala de apoio social do MOS abrange cinco dimensões: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação, para cada uma delas, a pontuação varia de 20 a 100 pontos e quanto maior a

pontuação, maior o apoio social.

No presente estudo, observou-se que o maior escore médio foi para a dimensão material (90,2) e o menor para a interação social positiva (81,8).

A dimensão material (provisão de recursos práticos e ajuda material) envolve a frequência com que se pode valer de alguém no caso de ficar de cama, para ir ao médico, preparar as refeições e auxiliar nas tarefas cotidianas, caso seja preciso. A maior média encontrada neste domínio pode ser atribuída ao fato da maioria dos idosos conviver com outras pessoas capazes de suprir essas necessidades, já que neste estudo, apenas 22,4% dos idosos moravam sozinhos.

Em relação a dimensão interação social positiva (com quem pode contar para relaxar e divertir-se), considera a frequência com que se pode valer de alguém para se divertir junto, relaxar, distrair e fazer coisas agradáveis. A menor média encontrada pode significar que, embora os idosos mencionem envolvimento em uma rede social, o apoio social acontece principalmente nas áreas relacionadas ao provimento de recursos, valorização dos sentimentos e de pertencimento a um grupo em detrimento da satisfação de necessidades relacionadas ao lazer e diversão. Pode-se considerar dois fatores que podem impactar esse resultado: o fato dos familiares terem outras atribuições e responsabilidades, fazendo com que o apoio fique limitado à satisfação das demais necessidades e a decisão do próprio idoso em não aceitar este tipo de apoio, sabendo que familiares tem outras responsabilidades e compromissos.

Os resultados acima se assemelham a outros que avaliaram o apoio social entre idosos (NARDI, 2012; BRITO; PAVARINI, 2012), neste último com finalidade de verificar a relação entre o apoio social e a funcionalidade, a média do apoio social total entre os idosos foi de 74,43 pontos e os melhores índices foram observados nas dimensões de apoio material e afetiva. No estudo de Pinto et al. (2006), a maior média de apoio social encontrada entre os idosos residentes em uma área rural do município de Taquarituba-SP, foi para a dimensão afetiva (81,79) e a menor, para a interação social positiva (75,19), o que indica a dificuldade dos idosos em participarem em atividades sociais e momentos de diversão e descontração.

Pesquisa realizada por Rodrigues (2012) que utilizou a escala de apoio social do MOS em uma amostra composta por famílias de pacientes adultos com câncer atendidos em um ambulatório do município de São Carlos-SP, as médias do

apoio social encontradas foram 80,4 para o apoio material, 88,4 para o afetivo, 81,2 para emocional, 77,8 para informação e 76,0 para a interação social positiva.

No estudo de Sharoni et al. (2015), com o objetivo de identificar a relação entre o apoio social e o autocuidado em diabetes, utilizando o MOS, identificaram maior média para o apoio material e a menor para apoio emocional/informação. Segundo os autores, os pacientes entrevistados relataram que conversavam pouco com familiares sobre suas dificuldades e preocupações.

As médias de apoio social encontradas no estudo indicam que em geral, os idosos podem se valer de familiares e amigos de várias formas e intensidade. Para Brito e Pavarini (2012), ter a percepção de que se tem alguém para buscar apoio pode ser importante em momentos de necessidade, sendo um fator que contribui para a qualidade de vida entre os idosos. A percepção sobre a existência do apoio material entre eles é significativa, especialmente do ponto de vista financeiro, pois para muitos, esses recursos são escassos e ter o apoio de alguém, além de aliviar possíveis situações de estresse, contribui para subsidiar despesas com necessidades básicas.

Por outro lado, as menores médias encontradas entre a dimensão interação social positiva, indicam que as principais dificuldades dos idosos é ter alguém com quem compartilhar momentos de lazer e entretenimento, o que pode comprometer a participação, levando ao isolamento social.

Os testes de comparação entre as médias nas dimensões da escala de apoio social do MOS e as variáveis sociodemográficas e de saúde, no presente estudo, mostraram que as médias de apoio social, para todas as dimensões (material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação) foram maiores para os idosos homes os com 90 anos ou mais de idade, sem nenhum ano de estudo, com maior número de filhos (7 a 9 filhos e 10 ou mais), que residiam em arranjos familiares (com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos ou nos trigeracionais) e possuíam cinco diagnósticos médicos, sugerindo que este grupo percebe mais o apoio social. Já as menores médias foram para os solteiros, sem filhos e com 5 a 8 anos de estudo, sugerindo menor percepção de apoio em todas as dimensões, para os idosos com estas características. Nota-se que as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas para as variáveis, anos de estudo, estado civil, número de filhos e arranjos familiares para a dimensão material; para a variável arranjos familiares na

dimensão emocional e número de filhos para a dimensão informação.

No estudo desenvolvido por Serbim (2012) a comparação entre a média total do apoio social e as variáveis sociodemográficas mostrou que as mulheres, nos dois extremos de idade estudados (60 a 69 anos e 80 anos ou mais), sem instrução ou com mais de 11 anos de estudo, que vivem em residência com duas gerações, os casados e os viúvos perceberam mais apoio social. Os que perceberam menos apoio social foram os homens, na faixa etária de 70 a 79 anos, com até quatro anos de estudo, que vivem sozinhos e são divorciados, desquitados ou separados e os solteiros. No estudo de Pinto et al. (2006) a menor percepção de apoio social foi entre os analfabetos, solteiros e com menor renda.

Griep et al. (2005) encontraram que o apoio, nas dimensões, afetiva, interação social positiva e material foi mais percebido entre os homens, enquanto que as mulheres perceberam mais o apoio emocional e de informação. Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) indica que os homens têm menores chances de receber apoio do que as mulheres. Em relação ao estado civil, Griep et al. (2005) aponta que as maiores percepções do apoio ocorreram entre os casados, o que foi justificado pelo fato de que muito tem no cônjuge a principal fonte de apoio. Isto poderia explicar o maior apoio social percebido entre os homens, pois neste estudo, houve o predomínio de homens casados e mulheres viúvas.

Já com relação à idade, as pessoas mais velhas perceberam menos apoio social, considerando que o envelhecimento pode vir acompanhado de modificações e perdas dos integrantes da rede social, o que resultaria em menor apoio disponível. Neste sentido, Rosa et al. (2007) apontam que conforme aumenta a idade, aumentam os níveis de ajuda, para ambos os sexos, pois relacionam-se à necessidade do idoso em receber auxílio, isso porque idosos mais velhos tendem a ser mais dependentes funcionalmente. Na amostra estudada, nesta pesquisa, pode ter colaborado para esta situação, o fato de que a maioria dos idosos estudados, embora independentes para as ABVDs, eram dependentes para as AIVDs, consideradas atividades mais complexas e, portanto, necessitem de mais apoio.

A formação dos arranjos é um importante aspecto a ser considerado na percepção do apoio social, pois o maior número de pessoas pode indicar um potencial maior de apoio para esses idosos (PEDRAZZI, 2008).

Na dimensão material encontrou-se significância estatística na comparação entre os grupos para as variáveis, anos de estudo, estado civil, número

de filhos e arranjos familiares, o que sugere que os idosos se constituem em um grupo que, pelas suas características (viúvos e sem estudo) percebem mais apoio por parte principalmente dos familiares (filhos e pessoas que vivem na mesma casa). Como mencionado anteriormente, a dimensão material refere-se à provisão de recursos práticos (ajuda financeira, empréstimo de utensílios e outros).

Para Griep et al., (2005) os indivíduos que possuem mais escolaridade e renda tendem a perceber mais facilmente o apoio social, diferentemente do encontrado neste estudo, em que as menores médias foram encontradas para os idosos com 5 a 8 anos de estudo, em todas as dimensões.

Para a dimensão emocional, encontrou-se significância estatística na comparação entre os grupos para a variável arranjos familiares, sugerindo que os idosos estudados percebem a capacidade da sua rede social em satisfazer suas necessidades relacionadas aos aspectos emocionais (empatia, carinho, amor, confiança, estima, escuta e interesse). Para Griep (2003) contar com alguém do ponto de vista emocional favorece a autoestima, melhora a autoconfiança e auxilia no enfrentamento de problemas. No estudo de Nardi (2012) a média de apoio emocional entre os cuidadores avaliados foi de 69,6; Brito e Pavarini (2012) encontraram entre os idosos avaliados média para esta dimensão de 74,43 e, no estudo de Carneiro (2014), com pacientes adultos em tratamento hemodialítico a média desta dimensão foi de 70,81. Para esta autora, a dimensão emocional é importante ferramenta para integrar o idoso à sua rede de apoio, favorecendo o enfrentamento de situações adversas, como por exemplo, o adoecimento.

Na investigação conduzida por Pinto et al. (2006), 51,7% dos idosos que viviam em domicílios compostos por 3 a 9 pessoas encontravam-se no terceiro tercil da dimensão de apoio emocional, com maior percepção de apoio nesta dimensão, tendo sido encontrada associação estatisticamente significativa. De acordo com os autores, os domicílios multigeracionais são os que podem proporcionar mais apoio emocional aos idosos, já que os sentimentos de amor, carinho, empatia e outros, são mais facilmente manifestados.

Na dimensão interação social positiva (refere-se ao convívio com outras pessoas em atividades sociais e de lazer), vale ressaltar que além dos idosos solteiros, sem filhos e com maior escolaridade, as mulheres também apresentaram menores médias. Assim, observa-se entre esse grupo menor participação em atividades que proporcionem momentos de lazer e descontração. Neste sentido,

Neri e Vieira (2013) apontam que os idosos costumam reduzir sua rede de relações sociais à medida que avança a idade, no entanto, para compensar as perdas nos relacionamentos, tendem a melhorar a qualidade das relações. Este pode ser um aspecto a ser considerado ao analisar o resultado deste estudo, que mostra que pessoas com maior escolaridade perceberam menos o apoio na dimensão interação.

No estudo de Pinto et al. (2006) a avaliação de idosos de uma comunidade rural, mostrou que as menores médias de apoio social foram encontradas entre as mulheres, assim como no presente estudo e entre os idosos com menor escolaridade, dado este que difere desta pesquisa. Os autores comentam a situação de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres idosas, e o consequente isolamento social e privação de atividades que resultem em momentos de descontração e alegria, sendo este fato decorrência do contexto histórico e do modelo de família que prevalecia anteriormente, no qual as mulheres limitavam-se ao trabalho doméstico e a vida do lar. No que se refere à escolaridade, os autores apontam que os idosos com menor escolaridade talvez tenham menor renda e dificuldade no acesso à essas atividades.

Oliveira et al. (2014) avaliaram as diferenças de gênero no apoio social e atividades físicas e de lazer. Foram estudados 1278 adultos, funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro-RJ, e para a avaliação do apoio social foi utilizada a escala de apoio social do MOS. A relação entre apoio social e participação nas atividades foi confirmada, sendo que quanto maior o apoio social, maior a participação. Em relação às diferenças de gênero, na dimensão interação social positiva as mulheres tiveram menor média, o que os autores justificam pelas questões culturais e pelo fato delas terem maior responsabilidade nas atividades desempenhadas no lar, restando menor tempo para realização de atividades físicas e de lazer.

Assim como na dimensão anterior, na dimensão afetiva, ou seja, as demonstrações físicas de afeto e amor, as médias foram menores entre as mulheres, os solteiros, os sem filhos e os com 5 a 8 anos de estudo. Neste estudo, 22,4% dos idosos moravam sozinhos e isto pode influenciar na formação de vínculos que resultem em demonstrações de carinho e consideração. Vale destacar a importância deste tipo de apoio para os idosos para que se sintam amados e estimados. Serbim (2012) aponta que esse tipo de relação exerce efeito positivo contribuindo para o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

O estudo de Pinto et al. (2006) apresentou resultados semelhantes, em que as mulheres e os idosos que viviam sozinhos perceberam menor apoio na dimensão afetiva. Estudo desenvolvido por Robles et al. (2000) na cidade de Guadalajara, no México, avaliou 40 idosos internados em um hospital, identificou que os idosos do sexo feminino e casados recebiam mais apoio emocional que os homens e os solteiros. Entre os idosos estudados por Brito e Pavarini (2012) encontrou-se média mais altas para o apoio emocional, indicando que a disponibilidade de alguém em demonstrar carinho, afeto, beijos e abraços, são satisfatórias para os idosos avaliados.

Para a dimensão de informação foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a variável número de filhos. A presença de filhos aparece como algo positivo para auxiliar a compreensão de informações, conselhos e sugestões em momentos difíceis. No estudo de Yamashita (2012), as maiores médias na dimensão informação foram encontradas entre os homens, os que viviam com companheiro e os nunca haviam estudado. Na investigação conduzida por Pinto et al. (2006) a dimensão de informação apresentou escore médio 80,58. Para o autor, isto pode ser explicado por tratar-se de uma população residente na área rural e com menor renda. Segundo ele, o aconselhamento, perguntas e sugestões podem contribuir para resolução de problemas que surgem no decorrer da vida.

Neste estudo a correlação entre a presença de sintomas depressivos e a escala de apoio social do MOS, foi inversa para todas as dimensões, sendo moderada para a dimensão material e fraca para as outras, indicando que quanto maior o apoio social em todas as dimensões menor a presença de sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa para todas as dimensões.

Esta relação foi avaliada por Pereira e Resende (2014) ao estudar 30 idosos com doença arterial coronariana internados em uma unidade de clínica médica de um hospital público de Minas Gerais. Os autores identificaram correlação significativa entre os escores do suporte social e a presença de sintomas depressivos, indicando que quanto maior o escore de suporte social, menor o de depressão. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (CARNEIRO et al., 2007; LINO et al., 2013).

O estudo desenvolvido por Carneiro et al (2007) ao avaliar 75 idosos do Rio de Janeiro-RJ, dos quais, 30 frequentavam a Universidade Aberta da Terceira Idade, 30 eram idosos da comunidade e 15 viviam em instituições de longa

permanência para idoso, encontraram correlação inversa entre depressão e apoio social. No estudo desenvolvido por Lino et al. (2013), identificou-se a associação entre apoio social e depressão, indicando que os indivíduos com menor apoio social tinham mais possibilidade de apresentarem depressão. De acordo com os autores, o apoio social exerce função protetora contra o desenvolvimento de depressão, mesmo quando os indivíduos são expostos a situações estressantes.

Para Cobb (1976) o apoio social está relacionado à presença de sintomas depressivos pois é através dele que o indivíduo se sente cuidado, valorizado e integrante de uma rede social. Sua ausência, portanto, poderia gerar sentimentos que contribuem para o isolamento e depressão, comprometendo a qualidade de suas relações.

A correlação entre o apoio social e a capacidade para as AIDVs foi inversa e fraca para as dimensões material e informação, sugerindo que quanto menor a independência para as AIVDs maior o apoio social nas referidas dimensões, porém, não houve diferença estatisticamente significativa.

Estudos apontam para a relação entre o apoio social e o desempenho para realizar as AVDs (TORRES et al., 2014; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; ZUNZUNEGHI et al., 2005; AVLUND et al., 2004;). Estudo conduzido por Torres et al. (2014) que avaliou 2055 idosos da região metropolitana de Belo Horizonte-MG, mostrou a associações significativas entre a capacidade para realizar as ABVDs e a rede e o apoio social, sendo que idosos do sexo feminino, com 70 anos ou mais, com presença de pelo menos uma doença crônica e contato com pelo menos um amigo nos últimos 30 dias, apresentaram limitação em no mínimo uma AVD. Os autores evidenciam que tanto a rede quanto o apoio social apresentam relação com a capacidade funcional e com a maior possibilidade de recuperação no caso de limitações, além disso o contato com amigos e possuir filhos, também estiveram associados ao desempenho funcional.

Investigação conduzida por D'orsi, Xavier e Ramos (2011), com 326 idosos participantes do estudo Epidoso, residentes em São Paulo-SP, mostrou que os idosos que mencionaram relacionamento mensal com amigos (15,9%) e tinham amigo confiante (11,5%) apresentaram menor risco de perda da capacidade funcional. No geral, estiveram associados à perda funcional: aumento da idade (mais que 75 anos), apresentar comprometimento cognitivo, além de doenças como hipertensão, asma e diabetes. A realização de trabalho remunerado,

relacionamento mensal com os amigos, assistir televisão e realizar atividades manuais foram descritos como fatores protetivos da capacidade funcional.

Zunzunegui et al. (2005) avaliaram a associação entre a prevalência de incapacidades para a execução das atividades diárias e as relações sociais entre 3648 idosos na faixa etária de 65 a 85 anos e residentes na Espanha, Finlândia e Holanda. Os resultados encontrados mostraram que, 86,0% de idosos na Finlândia relataram ter amigos, seguido de 49,0% na Espanha e 43,0% na Holanda; quando questionados sobre vínculos com familiares, esses valores foram de 25,0%, 14,0% e 13,0%, respectivamente. Os autores evidenciaram ainda que as relações sociais produzem efeitos benéficos na capacidade para o desempenho das AVDs e que os homens se beneficiam mais positivamente desta relação quando comparados às mulheres. Os autores observaram, ainda, que os laços sociais geram efeitos benéficos sobre a capacidade para realizar as atividades diárias, sendo mais importantes para o homens do que para as mulheres.

5.5 Características relacionadas à satisfação com o apoio social dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria

A satisfação com o apoio social foi avaliada mediante a aplicação da ESSS, escala composta por 15 itens com pontuação que varia de 15 a 75 pontos. Para este estudo, a pontuação na escala para a classificação dos idosos estudados foi distribuída em: até 25 pontos (baixa satisfação), de 26 a 50 pontos (média satisfação) e de 51 a 75 pontos (alta satisfação) com o apoio social (Baptista; Baptista; Torres, 2006). Nesta pesquisa a média de pontos na ESSS foi de 52,8, 36,7% dos idosos foram classificados com alta satisfação e 32,7% com média.

Os resultados evidenciaram, ainda, que a maior parte dos idosos (44,5% na faixa etária dos 80 e 89 anos e 44,5% com 90 anos ou mais) foram classificados com alta satisfação com o apoio social.

Torres (2013), com a finalidade de identificar os componentes da rede social e do apoio social entre idosos (considerando a partir da satisfação com as relações pessoais e disponibilidade em ter com quem contar), encontrou que 81,3%

dos idosos estavam “muito satisfeitos/satisfeitos” com o apoio social recebido, 5,9% se mostraram “indiferentes” e 12,8% estavam “muito insatisfeitos/insatisfeitos”. Segundo o autor, a satisfação com o apoio social é influenciada pelas circunstâncias em que os relacionamentos pessoais ocorrem e o quanto o apoio social está atendendo às necessidades do indivíduo.

Estudo de abordagem qualitativa desenvolvido por Mesquita et al. (2012), que avaliou idosos em tratamento em um hospital de Fortaleza-CE, com o objetivo de avaliar a satisfação com o apoio social entre eles, mostrou que quando questionados se estavam satisfeitos com o apoio que recebiam, a maioria respondeu positivamente. Para os autores, a satisfação com o apoio social, assim como a satisfação com a vida funciona como estratégia importante no enfrentamento das situações de estresse decorrentes de doenças ou problemas do dia a dia.

No presente estudo observou-se que os idosos mais velhos (80 anos ou mais), sem escolaridade ou com até quatro anos de estudo, casados ou viúvos e independentes para as ABVDs e dependentes parciais para as AIVDs foram classificados na ESSS com alta satisfação. O estudo realizado por Torres (2013) por sua vez, encontrou associação entre apresentar uma ou mais limitação para as AVDs e a satisfação com o apoio social, sendo que entre aqueles que tinham pelo menos uma limitação os índices de satisfação variaram entre 34% e 37%.

Estudo realizado por Lima (2013) com 392 indivíduos adultos usuários de um serviço de atendimento psicossocial de cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul, em que foi avaliado o apoio social, a satisfação com o apoio e as variáveis sociodemográficas, mostrou que as maiores médias de apoio social foram encontradas entre as mulheres, casadas ou com companheiros e com renda mensal maior que dois salários mínimos.

Neste estudo as menores médias foram encontradas entre os solteiros ou divorciados/separados, que tinham de cinco a oito anos de estudo, e que apresentaram presença de sintomas depressivos, sendo a diferença estatisticamente significativa para os sintomas de depressão. Os achados deste estudo permitem supor que para este grupo de idosos o apoio social percebido/recebido não está atendendo totalmente às suas necessidades, fato que contribui para uma pior satisfação entre esse grupo de idosos.

Em relação à correlação entre a satisfação e a presença de sintomas depressivos, nota-se que foi inversa e moderada indicando que quanto maior a

satisfação com o apoio social, menor a presença de sintomas depressivos. A correlação entre o índice de Katz e a ESSS foi inversa e fraca, sugerindo que quanto menor a independência para as ABVDs maior a satisfação com o apoio social. Ambas situações merecem atenção da equipe de saúde pois trata-se de problemas que interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos e que, dadas as suas características, também podem influenciar a maior demanda por apoio social.

Embora existam instrumentos para avaliação da satisfação com o apoio social, a literatura sobre o tema com abordagem ao idoso é escassa, o que dificultou a comparação dos resultados encontrados neste estudo. No entanto, foram encontrados estudos que avaliam a satisfação com a vida (SPOSITO et al., 2013; TOMOMITSU; PERRACINI, NERI, 2014). De forma geral, a satisfação com a vida, com a saúde, com o apoio social contribui para o sentimento de bem-estar subjetivo, que pode ser uma estratégia para enfrentamento e superação de dificuldades encontradas no dia a dia (MESQUITA et al., 2012).

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou analisar a relação entre rede, apoio social, satisfação com o apoio social e as variáveis sociodemográficas, de saúde física e mental dos idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista. No entanto, as características apresentadas são inerentes à amostra estudada e, portanto, generalizações devem ser evitadas para que não haja conclusões equivocadas.

Os resultados encontrados permitiram concluir que:

- ✓ Participaram deste estudo 98 idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria;
- ✓ A maioria dos idosos era do sexo feminino; a média de idade foi de 80,1 anos, com maior distribuição na faixa etária dos 80 a 89 anos; houve predomínio de viúvos; a média de anos de estudo foi de 2,3 anos; a religião predominante foi a católica;
- ✓ Quanto à renda, a maioria possuía fonte de renda própria e era de aposentados, a renda familiar média foi de R\$1.773,70;
- ✓ A maior parte considerou sua situação econômica como regular e a maioria referiu estar igual ao compará-la com a de outras pessoas da mesma idade; houve predomínio de idosos que possuíam casa própria e mais da metade se identificou como chefe ou responsável pelo domicílio, sendo a maior porcentagem de homens nesta condição;
- ✓ A média de filhos por idoso foi de 4,3; a formação dos arranjos familiares mostrou predomínio de idosos que residiam com o cônjuge e filho(s) ou somente com os filhos, seguidos daqueles que moravam sozinhos ou somente com o cônjuge. Dentre os motivos para residirem na mesma casa, o mais prevalente foi o de “pessoas que nunca saíram de casa (filhos, netos, entre outros);
- ✓ A maioria utilizava como primeira opção de atendimento à saúde o SUS e uma parte deles mencionou procurar pelos filhos antes de qualquer atendimento. A média de diagnósticos médicos por idoso foi de 5,3, sendo as doenças mais prevalentes as do aparelho circulatório, seguidas das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- ✓ A maior parte era independente para as ABVDs e pouco mais da metade dependente parcial para as AIVDs;
- ✓ A média de sintomas depressivos foi de 5,6, sendo a maior prevalência entre os homens;
- ✓ Em relação à rede social, o escore total médio de pessoas na rede foi de 6,4,

sendo o número médio de parentes de 3,4 e de amigos de 2,3. A maioria não realizava atividades esportivas ou artísticas em grupo, não participava de reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos e nem realizava trabalhos voluntários nos últimos 12 meses;

- ✓ Observou-se que as mulheres, os divorciados/separados e os com escolaridade entre cinco e oito anos obtiveram menores médias de parentes e de amigos na rede; os idosos com 90 anos ou mais tiveram menor média de parentes e os com idades entre 80 a 89 anos, menor média de amigos, porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos;
- ✓ Já as maiores médias de parentes e amigos na rede social foram para os idosos que tinham de sete a nove filhos, que moravam com o cônjuge e filhos ou somente com os filhos e possuíam cinco diagnósticos médicos, com diferença estatisticamente significativa para a variável número de filhos;
- ✓ Em relação à posição do idoso na rede social, a maior parte se encontrava no segundo tercil, sugerindo médio contato e participação;
- ✓ Quanto ao apoio social, o maior escore médio foi para a dimensão material e o menor para a interação social positiva, ressaltando que quanto maior a média, maior a percepção de apoio social;
- ✓ As médias de apoio social, para todas as dimensões (material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação) foram maiores para os idosos homens, os com 90 anos ou mais de idade, sem nenhum ano de estudo, com maior número de filhos (sete a nove filhos e 10 ou mais), que residiam em arranjos familiares (com cônjuge, filho(s), genro e nora; somente com outros idosos e somente com os netos ou nos trigeracionais) e possuíam cinco diagnósticos médicos, sugerindo que este grupo percebe mais o apoio social;
- ✓ Já as menores médias de apoio social em todas as dimensões foram para os solteiros, sem filhos e com cinco a oito anos de estudo, indicando menor percepção de apoio em todas as dimensões, para os idosos com estas características;
- ✓ Os testes de comparação entre as médias nas dimensões da escala de apoio social do MOS e as variáveis sociodemográficas e de saúde, revelaram que as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas para as variáveis, anos de estudo, estado civil, número de filhos e arranjos familiares para a dimensão material; para a variável arranjos familiares na dimensão emocional e

número de filhos para a dimensão informação;

- ✓ Foi encontrada correlação inversa entre sintomas depressivos e a escala de apoio social do MOS, indicando que quanto maior o apoio social em todas as dimensões, menor a presença de sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa; a correlação entre a escala de apoio social e a escala de Lawton e Brody foi inversa e fraca para as dimensões material e informação, sugerindo que quanto menor a independência para as AIVDs, maior o apoio social nas referidas dimensões, porém, não houve diferença estatisticamente significativa
- ✓ No que se refere à satisfação com o apoio social, maior parte dos idosos apresentaram alta satisfação;
- ✓ A maior parte dos idosos mais velhos (80 anos ou mais), sem escolaridade ou com até quatro anos de estudo, casados ou viúvos e independentes para as ABVDs e dependentes parciais para as AIVDs foram classificados na ESSS com alta satisfação com o apoio social, já a maior parte dos idosos com cinco a oito anos de estudo, solteiros ou divorciados/separados e com presença de sintomas depressivos foram identificados com baixa satisfação, sendo a diferença estatisticamente significativa para os sintomas de depressão;
- ✓ Os idosos do sexo feminino, com 90 anos ou mais de idade, sem escolaridade, casados/com companheiro, que possuíam de sete a nove filhos, que viviam em arranjos trigeracionais e que possuíam cinco diagnósticos médicos obtiveram as maiores médias de satisfação com o suporte social, já as menores médias foram encontradas para os idosos com cinco a oito anos de estudo, solteiros e sem filhos, com diferença estatisticamente significativa para a variável anos de estudo;
- ✓ Foi encontrada correlação inversa e moderada entre sintomas depressivos e a ESSS, indicando que quanto maior a satisfação com o apoio social, menor a presença de sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa; a correlação entre o índice de Katz e a ESSS foi inversa e fraca, sugerindo que quanto menor a independência para as ABVDs, maior a satisfação com o apoio social.

Como já destacado anteriormente, os resultados deste estudo refletem a realidade de um contexto específico. Considerando os resultados apresentados, acredita-se que os mesmos mostram a relevância de se identificar se os idosos em atendimento ambulatorial estão inseridos em rede social e se percebem/recebem e

estão satisfeitos com o apoio social, bem como conhecer como os fatores sociodemográficos e de saúde física e mental podem influenciar no apoio social, com a finalidade de obter subsídios para estabelecer um planejamento de ações específicas e efetivas para atender os idosos com enfoque na resolução de problemas no âmbito da assistência social.

O estudo mostrou que os idosos estudados percebem o apoio social e estão satisfeitos com o apoio que recebem. No entanto, alguns tipos de apoio são menos frequentes, como o caso da interação social positiva, que representa a possibilidade de dispor de alguém para relaxar e fazer coisas agradáveis. Atividades relevantes do ponto de vista da saúde mental, principalmente se considerarmos a alta prevalência de sintomas de depressão encontrada, nesta amostra estudada.

Assim, participar de atividades de lazer e/ou de grupos de idosos poderia minimizar a presença desses sintomas, pois ampliaria a rede de contatos e favoreceria a interação social no cotidiano dos idosos. Estes aspectos podem ser trabalhados dentro das equipes de saúde, principalmente as multiprofissionais, na tentativa de proporcionar a mudança dessa realidade e ampliar o apoio social de interação percebido pelos idosos.

Alguns aspectos encontrados neste estudo como o fato dos homens perceberem mais apoio em todas as dimensões, apresentarem maior índice de sintomas depressivos e estarem menos satisfeitos com apoio percebido do que as mulheres, merecem ser considerados para o planejamento da atenção a estes idosos.

Merece destaque ainda, os idosos solteiros, que vivem sozinhos e aqueles que não possuem contatos na sua rede social, pois na ausência de pessoas (familiares, amigos, vizinhos e outras) para oferecerem o apoio quando necessitarem, certamente se apoiarão na rede formal (serviços de saúde, assistência social e outros). Dessa forma, os serviços que compõem a rede formal de assistência precisarão estar organizados de forma a conseguir atender de forma adequada a essa demanda, que considerando a realidade apresentada e o envelhecimento da população, não será pequena.

Para o Serviço Social, que atua com vistas a garantir os direitos dos cidadãos, essa realidade não é tão simples de se lidar, especialmente no contexto daqueles que não possuem o apoio social e nem estão inseridos em rede. Acredita-se que o Brasil possui um aparato legal importante e bem fundamentado, com

propostas, se exequíveis, capazes de atender às demandas dos idosos, assegurando seus direitos essenciais. No entanto, sabe-se que os serviços e os recursos disponíveis são insuficientes para atender a toda essa população que não tem a quem recorrer no dia a dia. O país carece também de programas que possam oferecer apoio efetivo para os familiares que estão tentando cumprir seu papel de proteção e apoio aos seus familiares idosos. Acredita-se, porém, na necessidade de criação ou aprimoramento de alguns programas já existentes.

O assistente social deve se apropriar das evidências de pesquisas como ferramenta que possibilita ampliar o conhecimento da realidade do contexto em que estão inseridos os usuários para que, juntamente com a equipe multiprofissional que atende o idoso, possam oferecer uma atenção diferenciada à essa população específica.

Por fim, embora o apoio social não esteja diretamente relacionado ao processo saúde-doença, a sua existência mostrou-se benéfica e capaz de trazer desfechos positivos em muitas situações. Novos estudos se fazem necessários, envolvendo uma população maior para subsidiar o planejamento das ações de cuidado e atenção à essa população.

REFERENCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023

ADEBUSOYE, L. A.; OGUNBODE, A. M.; OLOWOOKERE, O. O. Factors associated with reported snoring among elderly patients attending the geriatric centre in Nigeria. **Pan. Afr. Med. J.**, v. 19, p. 309, 2014.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.

ANDRADE, C. R. **Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde**. 2001. 145f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARANTES, R. C.; CORRÊA, C. S.; CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. **Arranjos domiciliares e saúde dos idosos: um estudo piloto qualitativo em um município do interior de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 2010.

ARAÚJO, C.K.; CARDOSO, C.M.C.; MOREIRA, E.P.; WEGNER, E.; AREOSA, S.V.C. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184-192, jan-jul. 2012.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M. T.; HOLSTEIN, B. J. Social relations and mortality an eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. **Soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 5, p.635-43, 1998.

BACCAN, A.L.S. **Idosos participantes do programa de integração comunitária: conhecimento sobre o exercício físico**. 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. 2011.64p.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE 2008. **Rev. Observ. Igualdade Gênero**, Brasília, p. 107-119, jul. 2010. Edição Especial.

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R.

Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.; TORRES, E.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, n. 7. P. 39-48, 2006.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1137-1143, 2010.

BENEDETTI, N.M.G. **Capacidade para o autocuidado de idosos em atendimento ambulatorial**. 2013. 164p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

BENETOU, V. et al. Education, marital status, and risk of hip fractures in older men and women: the CHANCES Project. **Osteoporos Int**, n.26, p.1733-1746, 2015

BENTO, J. A.; LEBRÃO, M. L. Suficiência de renda percebida por pessoas idosas no município de São Paulo/Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2229-2238, 2013.

BERKMAN, L. F.; SYME, S. L. Social network, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **Am. Epidemiol.**, v. 109, n. 2, p. 186-204, 1979.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BILOTTA, C.; CASE, A.; NICOLINI, P.; MAURI, S.; CASTELLI, M.; VERGANI, C. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. **Aging Ment. Health**, v. 14, n. 8, p. 1024 – 1036, 2010.

BLANK, K.; GRUMAN, C.; ROBISON, J.T. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. Blank, K.; Gruman, C.;Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**,n. 59, p. 378-384, 2004.

BLAZER, D. G. Social support and mortality in a elderly community population. **Am. J. Epidemiol.**, v. 115, n. 5, p. 684-694, 1982.

BOMBARDI, M. F. **Capacidade funcional, cognitiva e estado de humor em idosos assistidos no ambulatório de Geriatria – HC/UNICAMP**. 2012. 167p.Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; XAVIER, A. J.; D´ORSI, E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFlora. **Rev. Saúde**

Pública, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BORGES, P. L. C.; BRETAS, R. P.; AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M. M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez. 2008.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. Baltimore: Open University Press, 1997. p. 91-109.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 06 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde de nº 1395 de 9 de dezembro de 1999, que aprova a **Política Nacional de Saúde do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 237-E, pp, 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 06 set 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. 2004. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?url=http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/asistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwj9qpXPoI7MAhWDWpAKHTKiDIQQFggUMAA&usg=AFQjCNFWXs2ln9CgMu4MRCj2vSIGbqB0dg> Acesso em: 06 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Sistemas de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 8.381, de 29 de dezembro de 2014**. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8381.htm>. Acesso em: 06 set. 2014.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, P. 677 - 684, jul.-ago. 2012.

BRITO, T.R.P.; COSTA, R.S.; PAVARINI, S.C.T. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.46, n.4, p.906-913, 2012

BRITO, T.R.P. **Rede social e envelhecimento**: relação com funcionalidade e óbito. 118p. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BRUCKI, S. M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.61, n. 3, p. 777-781, 2003.

BULLA, L.C.; TSURUZONO, E.R.S. Envelhecimento, família e políticas sociais. **Rev. Políticas Públicas**, v. 14, n.1,p. 103-112, jan-jun, 2010.

BURZYNSKA, M.; BRYLA, M.; BRYLA, P.; MANIESCKA-BRYLA, I. Factors determining the use of social support services among elderly people living in a city environment in Poland. *Health Soc. Care Community*, Jun. 2015. (In press)

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. **Família com idosos**: ninhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELO, J. L.; PASINATO, M. T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, p. 137-167, 2004.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira**: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. (Texto para discussão, 1426).

CAMARANO, A.A.; LEITAO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. (org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, IPEA, 2010, p. 67-92.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro, 2011, p.58-72.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro:

IPEA, 2013.

CAMARANO, A.A. **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro, IPEA, 2014.

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. **Idosos que moram sozinhos em Minas Gerais e suas condições de saúde**: uma análise para 2003 com base no método grade of membership. XIII Seminário sobre Economia Mineira: Economia, História, Demografia e Políticas Públicas. Diamantina, MG, 2008.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CAMARGOS, M.C.S.; GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas da expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n. 31, p. 1460-1472, jul 2015.

CARSTENSEN, L.L; TURAN, B.; SCHEIBE, S.; HERSHFULD, H.E.; BROOKS, K.E.; NESSELROADE, J.R.; Emotional experience improves with age: evidence baseado n over 10 yaeards of experience sampling. **Psychol Aging**, v.1, n.26, p.21-33, mar 201.1

CANINEU, P.R.; SAMARA, A.B; STELLA, F. Transtorno Cognitivo Leve. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.169-177.

CAPLAN, G. **Support systems and community mental health**. New York: Behavioral Publications, 1974.

CHAPPELL, N.L. Aging among Chinese Canadian Immigrants – Reflections. **Reading Sociology**. Oxford University Press, 2007.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 301, 2000.

CARDONA, D.; SEGURA, A.; SEGURA, A.; GARZÓN, M. O. Contextual effects associated with depression risk variability in the elderly, Antioquia, Colombia, 2012. **Biomedica**, v. 35, n. 1, p. 73-80, jan.-mar. 2015.

CARNEIRO, N. G. G. **Influência do apoio social na qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico**. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.; CLARK, C. ; PRETTE, A. D. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARVALHO, J. M. **Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **Am. J. Public Health**, v. 64, p. 1040-1043, 1974.

CASTRO-COSTA, E.; DEWEY, M.E.; ECHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; STEWART, R. Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí cohort study of aging. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 345-350, 2011. Supplement 3.

CASTRO-DE-ARAÚJO, L.F.S.; BARCELOS-FERREIRA, R.; MARTINS, C.B.; BOTTINO, C.M.C. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 35, n.2, p. 201-207, 2013.

CASTRO E SILVA, I.M.; ANDRADE, K.L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev. Bras Clin Med.**, São Paulo, n. 11, v.2, p. 129-134, abr-jun 2013

CAUDURO, A.; GONÇALVES, A. J.; CAUDURO, M. H. F. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus, **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 349-365, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION; THE ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **The healthy brain initiative**: a national public health road map to maintaining cognitive health. Chicago: Alzheimer's Association, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/aging/index.html>>. Acesso em: 05 nov. 15.

CHEN, F.; SHORT, S. E. Household context and subjective well-being among the oldest old in China. **J. Fam. Issues**, v. 29, n. 10, p. 1379-1383, 2008.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; GONÇALVES, N.; NAKANO, R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. A.; ROCHA, A. C. A. L. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, p. 1763-1768, 2011. Número Especial.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T.; QUEIROZ, T. A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 988-994, 2011. Número Especial.

COBB, S. Social Support as a moderator of life stress. **Psychosom. Med.**, v. 38, n. 5, Sep./Oct. 1976.

CRAMER, D.; HENDERSON, S.; SCOTT, R. Mental health and desired social

support: a four-wave panel study. **J. Soc. Pers. Relatsh.**, v. 14, n. 6, p. 761-775, 1997.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

DAMASCENO, F. S.; CUNHA, M. S. D. Determinantes da participação do idoso no mercado de trabalho brasileiro. **Teor. Evid. Econ.**, v. 17, n. 36, p. 98-125, jan./jun. 2011.

DOMINGUES, M. A. R. C. **Mapa mínimo de relações**: um instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. 170p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DOMINGUES, M.A.R.; ORDONEZ, T.N.; LIMA-SILVA, T.B.; NAGAI, P.A.; BARROS, T.C.; TORRES, M.J. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, n. 15, v.6, p. 333-354, dez 2012

DUARTE, Y.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, p. 185-200, 2003.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Saúde Pública**, Cidade, v. 17, n. 5-6, p. 370-378, 2005.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação funcional dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DUARTE, Y.A.O.; NUNES, D.P.; CORONA, L P.; LEBRÃO, M.L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. 352p.

DUARTE, M.C.S.; FERNANDES, M.G.M.; RODRIGUES, R.A.P.; NOBREGA, M.M.L. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev. Bras Enferm**, n. 66, v. 6, p. 901-906, Nov-dez, 2013.

DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Soc. Sci. Med.**, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

DUNST, C.; TRIVETTE, C. Assessment of social support in early intervention programas. In: MEISELS, S.; SHONKOFF, J. (Eds.). **Handbook of early childhood intervention**. New York: Cambridge University Press, 1990

DURKHEIN, E. **Suicide**: a study in sociology. New York: The Free Press, 1951.

ESCOBAR-BRAVO, M. A.; PUGA-GONZÁLEZ, D.; MARTIN-BARANERA, M. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 54, n. 1, p. 109-116, Jan.-Feb. 2012

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1345-1352, 2011.

FERNANDES, M. G. M.; SANTOS, S. R. Políticas públicas e direito do idoso: desafio da agenda social do Brasil contemporâneo. **Rev. Ciênc. Polít.**, 2007.

FERNANDES, M.G.; BARBOSA, K.T.F.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; RODRIGUES, M.M.D.; SANTOS, K.F.O. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de Geriatria. **Rev. Eletr. Enfer.**, n.16, v.2, p. 297-303, abr-jun, 2014.

FIELDER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatr. Res.**, , v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 376-387.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio. New York: Fundo de População das Nações Unidas; London: HelpAge International, 2012.

GASPARINI, E.M.T. **Uso de dispositivos assistivos por idosos mais velhos domiciliados e sua relação com a capacidade funcional e com a fragilidade**. 118f.2015. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIRONDI, J. B. R.; NOTHAFT, S. C. S.; SANTOS, S. M. A.; OLIVEIRA, F.; SEBOLD, L. F.; KEMPFER, S. S. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 3, n. 2, p. 197-204, 2013.

GOULART, F.A.A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 92p.

GORDILHO, A.; JOÃO, S.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P.; ESPINDOLA, N.; VERAS, R. P.; KARSCH, Úrsula. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Envelhecimento humano, UNATI, Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. S.; FIGUEREDO, L. C.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; RODRIGUES, R. A. P. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n. 1, v. 47, p. 137-144, 2013.

GRIEP, R.H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde.** 2003. 128p. Tese (Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste da escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 625-634, mar/abr, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.703-714, mai./jun. 2005.

GUIMARÃES, I. B. Os idosos em um contexto de trabalho de disposições renovadas. **Meditações**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 108-125, jul/dez. 2012.

GUTZ, L.; CAMARGO, R. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, 2013.

HINDE, R. **Relationships: a dialectical perspective.** New York: Psychology Press, 1997.

HOFFMANN, H. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, n. 3, v. 59, p. 190-197, 2010.

HOLZ, A.W.; NUNES, B. P.; LANGE, C.; FACCHIN, L. A. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 4, v. 16, p. 880-888, 2013.

HOYER, W. J.; ROODIN, P. A. **Adult development and aging.** New York: The McGraw-Hill, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios.** Um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/sinopse_preliminar/Censo2000sinopse.pdf Acesso em: 15 de abril de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<FTP://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

IAO, C. C.; YEH, C. J.; LEE, S. H.; LIAO, M. Y.; LEE, M. C. Providing instrumental social support is more beneficial to reduce mortality risk among the elderly with low educational level in Taiwan: a 12-year follow-up national longitudinal study. **J. Nutr. Health Aging**, v. 19, n. 4, p. 447-453, Apr. 2014

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.1, n. 41, p. 131-138, 2007.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KAMINSKA, M. S. Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 12, p. 3406-3416, 2015.

KAMRANI, A. A.; FOROUGHAN, M.; TARAGHI, Z.; KALDI, A. R.; GHANEY, N.; MOKHTARPOUR, R. Self care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. **Pak J. Biol. Sci.**, Cidade, v. 17, n. 11, p. 1161-1169, Nov. 2014

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

KATZ, S.; AKPON, C.A. A measure of primary sociobiological functions. **Int. J. Health Serv.**, v.6, n.3, p.493-508, 1976.

KEELER, E.; GURALNIK, J.M.; TIAN, H.; WALLACE, R.B.; REUBEN, D.B. The impact of functional status on life expectancy in older persons. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 7, n. 65, p. 727-733, 2010.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L & PM, 2012.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional: cuidado e cidadania, velhos dilemas, novos desafios. **Soc. Estado**, v. 27, n.1, jan/abr. 2012.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Cidade, v. 9, p. 179-185, 1969.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **Saúde, bem-estar e envelhecimento – o Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; LAURENTI, R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul.-dez. 2008.

LEITE, M T.; BATTISTI, I.D.E.; BERLEZI, E.M.; SHEUER, A.I. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250- 257, 2008.

LI, J.; THENG, Y.L; FOO, S. Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.30, n.4, p.409-422, dez 2015.

LIMA, Z.G. **Rede de apoio social dos usuários do centro de atenção psicossocial e moradores de residenciais terapêuticos**. 140p. 1013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2013.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. Cohort Profile: The Bambuí (Brazil) Cohort Study of Ageing. **International Journal of Epidemiology**, p. 1-6, 2010.

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B.; RIBEIRO FILHO, S. T.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LINO, V. T. S.; PORTELA, M. C.; CAMACHO, L. A. B.; ATIE, S.; LIMA, M. J. B. Assessment of social support and its association to depression, self-perceived health and chronic diseases in elderly individuals residing in an area of poverty and social vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. **PLos One**, Cidade, v. 8, n. 8, Ago. 2013.

LONGMAN, J. M.; ROLFE, M. I.; PASSEY, M. D.; HEATHCOTE, K. E.; EWALD, D. P.; DUNN, T.; BARCLAY, L. M.; MORGAN, G. G. Frequent hospital admission of older people with chronic disease: a cross-sectional survey with telephone follow-up and data linkage. **BMC Health Services Res**, v. 12, 2012.

MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; FONSECA, E. S.; ALMEIDA, A. V.; FREITAS, N. C. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. In: WORKSHOP DE ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO, 6.; SIMPÓSIO DO PROGRAMA TUTORIAL EM ECONOMIA DOMÉSTICA, 3., 2013, Cidade. **Anais do 6 Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica**, 2013.

MAFRA, S.C.T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev Bras. Geriatria Gerontol.*, Rio de Janeiro, n. 14, v.2, p.353-363, 2011

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo – o Estudo SABE. 2011. 193 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MAROCO, J.P.; CAMPOS, J.A.D.B.; VINAGRE, M.G.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala de Satisfação com o Suporte Social para estudantes do ensino superior. *Psicologia Reflexão e Crítica*, n. 27, v.2, p. 247-256, 2014.

MARTINS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jan-jun, p. 156-175, 2002

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. *Educação, ciência e tecnologia*. **Millenium**, n. 31, 2005. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>> Acesso em: 24 maio 2011.

MCLAUGHLIN, D.; LEUNG, J.; PACHANA, N.; FLICKER, L; HANKEY, G.; DOBSON, A. Social support and subsequeute disability: it is not the size of your network that counts. **Age Ageing**, v. 41, p. 674-677, 2012.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Transferências de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada**. Texto para discussão. IPEA nº 1184, Brasília, 2006.

MELCHIORRE, M. G.; CHIATTI, C.; LAMURA, G.; TORRES-GONZALES, F.; STANKUNAS, M. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. **PLoS One**, , v. 8, n. 1, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais-pessoais**: conceitos, práticas e metodologia. 2007. 136p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MESQUITA, R.B.; MORANO, M.T.A.P.; LANDIM, F.L.P.; COLLARES, P.M.C.; PINTO, J.M.S. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, Rio de Janeiro, mai 2012.

MILLÁN-CALENTI, J. C. M.; TUBÍO, J.; PITA-FERNANDEZ, S.; ABRALDES, I. G.; LORENZO, T.; FERNANDEZ-ARRUTY, T.; MASEDA, A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL) instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 50, p. 306-310, 2010.

MINAYO, M.C.S.; MENEGHEL, S.N.; CAVALCANTI, F.G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n.17, p.2665-2674, 2012.

MOFRAD, Z.P.; JAHANTIGH, M.; ARBABISARJOU, A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr- IR Iran. **Global Journal of Health Science**, v.8, n.3, p.139-145, 2015.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MOTA, F.R.N.; OLIVEIRA, E.T.; MARQUES, M.B.; BESSA, M.E.; SILVA, M.J. Famílias e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n.4, p.833-838, out-dez, 2010.

MUNIZ, T. S.; BARROS, A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciênc. Hum. Soc.**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 103-116, maio 2014.

NARDI, E. F. R. **Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional**. 2012. 170 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

NERI, A.L.; VIEIRA, L.A.M., Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia**, v. 16, n.3, p.419-432, 2013.

NUNNALLY, J.C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Inc, 1978.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

OLIVEIRA, A.J.; LOPES, C.S.; ROSTILA, M.; WERNECK, G.L.; GRIEP, R.H.; DE LEON, A.C.M.; FAERSTEIN, E. Gender differences in social support and leisure-time physical activity. **Rev Saúde Pública**, n. 48, v.4, p.602-612, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables**. United Nations, New York, 2015.

ÖSTERGREN, P. O.; HANSON, B.S.; ISACSSON, S.O.; TEJLER, L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. **Soc. Sci. Med.**, v. 33, n. 33, p. 257-267, 1991.

PAIS-RIBEIRO, J. L. **Escala de satisfação com o suporte social**. Lisboa: Placebo, 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios da bioestatística**. Trad. da 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p3-13.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, n. 6, v. 39, São Paulo, dez 2005.

PARAYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PARAYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.383-381, jun. 2005.

PAULA, A. F. M.; FALSARELLA, M. J. D.; D'ELBOUX, M. J.; GUARIENTO, M. E. Perfis de óbito e funcionalidade e relação com óbito em idosos assistidos em Serviço Ambulatorial de Geriatria. **Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 153-162, 2015.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 6, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

PEDRAZZI, E. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares de idosos mais velhos**. 2008.131p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Peto, 2008.

PEDRAZZI, E.; MOTTA, T.T.D.; VENDRUSCULO, T.RP.; FABRICIO-WEBBE, S..C.C; CRUZ, I.R.; RODRIGUES, R.P.R. Arranjo domiciliar de idosos mais velhos. **Rev Lat.Am. Enferm**, v.1, n.18, jan-fev, 2010.

PEREIRA, I.A.; RESENDE, M.C. Suporte social e depressão em idosos com doença arterial coronariana. **Perspectivas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 97-111, jan-jul 2014.

PHILLIPS, R. L. Social support of elder client. In: CHENITZ, W. C.; STONE, J. T.; SALISBURY, S. A. **Clinical gerontological nursing**. Philadelphia: Saunders, 2001. p. 535-545.

PILGER, C. **Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico**. 2015. 157p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PIMENTEL, L. G.; ALBUQUERQUE, C. P. Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 251-263, ago-dez. 2010.

PINTO, J. L. G.; GARCIA, A. C. O.; BOCCH, S. C. M.; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n.18, p.3449-3460, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: método, avaliação e utilização**. 59 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPIM, R. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; ANTONIO, T. A.; BRAZ, A. C. G. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 21-27, 2010.

PRADO, C. P. **Perfil de idosos internados na unidade de clínica médica de um hospital geral terciário**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 31, v. 4, p. 874-884, abr, 2009.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio-jun. 2003.

RAMOS, J.L.C.; MENESES, M.R.; MEIRA, E.C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, n. 1,2,3, v. 24, p.43-54, 2010.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. M.; MENDONÇA, A. P. C. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

ROBLES, L.; CURIEL, G.R.; GARCIA, L.M.C.; COLES, L.C.; MEDRANO, M.S.G.; GONZALES, M.S. Redes y apoyo social em ancianos enfermos de escasos recursos em Guadalajara, Mexico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 557-560, 2000.

RODRIGUES, V.B.; MADEIRA, M. Suporte Social e Saúde Mental: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, 2009.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RODRIGUES, J.S.M. **Família do doente com câncer: percepção do apoio social**. 2012. 118p. Dissertação (Mestrado em Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. A. As redes sociais e de apoio: o conviver e sua influência sobre a saúde. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 80-83, abr. 2009.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; ALVES, M. C. G. P.; LEBRÃO, M. L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez. 2007.

ROSSET-CRUZ, I. **Avaliação geriátrica global de idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo**. 2009. 156p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos: considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000200005&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 31 ago. 2011.

SANTANA, N.C.G.; LIMA, I.M.S.O. A nova velhice do provedor. *Mediações*, Londrina, v.17, n.2, p.181-195, jul-dez, 2011

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev Brasil em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SÁ, M.F.S. **Relatório de atividades 2011**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SAS INSTITUTE INC **SAS Institute Inc**, 1999., SAS/STATA User's Guide Version 9.0, Cary NC, 1999.

SCHIAVETO, F. L. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 117p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

- SCHIMIDT, T. C.; SILVA, M. J. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 612-617, 2012.
- SCHENEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.
- SERBIM, A. K. **Rede e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012
- SEEMAN, T.E.; KAPLAN, G.A.; KNUDSEN, L.; COHEN, R.; GURALNIK, J. Social network ties and mortality among the elderly in the alameda county study. **American Journal of Epidemiology**. V. 126, n.4, 714-723, 1987.
- SHARONI, A.; SHDAIFAT, E. A.; MOHD, A. M.; SHOHOR, N. A.; AHMAD, F.; ZAKARIA, Z. Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. **Malays. Fam. Phys.**, Cidade, v. 10, n. 1, p. 34-43, 2015.
- SHEIKH, J.I; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol.**, v. 5, n.12, p.165-173, 1986.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc. Sci. Med.**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.
- SIEGEL, S.; CASTELAN JR, N.J. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. Artmed Bookman, São Paulo, 2008.
- SILVA, H.S. **Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo global em idosos do município de São Paulo, Estudo SABE**. 2011. 69p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SILVA, R. J. S.; SMITH-MENEZES, A.; TRIBESS, S.; RÓMO-PEREZ, V.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.
- SILVA, T. O.; GLISOI, S. F. N.; ANSAI, J. H.; IZZO, H. Grupo de assistência multidisciplinar ao idoso ambulatorial: efeitos da abordagem fisioterapêutica. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 12, n. 1, p. 2-7, 2014.
- SIQUEIRA, M.E.C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V.(org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002,p.47-57.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

SOK, S. R.; YUN, E. K. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. **J. Clin. Nurs.**, v. 20, n.11, p. 11-12, 2011.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1307-1315.

SOUZA, A. O.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.

SOUZA, E. R. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o setor saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2656-2657, 2010.

SOUZA, T. B. G. **Religiosidade e envelhecimento**: panorama dos idosos do município de São Paulo – Estudo SABE. 2011. 102p.Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, A.S.; SENA, E.L.S.; MEIRA, E.C.; SILVA, D.M.S.; ALVES, M.R.; PEREIRA, L.C. **Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n.21, p.355-360, jul/set, 2013.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out. dez. 2013.

SPÓSITO, G.D.; D'ELBUX, M.J.; NERI, A.L.; GUARIENTO, M.F. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 12, n. 18, p. 3475-3482, 2013.

SUASSUNA, P. D.; VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; CALDAS, C. P. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 643-650, 2012.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120 jan./mar. 2012.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008. 326p.

TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014.

TORRES, J. L. **Relações sociais e desempenho funcional de idosos da região metropolitana de Belo Horizonte**. 2013. 67 f. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Belo Horizonte, 2013.

TORRES, J. L.; DIAS, R. C.; FERREIRA, F. R.; MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1018-1028, maio 2014.

TREVIZANI, F. A. **Atividades de autocuidado em idosos com diabetes mellitus tipo 2**. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

UNITED NATIONS. **Living arrangements of older persons around the world**. New York, 2005.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population ageing 2013**. New York, 2013.

UNITED NATIONS. **World population prospects**: key findings and advance tables: the 2015 revision. New York, 2015.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Apresentação do Hospital**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2010. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001?1,16,62,0,P,0,MNU;E;23;1;24;1;MNU>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Sistema Integrado de Informações Hospitalares**. FMRP.2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012.

WILMOTH, J. Living arrangement transitions among America's older adults. **The Gerontologist**, v. 38, n. 4, p. 434-444, 2000.

YAMASHITA, C. H.; GASPAR, J. C.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, p. 97-103, 2014. Número Especial.

YAMASHITA, C.H. **Avaliação da rede e apoio social de cuidadores familiares de pacientes dependentes**. 111p.2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012

YANG, Y. C.; LI, T.; FRENK, S. M. Social network ties and inflammation in U.S. adults with cancer. **Biodemography Soc. Biol.**, v. 60, n. 1, p. 21-37, 2014.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T.T.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiat. Res.**, v. 217, n. 1, p. 37-49, 1983.

YESTE-GÓMEZ, I.; DURÁN-GARCIA, M. E.; MUIÑO-MIGUEZ, A.; GÓMEZ-ANTUNES, M. Prescripciones potencialmente inapropiadas em el tratamiento ambulatorio de pacientes ancianos. **Rev. Calidad Assist.**, v. 29, n. 1, p. 22-28, 2014.

ZUNZUNEGUI, M.; RODRIGUES-LASO, A.; OTERO, A.; PLUJIM, S.; NIKULA, S. Disability and social ties: comparative findings of the CLESA Study. **Eur. J. Ageing, Cidade**, v. 2, n. 1, p. 40-47, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de Caracterização do Perfil Social, Demográfico e de Saúde dos Idosos

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS E DEMOGRÁFICAS

Iniciais: _____ Reg: _____ Idade: _____ anos D.N.:
 ____/____/____ Data da Entrevista: ____/____/____ Início: _____ Término: _____

A1) Sexo

- (1) Masculino (2) Feminino

A2) Qual seu estado civil?

- (1) Solteiro (a) (2) Casado (a)/Mora com companheiro (3) Viúvo (a)
 (4) Divorciado (a)//Separado (a) (99) NS/NR

A3) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)?

_____ pessoas (99) NS/NR

A4) Com quem o Sr (a) mora:

- (1) Sozinho
 (2) Somente com o cônjuge.
 (3) Cônjuge e filho (s)
 (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora
 (5) Somente com o (s) filho (s)
 (6) Arranjos trigeracionais (mora o idoso, filhos e netos)
 (7) Arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos)
 (8) Somente com os netos
 (9) Não familiares
 (10) Outro _____
 (99) NS/NR

A5) Quem é o chefe ou responsável pelo domicílio?

- (1) Próprio Idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar
 (5) Não familiar (6) NS/NR

A6) Agora, preciso saber sobre a formação da família. Por favor, diga-me:

- (1) O Sr.(a) foi morar com as outras pessoas
- (2) As outras pessoas vieram morar com o Sr (a)
- (3) Outro
- (99) NS/NR

A7) Qual a principal razão pela qual o Sr (a)/outras pessoas moram juntas?

(aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2)

- (1) Estar perto dos filhos
- (2) Estar perto de familiares ou amigos
- (3) Estar perto dos serviços de saúde
- (4) Falecimento de esposo (a)/companheiro (a)
- (5) Por união conjugal
- (6) Por separação conjugal
- (7) Custo da moradia/situação financeira
- (8) Precisava de cuidado
- (9) Outro _____
- (88) Não se aplica
- (99) NS/NR

A8) Quantos filhos teve? _____ (99) NS/NR

A9) Qual a sua religião?

- (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Outra _____
- (5) Nenhuma (99) NS/NR

SEÇÃO B: PERFIL SOCIECONÔMICO

B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola?

_____ anos (99) NS/NR

B2) O Sr (a) tem fonte de renda própria?

- (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

Qual ? (Anotar todas as fontes de renda existentes)

B2a) Aposentadoria	1 – Sim	2 - Não
B2b) Pensão	1 – Sim	2 - Não
B2c) Aluguel	1 – Sim	2 - Não
B2d) Trabalho Próprio	1 – Sim	2 - Não
B2e) Outras _____	1 – Sim	2 - Não

B2A) Qual a sua renda familiar mensal? _____ reais

B3) No seu entender, de acordo com sua situação econômica atual de que forma o (a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR

B4) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é:

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR

B5) A casa onde mora é:

(1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Financiada (5) Outros_____ (99) NS/NR

SEÇÃO C: PROBLEMAS DE SAÚDE SEÇÃO

C1) Diagnósticos médicos (conforme registrado no prontuário médico)

C2) Quando o Sr (a) necessita de atendimento de saúde, qual tipo de serviço o Sr (a) utiliza como primeira opção?

(1) SUS (2) Convênio de Saúde (3) Particular (4) Farmácia
(5) Benzedeira (6) Outro _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Rede e apoio social entre idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria

Estamos realizando um estudo com os idosos atendidos no ambulatório de Geriatria deste Hospital. Os objetivos desse estudo são: conhecer as características dos idosos considerando sexo, idade, estado civil, escolaridade entre outros; identificar a capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia, a presença de sinais e sintomas de depressão, com quem podem contar para lidar com as situações do dia-a-dia, o que chamamos de apoio social e se estão satisfeitos ou não com o apoio recebido. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem como finalidade proteger os participantes de pesquisas.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar voluntariamente deste estudo. A sua participação constará em responder, por meio de uma entrevista, as questões relacionadas aos aspectos sociais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, trabalho, renda entre outras); a sua capacidade de compreensão e memória (realização de alguns testes, cálculo e desenho); a sua capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia (alimentar-se, banhar-se, usar o telefone, entre outras); questões sobre sinais e sintomas de depressão (interesses e atividades, problemas de memória, aborrecimento, medo entre outras), além de perguntas que dizem respeito ao seu contato com outras pessoas, e com quem o senhor (a) pode contar para realizar as atividades no dia-a-dia e sobre a sua satisfação com o apoio social recebido. A entrevista será realizada pela pesquisadora, num período de, aproximadamente, 40 minutos, no próprio ambulatório, em uma sala disponível para garantir a privacidade e evitar possíveis interrupções e ruídos.

Sua participação poderá trazer desconforto emocional pela exposição de aspectos pessoais e sociais. Neste caso a pesquisadora realizará um acolhimento para escutá-lo e confortá-lo no presente momento e caso não tenha condições de continuar respondendo a entrevista, a mesma poderá ser interrompida.

O (a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo em qualquer momento, sem que isso cause nenhum prejuízo para o seu tratamento e/ou atendimento neste Hospital.

O (a) senhor(a), também, poderá solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento, se achar necessário. Nosso telefone para contato: (16) 3602-0534. O Sr. (a) poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3602-3386, no período das 8h às 17h, de segundas às sextas-feiras, situado na Av. Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto, SP.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua

identificação. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação. O Sr (a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em relação aos benefícios espera-se com estudo conhecer a real situação dos idosos o que poderá subsidiar os profissionais da saúde e da área social, no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidados para os idosos.

Este termo de consentimento consta em duas vias que serão assinadas pelos pesquisadores, pelo senhor (a) ou pelo responsável, sendo que uma via lhe será entregue e a outra ficará sob guarda do pesquisador.

Atenciosamente,

Sueli Marques (Orientadora)

Professor Doutor do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.
COREn- 61337

Daniella Tech Doreto

Aluna do Programa de Pós Graduação
Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo. Av.
Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto.
CRESS- 31497

Eu _____ declaro estar
ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa,

Assinatura Participante

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

APENDICE C – Autorização para realização da Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 26 de maio de 2014.

Prezado Senhor,

Encaminhamos o projeto de pesquisa **“Rede e Apoio Social entre idosos usuários de um hospital escola do interior paulista”** para ser apreciado com a finalidade de obter sua permissão para que o mesmo seja realizado com os idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria. Os objetivos do estudo são: verificar a associação entre o apoio e rede social e as variáveis sociodemográficas, de saúde, funcionalidade e presença de sintomas de depressão entre idosos. Acreditamos que conhecer a rede de apoio social dos idosos pode oferecer subsídios à equipe multiprofissional para o planejamento da assistência aos idosos.

Sueli Marques

Profa. Dra. Sueli Marques

Depto de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Daniella Tech Doreto

Daniella Tech Doreto

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental - EERP - USP

Julio Cesar Moriguti

Prof. Dr. Julio Cesar Moriguti

Coordenador da Divisão da Clínica Geriatria
Departamento de Clínica Médica – HCFMRP-USP

APENDICE D – Autorização para uso - EDG

Re: Autorização para uso - EDG - Yahoo Mail

Page 1 of 1

Re: Autorização para uso - EDG

De: "Osvaldo Almeida" <osvaldo.almeida@uwa.edu.au>

Para: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Daniella, use a escala a vontade. Boa sorte com seu trabalho.
Osvaldo

On 29 Aug 2014, at 10:42 pm, "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br> wrote:

Prezado Dr. Osvaldo, bom dia!
Sou assistente social e aluna de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeira para uso da escala de depressão geriátrica. Informo que minha pesquisa é intitulada "Idosos usuários de um hospital escola do interior paulista" e será realizada com Geriatria do HCFMRP-USP.
Desde já, agradeço!
Att
Daniella Tech Doreto

<https://br-mg6.mail.yahoo.com/neo/b/message?sMid=5&fid=AUTORIZA%25c7%25c3...> 1/1/2002

APÊNDICE E - Autorização para o uso do Índice de Katz

Re: Autorização para uso da Escala de Independência em atividades da vida diária - Y... Page 1 of 1

Re: Autorização para uso da Escala de Independência em atividades da vida diária

De: "Valeria Lino" <valeriaslino@gmail.com>

Para: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Ola, Daniella, a escala já esta liberada para uso, bastando referencia-la. Bom trabalho
Em 29/08/2014 10:04, "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br> escreveu:

Prezada Dra. Valeria, bom dia!

Sou assistente social e aluna de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão da escala de independência em atividades da vida diária adaptada por vocês. Inforr Apoio Social entre idosos usuários de um hospital escola do interior paulista" e será ambulatorio de Geriatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP.

Desde já, agradeço!

Att

Daniella Tech Doreto

<https://br-mg6.mail.yahoo.com/neo/b/message?sMid=4&fid=AUTORIZA%25c7%25c3...> 1/1/2002

APENDICE F – Autorização para uso da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária

Re: Autorização para uso da Escala de atividades instrumentais da vida diária - Yahoo... Page 1 of 1

Re: Autorização para uso da Escala de atividades instrumentais da vida diária

De: "Jair Sindra Virtuoso Júnior" <virtuosojr@yahoo.com.br>

Para: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Prezada Daniella,
Não vejo nenhum problema na utilização da referida escala.
Atenciosamente,
Jair Sindra

Em Sexta-feira, 29 de Agosto de 2014 10:08, Daniella Doreto <dani_doreto@yahoo.com.br> escr

Prezado Dr. Jair, bom dia!
Sou assistente social e aluna de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Estou utilizando a escala de atividades instrumentais da vida diária, adaptada por vocês ao contexto brasileiro, intitulada "Rede e Apoio Social entre idosos usuários de um hospital escola do interior atendidos no ambulatorio de Geriatria do HCFMRP-USP. Desde já, agradeço!
Att

Daniella Tech Doreto

<https://br-mg6.mail.yahoo.com/neo/b/message?sMid=3&fid=AUTORIZA%25c7%25c3...> 1/1/2002

APENDICE G - Autorização para uso do MEEM

Re: Autorização para uso do MEEM - Yahoo Mail

Page 1 of 1

Re: Autorização para uso do MEEM

De: "Sonia Brucki" <sbrucki@uol.com.br>

Para: dani_doreto@yahoo.com.br

oi Daniela,
no Brasil não ha ninguem com direitos sobre o meem. nos eua ele é vendido por folha.
use a versao publicada em 2003. abç

De: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Em: Sexta-feira, 29 de Agosto de 2014 09:53,

Para: "sbrucki@uol.com.br" <sbrucki@uol.com.br>

Assunto: Autorização para uso do MEEM

Prezada Dra. Sônia, bom dia!

Sou aluna de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e sou
minha pesquisa intitulada "Rede e Apoio Social entre idosos usuários de um hospit
Desde já, agradeço!

Att

Daniella Tech Doreto

APENDICE H – Autorização para uso da Escala – Apoio Social

Re: Autorização para uso da escala - Apoio Social - Yahoo Mail

Page 1 of 1

Re: Autorização para uso da escala - Apoio Social

De: "Rosane Griep" <rohgriep@gmail.com>

Para: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Olá Daniella

Não há problemas com o uso da escala. Apenas referencie o artigo original e os nossos.
Um grande abraço e boa sorte nos teus estudos.

ROSANE

Em 01/09/2014 15:00, "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br> escreveu:

Prezada Profa. Rosane, bom dia!

Sou assistente social e aluna de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão
título: "Rede e apoio social entre idosos usuários de um hospital escola do interior p
Clínicas - FMRP-USP. Solicito autorização para uso da escala de apoio social validad
Desde já, agradeço!

Att

Daniella Tech Doreto

APENDICE I – Autorização para uso da Escala – Satisfação com Suporte Social

RE: Autorização para uso de escala - Satisfação com o Suporte Social - Yahoo Mail

Page 1 of 1

RE: Autorização para uso de escala - Satisfação com o Suporte Social

Terça-feira, 14 de Julho de 2015 12:23

De: "José Luis Pais Ribeiro" <jlpr@fpce.up.pt>

Para: "Daniella Doreto" <dani_doreto@yahoo.com.br>

Cara colega

Autorizo o uso da escala que solicita.

Informo que no meu site, na secção books, encontra o manual dessa escala que é de acesso livre

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>

ResearchGate: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Daniella Doreto [dani_doreto@yahoo.com.br]

Enviado: segunda-feira, 13 de Julho de 2015 12:04

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Autorização para uso de escala - Satisfação com o Suporte Social

Prezado Prof., bom dia!

Sou assistente social e aluna do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Estou trabalhando com

apoio social entre idosos e conheci a ESSS.

Solicito autorização para utilizar a referida escala na minha pesquisa.

Grata pela atenção.

Att

Daniella Tech Doreto

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

<https://br-mg6.mail.yahoo.com/neo/b/message?sMid=0&fid=AUTORIZA%25c7%25c3...> 1/1/2002

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental**1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?**

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (6) não sabe

Total de pontos:**2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:**

(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos:**ORIENTAÇÃO TEMPORAL:**

Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () ora aprox. ()

Total de pontos:**ORIENTAÇÃO ESPACIAL:**

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ()

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ()

Em que bairro estamos: ()

Em que cidade estamos ()

Em que estado estamos ()

Total de pontos:**REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:**

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.

A () M () C ()

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CÁLCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes

cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;

____; ____; ____; ____; ____.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A () M () C ()

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C () R ()

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **“FECHE OS OLHOS”**. Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P () D () C ()

Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: **“Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo. Anote um ponto se o desenho estiver correto.

Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

ANEXO B – Índice de KATZ

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
() não recebe ajuda(entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)
() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(D)
() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
() deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
() não sai da cama	(D)
Continência	
() controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
() tem “acidentes” ocasionais	(D)
() necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
() alimenta-se sem ajuda	(I)
() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de 171ateteres ou fuidos intravenosos	(D)

Fonte: Katz e Akpom (1976)

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO C – Escala de LAWTON e BRODY

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia a dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao telefone: ☐ ³ Recebe e faz ligações sem assistência ☐ ² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone
b) Em relação as viagens: ☐ ³ Realiza viagens sozinha ☐ ² Somente viaja quando tem companhia ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de viajar
c) Em relação a realização de compras: ☐ ³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte ☐ ² Somente faz compras quando tem companhia ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras
d) Em relação ao preparo das refeições: ☐ ³ Planeja e cozinha as refeições completas ☐ ² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda ☐ ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
e) Em relação ao trabalho doméstico: ☐ ³ Realiza tarefas pesadas ☐ ² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas ☐ ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos
f) Em relação ao uso de medicamentos: ☐ ³ Faz uso de medicamentos sem assistência ☐ ² Necessita de lembretes ou assistência ☐ ¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
g) Em relação ao manuseio do dinheiro: ☐ ³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio ☐ ² Necessita de assistência para uso de cheques e contas ☐ ¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação:

Dependência total = ≤ 7 (P_{25})

Dependência parcial = $>7 < 21$ ($>P_{25} < P_{100}$)

Independência = 21 (P_{100})

ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica

D.1) Você está satisfeito com a sua vida	(0) Sim	(1) Não
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) Sim	(0) Não
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) Sim	(0) Não
D.4) Você se aborrece com frequência?	(1) Sim	(0) Não
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) Não
D.6) Você tem medo de algum mal que vá lhe acontecer?	(1) Sim	(0) Não
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) Não
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) Sim	(0) Não
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) Sim	(0) Não
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) Sim	(0) Não
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim	(1) Não
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) Sim	(0) Não
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) Sim	(1) Não
D.14) Você acha que sua situação é sem esperança?	(1) Sim	(0) Não
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) Sim	(0) Não

Pontuação: _____

ANEXO E – Instrumento de Medida da Rede e Apoio Social

REDE SOCIAL – FAMÍLIA E AMIGOS	
1.	Com quantos parentes o Sr.(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? _____ parentes
2.	Com quantos amigos o Sr.(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? _____ amigos
3.	Nos últimos 12 meses o Sr.(a) participou de práticas esportivas em grupo (futebol, basquete, vôlei) ou atividades artísticas em grupo? (1) Não ➡pule para questão 4 (2) Sim
Qual a frequência que o sr (a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez na semana (3) algumas vezes no ano (1) 1 vez na semana (4) 1 vez por ano (2) 2 – 3 vezes no ano	
4.	Nos últimos 12 meses o Sr. (a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos políticos? (1) Não ➡pule para questão 6 (2) Sim
Qual a frequência que o Sr. (a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez na semana (3) algumas vezes no ano (1) 1 vez na semana (4) 1 vez por ano (2) 2- 3 vezes no ano	
5.	Nos últimos 12 meses o Sr. (a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade ou outra similar? (1) Não (2) Sim
Qual a frequência que o Sr (a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez na semana (3) algumas vezes no ano (1) 1 vez na semana (4) 1 vez por ano (2) 2 – 3 vezes no ano	
APOIO SOCIAL	
6.	Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém se ficar de cama? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
7.	Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para lhe ouvir, quando o Sr. (a) precisa falar? (1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
8.	Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? (1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
9.	Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para levá-lo ao médico? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

10. Com que frequência alguém demonstra afeto e amor pelo Sr. (a)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
11. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para se divertir junto? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
12. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para lhe dar a informação que o (a) ajude a compreender em uma determinada situação? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
13. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
14. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para lhe dar um abraço? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
15. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) tem alguém para relaxar? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
16. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para preparar suas refeições caso o Sr. (a) não puder prepará-las? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
17. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém de quem realmente quer conselhos? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
18. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para distrair a cabeça? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
19. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para auxiliá-lo nas tarefas diárias? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
20. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para compartilhar suas experiências e medos mais íntimos? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
21. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém para lhe dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
22. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém, com quem fazer coisas agradáveis? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
23. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém que compreenda seus problemas? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
24. Se precisar, com que frequência o Sr. (a) conta com alguém que o Sr. (a) ame ou faça se sentir querido? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

ANEXO F – Escala de Satisfação como o Suporte Social

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escoteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

ANEXO G – Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 176/2014

Ribeirão Preto, 13 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 13 de outubro de 2014.

Protocolo CAAE: 32543114.4.0000.5393

Projeto: Rede e apoio social entre idosos usuarios de um hospital escola do interior paulista.

Pesquisadores: Sueli Marques
Daniella Tech Doreto

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO H – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede e apoio social entre idosos usuarios de um hospital escola do interior paulista

Pesquisador: Daniella Tech Doreto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32543114.4.3001.5440

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 838.195

Data da Relatoria: 13/10/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 838.195

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

RIBEIRÃO PRETO, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO I - Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da EERP-USP

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 181/2015, de 12.11.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 11 de novembro de 2015.

Protocolo CAAE: 32543114.4.0000.5393

Projeto: Rede e apoio social entre idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria

Pesquisadores: Daniella Tech Doreto
Sueli Marques (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Sueli Marques

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP