**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TÁBATA RENATA PEREIRA DE BRITO

**REDE SOCIAL E ENVELHECIMENTO:
RELAÇÃO COM FUNCIONALIDADE E ÓBITO**

**SÃO PAULO
2015**

TÁBATA RENATA PEREIRA DE BRITO

**REDE SOCIAL E ENVELHECIMENTO:
RELAÇÃO COM FUNCIONALIDADE E ÓBITO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte.

Versão Corrigida. Original se encontra disponível na Unidade que aloja o PROESA.

SÃO PAULO

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Brito, Tábatta Renata Pereira de

Rede social e envelhecimento: relação com funcionalidade e óbito /
Tábatta Renata Pereira de Brito. São Paulo, 2015.

115 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Idosos. 2. Apoio social. 3. Atividades cotidianas. 4. Enfermagem geriátrica. I. Título.

Nome: Tábatta Renata Pereira de Brito

Título: Rede social e envelhecimento: relação com funcionalidade e óbito.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antônio e Marilene, que com muito amor e dedicação me conduziram no caminho até aqui.

Ao Diego, grande amor, melhor amigo e maior companheiro, pela compreensão e incentivo durante o período de elaboração deste trabalho.

À minha irmã Tássia, pelo amor incondicional e motivação constante.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me concedido os dons da sabedoria, conselho e fortaleza durante a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, pelo aprendizado, atenção, carinho, dedicação e empenho dispensados. Muito obrigada!

À Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Lebrão, pela oportunidade de estar no Estudo SABE e por proporcionar meu crescimento acadêmico. Obrigada pela paciência e carinho.

Ao Fernão Dias de Lima, pelo apoio técnico, paciência e competência na construção do banco de dados.

À Prof^a. Dr^a. Sofia Cristina Iost Pavarini, pelo carinho com que me incentiva a buscar sempre o melhor.

Aos professores da Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, pelos ensinamentos.

À Prof^a. Dr^a. Khim Horton, que me recebeu com muito carinho na Universidade de Surrey.

À todos os funcionários do Estudo SABE, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, especialmente Márcia Fonseca de Castro Gutierrez de Souza, Angela Garcia Fernandez, Elisabete Margarida Nassar Ribeiro e Silvana Maximiano.

À Prof^a. Dr^a. Terezinha Dalossi Gennari e Prof. Sérgio Martins Lopes pelo estímulo, compreensão e apoio durante este processo.

Aos colegas e alunos da FMU, que reforçam em mim a certeza de ter feito a escolha correta.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo auxílio financeiro na forma de bolsa de Doutorado.

Aos idosos que participaram do Estudo SABE, sem os quais nada disso seria possível.

À minha vó Maria e minhas madrinhas Leila e Maria Aparecida, pelas orações e carinho que sempre me fortaleceram nos momentos difíceis.

À Camila Lopes Souza e Pedro Araújo Carvalho Silva, pela acolhida. Vocês sempre estarão nas minhas melhores lembranças de São Paulo.

À Daniella Pires Nunes, Greiciane da Silva Rocha, Ligiana Pires Corona, Tiago da Silva Alexandre, Gabriela Wagner e Luciana Correia Alves, pelos ensinamentos, amizade e companheirismo. Por vocês eu faria tudo novamente!

*[...] Além da velhice
Outra idade me darei
Outra categoria terei
Por que não tenho somente a hipótese
Das idades que parabeneizei
Além da velhice irei*

Elisandra Villela Gasparetto Sé

BRITO, T. R. P. Rede social e envelhecimento: relação com funcionalidade e óbito [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as redes sociais dos idosos e identificar o impacto das mesmas no óbito e na funcionalidade. **Método:** Estudo longitudinal de base populacional que utilizou as coortes de 2006 (n=1413) e 2010 (n=990) do Estudo SABE. Para caracterização das redes sociais utilizou-se as seguintes variáveis: número de integrantes da rede; arranjo domiciliar; sexo e idade dos integrantes; co-residência com criança ou apenas com idosos; satisfação com a relação; recebimento e oferecimento de apoio social (financeiro, material, emocional, realização de tarefas dentro e fora de casa, companhia e cuidados pessoais). Utilizou-se regressão logística e modelo de riscos proporcionais de Cox para a análise dos dados. Todos os cuidados éticos foram observados. **Resultados:** As redes sociais dos idosos possuem, em média, 8,15 integrantes e são constituídas predominantemente por familiares com idade entre 15 e 59 anos. A maior proporção de idosos não recebe ou não oferece apoio social aos integrantes de sua rede. Tanto na rede formada por residentes no domicílio, quanto na formada por filhos que moram fora da casa, observou-se que os idosos mais dependentes recebem mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto os idosos independentes recebem mais apoio emocional e companheirismo. Já na rede composta por outros familiares e amigos, os idosos mais dependentes recebem e oferecem mais companhia. Os idosos que diminuíram o nível de dependência de 2006 para 2010 e que mantiveram a mesma condição de 2006 em 2010 recebiam e ofereciam mais apoio em 2006. Já os que aumentaram o nível de dependência passaram a receber mais cuidado pessoal e apoio para realização de tarefas domésticas em 2010. Oferecer apoio social (HR=0,66; IC95%=0,48-0,91), possuir de 9 a 11 integrantes na rede (HR=0,67; IC95%=0,46-0,97) e 12 ou mais integrantes (HR=0,58; IC95%=0,35-0,96) diminuiu o risco de óbito, independente de condições sociodemográficas e de saúde. Oferecer apoio social (OR=0,32; IC95%=0,14-0,71) diminuiu as chances de desenvolver

dependência, independente de condições sociodemográficas e de saúde.

Conclusão: O fortalecimento das redes sociais na velhice deve ser implementado como um hábito a ser desenvolvido e perpetuado. Os profissionais de saúde devem estimular a formação de redes sociais onde o idoso possa, efetivamente, trocar apoio. A confiança no cuidado informal, oferecido, principalmente pelas redes domiciliares, pode não ser a melhor opção para lidar com a demanda de cuidado crescente que acompanha o envelhecimento da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Idoso de 80 Anos ou mais. Apoio Social. Atividades Cotidianas. Enfermagem Geriátrica.

BRITO, T. R. P. Social networking and aging: the relationship with functionality and death [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Objective: To characterize the social networks of the elderly and identify their impact on death and functionality. **Methods:** A longitudinal population-based study, using the 2006 (n = 1413) and 2010 (n = 990) cohorts from the SABE study. To characterize the social networks the following variables were used: number of members in the network; living arrangements; sex and age of the members; co-residence with children or only elderly individuals; satisfaction with the relationships; receiving and offering social support (financial, material, emotional, performing tasks inside and outside the home, providing companionship and personal care). Logistic regression and Cox proportional hazards model were used for data analysis. All ethical guidelines were followed. **Results:** The social networks of elderly individuals contain an average of 8.15 members and consist predominantly of family members aged between 15 and 59 years. The highest proportion of elderly people do not receive or offer social support to members of their network. Both in networks formed by people living in the household and those formed by children living outside the home, it was observed that the most dependent elderly received more material support, help in performing household tasks, tasks outside the home and personal care, while the independent elderly received more emotional support and companionship. In the networks composed of other family members and friends, the more dependent elderly received and provided more companionship. The elderly who decreased in level of dependency from 2006 to 2010 and who maintained the same level from 2006 to 2010 received and offered more support in 2006. Those who increased in dependency received more personal care and support for domestic tasks in 2010. The offer of social support (OR=0.66; CI95%=0.48-0.91), having 9 to 11 members in the network (OR=0.67; CI95%=0.46-0.97) and 12 or more members (OR=0.58; CI95%=0.35-0.96) decreased the risk of death, regardless of sociodemographic and health conditions. The offer of social

support (OR=0.32; CI95%=0.14-0.71) decreased the chances of developing dependence, regardless of sociodemographic and health conditions.

Conclusion: The strengthening of social networks in old age should be implemented as a habitual practice to develop and perpetuate. Health professionals should encourage the formation of social networks where the elderly can, effectively, exchange support. Confidence in informal care, offered primarily by home networks, may not be the best option for dealing with the growing care demand that accompanies the aging Brazilian population.

KEYWORDS: Aged. Aged, 80 and over. Social Support. Activities of Daily Living. Geriatric Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escala hierárquica de dificuldades referidas no desempenho funcional com a população de idosos do Estudo SABE. São Paulo, 2006.	45
Gráfico 2 - Distribuição dos idosos (%) segundo o apoio recebido nos diferentes domínios da rede (residentes no domicílio, filhos que não moram com o idoso e outros familiares e amigos). São Paulo, 2006. (n=1413).	54
Gráfico 3 - Distribuição dos idosos (%) segundo tipo de arranjo domiciliar. São Paulo, 2006. (n=1413).	56
Gráfico 4 - Distribuição dos idosos (%) segundo satisfação com o contato e número de residentes no domicílio. São Paulo, 2006. (n=1413).	58
Gráfico 5 - Distribuição dos idosos (%) segundo satisfação com o contato e co-residência com crianças. São Paulo, 2006. (n=1413).	58
Gráfico 6 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio social recebido e oferecido pelos residentes no domicílio. São Paulo, 2006. (n=1413).	59
Gráfico 7 - Distribuição dos idosos (%) segundo arranjo domiciliar e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413).	64
Gráfico 8 - Curvas de Sobrevida de Kaplan-Meyer segundo número de integrantes da rede de apoio social do idoso. São Paulo, 2006-2010.	83

Gráfico 9 - Curvas de Sobrevida de Kaplan-Meyer segundo oferta 84
de apoio social pelos idosos. São Paulo, 2006-2010.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos (%) segundo características sociodemográficas e econômicas. São Paulo, 2006. (n=1413).	51
Tabela 2 - Distribuição dos idosos (%) segundo condições relacionadas à saúde. São Paulo, 2006. (n=1413).	52
Tabela 3 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio social recebido e oferecido. São Paulo, 2006. (n=1413).	55
Tabela 4 - Distribuição dos idosos (%) segundo características da rede de apoio domiciliar. São Paulo, 2006. (n=1413).	57
Tabela 5 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por residentes no domicílio e sexo do idoso. São Paulo, 2006. (n=1413).	60
Tabela 6 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio domiciliar recebido e oferecido e co-residência com crianças. São Paulo, 2006. (n=1413).	61
Tabela 7 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio domiciliar recebido e oferecido e co-residência com idosos. São Paulo, 2006. (n=1413).	62
Tabela 8 - Distribuição dos idosos (%) segundo características da rede de apoio composta por filhos que não moram com o idoso e outros familiares e amigos. São Paulo, 2006. (n=1413).	63

Tabela 9 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por residentes no domicílio e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413).	65
Tabela 10 - Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por filhos que não moram na mesma casa e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413).	67
Tabela 11- Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por outros familiares e amigos e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413).	68
Tabela 12 - Distribuição dos idosos (%) independentes na linha de base segundo status final de acompanhamento. São Paulo, 2006-2010.	71
Tabela 13 - Distribuição dos idosos independentes em 2006 (%) segundo características no baseline e desenvolvimento de dependência entre 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=459).	73
Tabela 14 - Modelo de regressão logística para associação entre características da rede de apoio social e nível de dependência. São Paulo, 2006-2010.	74
Tabela 15 - Distribuição (%) de idosos que mantiveram a mesma condição de dependência durante cinco anos segundo características da rede social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=468).	75
Tabela 16 - Distribuição (%) de idosos que aumentaram o nível de dependência durante cinco anos segundo características	77

da rede de apoio social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=287).

Tabela 17 - Distribuição (%) de idosos que diminuíram o nível de dependência durante cinco anos segundo características da rede de apoio social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=160).	79
--	----

Tabela 18 - Modelo univariado de Cox para tempo até a ocorrência de óbito em idosos. São Paulo, 2006-2010.	81
--	----

Tabela 19 - Modelo de riscos proporcionais de Cox. São Paulo, 2006-2010.	83
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. Redes sociais: aspectos conceituais.....	20
1.2. Redes sociais, apoio social e saúde entre idosos.....	24
2. OBJETIVOS.....	32
2.1. Objetivo geral.....	32
2.2. Objetivos específicos.....	32
3. MÉTODO.....	34
3.1. Estudo SABE–Saúde, Bem estar e Envelhecimento.....	34
3.2. Sujeitos.....	37
3.3. Variáveis de estudo.....	37
3.4. Análise dos dados.....	47
3.5. Aspectos Éticos.....	49
4. RESULTADOS.....	51
4.1. Perfil dos idosos segundo características sociodemográficas e de saúde.....	51
4.2. Perfil dos idosos segundo características da rede social.....	53
4.3. Perfil dos idosos segundo características da rede de apoio social e nível de dependência.....	64
4.4. Associação entre as características estruturais e funcionais da rede social, e o desenvolvimento de dependência entre 2006 e 2010..	70
4.5. Mudanças ocorridas na configuração das redes de acordo com as mudanças no perfil de dependência dos idosos entre 2006 e 2010.....	75
4.6. Associação entre características estruturais e funcionais da rede social e óbito.....	80
5. DISCUSSÃO.....	86
6. CONCLUSÃO.....	96
7. REFERÊNCIAS.....	99

ANEXOS

Anexo I – CD com os questionários utilizados para coleta de dados em 2000, 2006 e 2010.....	112
Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2000.....	113
Anexo III – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2006.....	114
Anexo IV – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2010.....	115

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. REDES SOCIAIS: ASPECTOS CONCEITUAIS

Desde o início da década de 1950 diversos pesquisadores vêm tentando explicar a relação entre as redes sociais e a condição de saúde dos indivíduos. Estudo pioneiro envolvendo essa temática, realizado por Émile Durkheim em 1897, já mostrava a associação entre a ocorrência de suicídios e a ausência de uma rede de relações sociais consistente (DURKHEIM, 1951).

Desde então, vários estudos, com diferentes metodologias e utilizando terminologias diversas, foram desenvolvidos visando estabelecer a relação entre a presença de redes sociais com diferentes níveis de saúde e doença. As diferenças conceituais e metodológicas utilizadas podem explicar muitos dos problemas de conceituação e operacionalização relacionados às redes sociais (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Alguns termos são empregados indistintamente na literatura: apoio social, redes sociais, suporte social, relações sociais, integração social, vínculos sociais e ancoragem social, embora haja concordância entre os investigadores da temática, da existência de diferenças conceituais significativas entre eles (CASTRO; CAMPERO; HERNANDEZ, 1997, DUE *et al.*, 1999).

Meneses (2007), utilizando a metáfora do pescador, busca explicar o termo “rede social”. Uma rede de pesca é tecida por nós que são responsáveis por sua ancoragem e fortalecimento. Esses nós, nas redes sociais, representam pessoas e instituições com vínculos de diferentes qualidades e intensidades. Um nó pode representar uma pessoa, um grupo ou uma comunidade. Os fios que “amarram” esses nós, representam as relações, os vínculos e as diversas formas de comunicação existentes.

Seeman (1996), também apresenta o conceito de rede social como sendo a teia de relacionamentos que o indivíduo mantém, incluindo os mais

próximos (familiares e amigos íntimos) e os mais formais (outros indivíduos e grupos).

Para Bowling (1997), McDowell e Newell (1996), e O'Reilly (1988), a rede social também pode ser compreendida como uma forma de ligação social onde a ajuda mútua pode ocorrer vinculando os indivíduos a grupos definidos de parentes, amigos ou conhecidos.

Para Brito e Koller (1999), a rede social representa a interface entre o indivíduo e a sociedade, contribuindo para construção da forma como a pessoa percebe seu mundo e se orienta nele, bem como suas estratégias e competências para o estabelecimento de relações e enfrentamento das adversidades. Família e amigos, mediados pelo sistema moral e de valores que os envolvem são potencialmente capazes de fornecer apoio às pessoas, quando necessário, diante dos diversos eventos experimentados pelos indivíduos. Quanto mais satisfatória for a percepção da pessoa em relação à sua rede social, continuam as autoras, mais fortes serão seus sentimentos de satisfação com a vida. Essa definição baseia-se no “Modelo da Escolta de Apoio Social”, proposto por Kahn e Antonucci nos anos 80 (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987; KAHN; ANTONUCCI, 1980).

As redes sociais possuem características estruturais e funcionais. As estruturais incluem:

- a) Tamanho: número de pessoas com as quais se tem contato social;
- b) Dispersão geográfica: distância física entre os integrantes da rede;
- c) Força das ligações: grau de intimidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional;
- d) Densidade: proximidade dos integrantes.
- e) Composição e homogeneidade dos membros: grau de semelhança entre os indivíduos (idade, condição socioeconômica, escolaridade, renda);
- f) Simetria: grau de reciprocidade nos relacionamentos;
- g) Enraizamento social: afinidade ou identificação do indivíduo com seu meio (família, comunidade onde reside, ambiente de trabalho e grupos sociais dos quais participa) (AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; BOWLING, 1997; ÖSTREGREN *et al.*, 1991).

Redes sociais de tamanho e densidade médios permitem maior mobilização entre os seus integrantes e, por isso, parecem ser melhores. Redes extensas e muito densas podem dificultar a integração entre todos os membros e as pequenas e pouco densas tendem a ser fonte de tensão. Quanto à dispersão geográfica, a distância afeta tanto a eficácia quanto a velocidade de resposta diante de um problema, podendo facilitar ou dificultar o contato entre os membros. Sobre a composição, a homogeneidade dos membros é importante, porque por meio das semelhanças desenvolve-se a consciência de pertencimento, assim como a heterogeneidade também é importante, no sentido de que pelas diferenças é possível criar identidades pessoais. Quanto à força das ligações, simetria e enraizamento social, vínculos muito fortes, extremamente enraizados e com trocas não balanceadas podem repercutir negativamente, uma vez que os integrantes da rede podem se tornar exageradamente dependentes dela, o que diminuiria as possibilidades de ampliação da mesma (LÓPEZ-CABANAS, 1997; MENESES, 2007; SLUZKI, 1997).

Os aspectos funcionais da rede social se caracterizam pelas trocas de apoio entre os seus membros. Essas trocas requerem interação entre os integrantes da rede envolvendo vínculos, comunicação, organização ao redor do fazer, estruturação do tempo bem como a melhor forma de utilizá-lo (MENESES, 2007).

A relação entre os aspectos estruturais e funcionais das redes sociais ainda não está totalmente elucidada. Alguns autores ressaltam ser possível que o número de vínculos dos indivíduos, bem como a estrutura da rede, importem menos para a percepção de apoio recebido do que possuir, no mínimo, um vínculo que seja bastante próximo e de confiança. Entretanto, outros sustentam que a estrutura da rede é crucial para facilitar o acesso a vários tipos de apoio social. Além disso, tem sido evidenciado que o tamanho da rede social, a coesão da rede e o tipo de relacionamentos na rede (vínculos fortes ou fracos) são fatores que influenciam o recebimento de vários tipos de apoio (THOITS, 1995).

O termo “apoio social” pode ser entendido como a principal função das redes sociais. Kahn e Antonucci (1980) definiram o apoio social como

trocas interpessoais que incluem um ou mais dos seguintes elementos: afeto, afirmação e ajuda. Os tipos de apoio relacionados às trocas afetivas envolvem o gostar, a admiração, o respeito e o amor; os relacionados à afirmação envolvem o reconhecimento do outro e a legitimação de suas ações e os relacionados à ajuda envolvem a disponibilização de recursos, dinheiro, informações, cuidados, etc, para a efetivação da assistência ou ajuda.

Para Bowling (1997), López-Cabanas (1997), Sluzki (1997), e Wilcox e Vernberg (1985) o apoio social diz respeito aos diferentes tipos de ajuda que podem ser trocados em uma relação.

Também não há consenso entre os autores quanto os tipos de apoio existentes. Enquanto para Kahn e Antonucci (1980), os principais tipos de apoio incluem afeto, afirmação e ajuda, para House (1981), Cohen e Hoberman (1983), e Wills (1985), os principais tipos de apoio incluem: apoio emocional, instrumental (ajuda material e financeira), informação, avaliação (informações para autoavaliação) e companheirismo.

Para Sluzki (1997) e López-Cabanas (1997), os principais tipos de apoio são: companhia social (realização de atividades conjuntas, ou simplesmente o fato de estar junto de alguém), apoio emocional, guia cognitivo e conselheiro (compartilhamento de informações e esclarecimento a respeito das expectativas perante os papéis sociais), regulação social (exercício de condutas dentro dos preceitos morais estabelecidos pela sociedade), ajuda material, prestação de serviços e acesso a novos contatos.

Já para Bowling (1997), os principais tipos de apoio social são:

- a) Apoio emocional: relacionado ao recebimento de demonstrações de afeto positivo e demonstração de empatia; ser encorajado a expressar sentimentos de confiança, carinho, amor, estima, escuta e interesse;
- b) Apoio afetivo: refere-se a demonstrações físicas de afeto (por exemplo, abraços, beijos);
- c) Interação social positiva: refere-se a ter alguém com quem se distrair e fazer coisas agradáveis;

- d) Informação: refere-se a informações que a pessoa pode usar para lidar com problemas. É medido através da disponibilidade de aconselhamentos, sugestões, diretrizes e informações;
- e) Apoio instrumental ou material: reflete a disponibilização de auxílio material ou de prestação de serviços onde estão incluídos, por exemplo, a ajuda financeira ou o auxílio nas tarefas domésticas, em caso de necessidade.

Ainda em relação às terminologias empregadas, o termo “suporte social” é definido como a ajuda material e de serviços que a rede social oferece. Pode ser entendido como um dos tipos de apoio social, sendo, nesse caso, o apoio oferecido formalmente por organizações ou instituições com base em conhecimentos especializados, incluindo os serviços de saúde (SLUZKI, 1997).

1.2. REDES SOCIAIS, APOIO SOCIAL E SAÚDE ENTRE IDOSOS

A partir de meados do século XX o Brasil passou a vivenciar a transição demográfica, caracterizada pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, e aumento da expectativa de vida ao nascer e da longevidade, o que culminou com o rápido envelhecimento populacional, e consequente aumento da necessidade de cuidados de longa duração (SANTOS, 2003).

Com o envelhecimento fisiológico os indivíduos são mais expostos às doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Muitos desses agravos podem resultar em sequelas incapacitantes, gerando situações de dependência e consequentemente maior necessidade de cuidados (DUARTE, 2006). Assim, o significado de saúde para idosos está intimamente relacionado à funcionalidade, sendo considerados mais

saudáveis os indivíduos com capacidade de desenvolver suas atividades cotidianas de forma independente e autônoma (MORAES, 2009).

As atividades cotidianas, também chamadas de atividades de vida diária (AVDs), são didaticamente divididas em atividades básicas de vida diária (ABVDs), e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As ABVDs são relacionadas com o auto-cuidado e incluem tomar banho, vestir-se, mobilizar-se e alimentar-se (BALTES; SILVENBERG, 1995). Já as AIVDs referem-se às atividades relacionadas à manutenção de uma vida comunitária independente (LAWTON; BRODY, 1969). Incluem atividades como usar transportes, fazer compras, administrar seu próprio dinheiro, utilizar o telefone, controlar e tomar os próprios medicamentos, preparar refeições quentes e desenvolver tarefas domésticas leves e pesadas (BALTES; SILVENBERG, 1995).

A capacidade funcional para realização dessas atividades tem sido utilizada frequentemente para a determinação do nível de dependência do idoso e é o nível de dependência apresentado que determina quais cuidados são necessários, bem como por quem, e de que maneira os mesmos devem ser realizados (DUARTE, 2006; LIMA e COSTA *et al.*, 2000). Espera-se que haja aumento na proporção de pessoas que demandarão cuidados e essa situação tenderá a se perpetuar por tempo mais longo do que o vivenciado até então (DUARTE, 2006).

A família é, ainda hoje, a principal responsável e provedora de cuidados. No entanto, essa oferta parece estar diminuindo à medida que sua necessidade aumenta. Isso pode ser explicado pelo crescimento acentuado da população idosa que ocorre em um contexto de transformações estruturais das famílias, decorrentes de mudanças nos casamentos, da queda da fecundidade (menor número de filhos) e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho (diminuição do potencial assistencial). Enquanto antigamente os cuidados eram atribuídos aos membros mais jovens da família e às mulheres, hoje observa-se que os mais jovens são em menor número e que as mulheres estão, por diferentes razões, menos disponíveis para assumir essas atividades (CAMARANO, 2010).

Nos países desenvolvidos, o cuidado formal, oferecido pelo sistema de saúde, vem superpor-se ao cuidado informal oferecido pelas famílias. No Brasil, o cuidado formal, organizado e eficiente para idosos dependentes praticamente nunca existiu (WARD-GRIFFIN; MARSHALL, 2003). O cuidado do idoso dependente sempre coube à família, sendo escassas outras estruturas intermediárias de cuidado. Estruturas de suporte como centros-dia, hospitais-dia, visitas regulares de enfermeiros e outros profissionais de saúde, embora previstos em lei, ainda não estão disponíveis para a maioria da população idosa brasileira que deles necessita. Os idosos frágeis, acamados e seus cuidadores familiares apenas mais recentemente têm sido visitados pelo sistema de saúde, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (EFS), sem que isso garanta a total cobertura de cuidados necessária (BRASIL, 1999).

A situação é preocupante não apenas pelo custo material, mas também pelo desgaste físico e emocional que recai sobre os idosos e as famílias cuidadoras. A assistência a um idoso dependente demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal que, somados a outras exigências podem gerar uma sobrecarga de tarefas e repercutir negativamente no cuidado prestado e, conseqüentemente, na qualidade de vida do idoso. Um recurso que pode amenizar o impacto dessa repercussão negativa é a existência de redes de apoio social, dentro das quais os idosos e seus familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazer as necessidades em situações cotidianas e nas intercorrências que possam ocorrer. (GUEDEA *et al.*, 2009).

De maneira geral, pessoas que se envolvem em redes sociais vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas que não se envolvem em redes (DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997).

As possíveis explicações para a clara relação entre redes sociais e saúde podem ser fundamentadas nos aspectos comportamentais, psicossociais e fisiológicos. No que diz respeito aos comportamentos, o maior envolvimento em redes sociais está associado à adoção de comportamentos mais positivos para a saúde ao longo do tempo, uma vez que os integrantes da rede podem monitorar, inibir e regular

comportamentos de modo a estimular a adoção de hábitos mais saudáveis (BERKMAN; BRESLOW, 1983; UMBERSON, *et al.*, 2010; WAITE, 1995). Segundo a explicação de ordem psicossocial, o maior envolvimento em redes sociais favorece o sentimento de pertencimento e de propósito na vida, que, por sua vez, pode melhorar a saúde mental e consequentemente a isso, os processos fisiológicos e saúde física (ANTONOVSKY, 1987). Fisiologicamente, o envolvimento em redes sociais pode melhorar a função imunológica, endócrina e cardiovascular, o que melhora, consequentemente, a resposta orgânica em situações de estresse (SEEMAN, *et al.*, 2002; UCHINO, 2004).

Os efeitos das redes sociais sobre a saúde dos idosos têm sido demonstrados principalmente na qualidade de vida, bem-estar subjetivo, funcionalidade e mortalidade (ALBUQUERQUE, 2003; AVLUND *et al.*, 2004; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997; GALLEGOS-CARRILLO, 2009; LUND *et al.*, 2000; RAMÍREZ-VÉLEZ, 2007).

Com relação à qualidade de vida, idosos que relataram possuir uma rede social com grande número de amigos e familiares, mesmo referindo a presença de sintomas depressivos, apresentaram melhores escores de qualidade de vida do que os que relataram possuir redes sociais pequenas (DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997; GALLEGOS-CARRILLO, 2009). Já o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida aumentam à medida que aumenta a satisfação com o apoio percebido e com o apoio provido (GUEDEA *et al.*, 2006).

No que diz respeito à funcionalidade, manter poucos contatos sociais pode diminuir a capacidade funcional, além de piorar a percepção de qualidade de vida, enquanto participar de atividades sociais e manter relacionamentos diversos pode melhorar o desempenho funcional, especialmente dos mais longevos. Os tipos de apoio que têm mais relação com a diminuição de incapacidades são o apoio emocional e o instrumental (ALBUQUERQUE, 2003; AVLUND *et al.*, 2004; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; SEEMAN; BRUCE; MCAVAY, 1996; STUCK *et al.*, 1999; RAMÍREZ-VÉLEZ, 2007; RAMOS, 2002).

Além disso, as redes sociais parecem ter um efeito protetor sobre a mortalidade dos idosos. O envolvimento em redes sociais numerosas e com vínculos fortemente estabelecidos tem mostrado associação com a diminuição da mortalidade, especialmente entre os idosos mais longevos (DAVIS, *et al.*, 1997; YASUDA, *et al.*, 1997; HOUSE; ROBBINS; METZNER, 1998; LUND, *et al.*, 2000; PENNINX, *et al.*, 1997; SHYE, *et al.*, 1995).

Ainda não se sabe exatamente como as redes sociais podem influenciar a mortalidade, mas existem quatro hipóteses que tentam explicar o mecanismo de influência. Tais hipóteses estão fundamentadas nas explicações comportamentais, psicossociais e fisiológicas citadas anteriormente (ANTONOVSKY, 1987; BERKMAN; BRESLOW, 1983; SEEMAN, *et al.*, 2002; UCHINO, 2004; UMBERSON, *et al.*, 2010; WAITE, 1995) e partem do princípio de que o envolvimento em redes sociais protege do óbito. Nesse sentido, indivíduos que não se envolvem em redes sociais, ou seja, que vivem em isolamento social têm maior risco de óbito. A primeira hipótese é de que indivíduos que vivem em isolamento social se engajam em comportamentos de saúde mais arriscados (alcoolismo, tabagismo, má alimentação, sedentarismo, etc.) e que esses comportamentos aumentam o risco de óbito. A segunda hipótese diz respeito à doença cardiovascular. Segundo essa hipótese, indivíduos que vivem em isolamento social alteram sua função cardiovascular (apresentam aumento da resistência vascular periférica e diminuição do débito cardíaco), o que aumenta o risco de óbito. De acordo com a terceira hipótese, indivíduos em isolamento social mantêm níveis mais elevados de hormônios adrenocorticais, o que pode desregular o metabolismo, afetando negativamente os demais sistemas fisiológicos e, consequentemente, aumentar o risco de óbito. Por fim, de acordo com a quarta hipótese, o risco aumentado de óbito relaciona-se à insônia que é comum em indivíduos em isolamento social. A insônia reduz a tolerância à glicose, aumenta o tônus simpático e diminui o nível de cortisol, afetando de forma deletéria o funcionamento do organismo (CACIOPPO, 2002).

A ausência de envolvimento em redes sociais, como um fator de risco à saúde, tem sido considerada tão danosa quanto o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade e a ausência de atividade física, o que sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por hábitos de vida considerados inadequados mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais (RAMOS, 2002).

Assim, diante do que foi apresentado, sabe-se que a rede de apoio social e as trocas de apoio entre seus membros podem satisfazer as necessidades de ajuda e, consequentemente, influenciarem o bem-estar do idoso. Além disso, a percepção de apoio pode amenizar as tensões associadas ao aumento da dependência, possibilitando manter melhores condições de saúde por mais tempo nessa população, o que pode proteger contra o óbito.

No Brasil, porém, estudos sobre o impacto das redes de apoio social na funcionalidade do idoso e mortalidade são escassos e necessitam de maior aprofundamento. Além disso, o estabelecimento de redes sociais não é utilizado como estratégia de promoção à saúde pelos sistemas de saúde e assistência social. Resta, portanto, estabelecer uma ponte entre esses fatos, o que pode ser feito ao revelar as lacunas do conhecimento a respeito do comportamento e funcionamento dessas redes. Justifica-se a realização deste estudo pelo fato de que conhecendo as redes de apoio social dos idosos, a forma como os relacionamentos sociais se comportam e tomando a família como ponte para o estabelecimento de redes sociais satisfatórias, será possível atuar na construção de uma rede de apoio social eficaz e eficiente, como parte das políticas públicas em benefício da qualidade de vida e de melhores condições de saúde dos mesmos.

Justifica-se o enfoque dessa pesquisa nos desfechos óbito e dependência, uma vez que a mortalidade se apresenta como importante indicador epidemiológico e, por isso, estudar a influência das redes sociais no óbito pode ajudar na prevenção de óbitos precoces e que a funcionalidade, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), está diretamente relacionada ao conceito de saúde para o idoso. Segundo a PNSPI, o conceito de saúde para o idoso se dá mais pela sua

condição de autonomia e independência do que pela ausência de doenças, o que torna a dependência um fator determinante de piores condições de vida na velhice (BRASIL, 2006).

Algumas questões que impulsionaram o desenvolvimento desse estudo foram:

- a) Como são constituídas as redes sociais das pessoas idosas?
- b) Quais são as características dessas redes?
- c) Os idosos recebem ou oferecem mais apoio?
- d) As redes sociais dos idosos independentes são diferentes das redes dos idosos dependentes?
- e) As redes sociais mudam de acordo com a mudança no nível de dependência do idoso ao longo do tempo?
- f) Qual o impacto das redes sociais na funcionalidade e no óbito?

Esses questionamentos se embasam na hipótese de que as redes sociais mudam ao longo do tempo, no entanto, essas mudanças não são suficientes para atender a necessidade de cuidado dos idosos que se tornam mais dependentes. Além disso, as redes são predominantemente familiares e a troca efetiva de apoio não ocorre com todos os integrantes da rede. No mais, acredita-se, também, que o envolvimento em redes sociais aumenta a sobrevida do idoso.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar as redes sociais dos idosos e identificar o impacto das mesmas no óbito e na funcionalidade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil dos idosos segundo características estruturais e funcionais da rede social e nível de dependência.
 2. Identificar a associação entre as características estruturais e funcionais da rede social e o desenvolvimento de dependência entre 2006 e 2010.
 3. Verificar as alterações ocorridas na configuração das redes de acordo com as mudanças no perfil de dependência dos idosos entre 2006 e 2010.
 4. Identificar a associação entre as características estruturais e funcionais da rede social e óbito.
-

3. MÉTODO

3. MÉTODO

O presente estudo é parte do Estudo SABE – Saúde Bem estar e Envelhecimento e utiliza dados das coortes A e B em 2006 (A_{06} e B_{06}) e 2010 (A_{10} e B_{10}), caracterizando-se como um estudo longitudinal, exploratório, analítico, com abordagem quantitativa.

3.1. ESTUDO SABE – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

O Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) iniciou-se em 2000 como um inquérito multicêntrico para traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas (indivíduos com 60 anos e mais) residentes em sete centros urbanos da América Latina e Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, Havana, México, Montevideu, Santiago e São Paulo) sendo, nessa ocasião, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) (LEBRÃO, 2003).

Tratava-se em 2000 de um estudo transversal, simultâneo, de grande abrangência e construído de forma a ser rigorosamente comparável. Foi o primeiro desse tipo na região e teve por finalidade recolher uma ampla quantidade de informações cujos resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares, quanto a organização das políticas públicas destinados a esse segmento etário na região (LEBRÃO, 2003).

Em São Paulo, esse estudo foi coordenado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Em 2000, uma amostra de 2.143 idosos (coorte A_{00}) de ambos os sexos foi selecionada por amostragem probabilística em 2 estágios. Para atender ao plano de análise estatística proposto, o tamanho inicial da amostra – 1500 idosos – foi distribuído segundo os estratos definidos por sexo e grupo etário. Este primeiro estágio, resultante de sorteio, corresponde à amostra probabilística de 1568 entrevistas. Devido à baixa densidade da população, ampliaram-se as amostras dos grupos etários de 75 anos e mais.

Ainda, para compensar o excesso de mortalidade em relação à população feminina, ajustaram-se as amostras do sexo masculino para número igual ao do sexo feminino. O segundo estágio da amostragem foi composto por 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, corresponde ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária (SILVA, 2003). Mais detalhes sobre o desenho amostral do estudo inicial estão descritos por Silva (2003) e disponíveis no site <http://www.fsp.usp.br/sabe>.

Somente no Brasil, este estudo evoluiu para uma pesquisa longitudinal.

Em 2006, a coorte A_{00} , entrevistada em 2000, foi localizada e, do total inicial, 1.115 pessoas foram reentrevistadas. A diferença observada foi decorrente de óbitos ($n=649$), recusas ($n=177$), não localizados ($n=140$), mudanças para outros municípios ($n=51$) e institucionalizações ($n=11$). Esta coorte então passou a ser denominada coorte A_{06} . Nesse momento foi, também, realizado um novo sorteio probabilístico, para a inclusão de uma nova coorte (coorte B_{06}) com indivíduos com idade entre 60 e 64 anos ($n=298$), pois este grupo etário já não era mais representado na amostra original. O acompanhamento das coortes já em andamento permite conhecer a maneira como as pessoas envelhecem e os fatores associados às mudanças observadas no período. Já a introdução de novas coortes, a cada nova coleta de dados, permite verificar as mudanças no padrão de envelhecimento que vem ocorrendo entre as gerações. Assim, o Estudo SABE tornou-se um estudo longitudinal de múltiplas coortes.

Seguindo o mesmo desenho metodológico, em 2010, as coortes A e B foram novamente localizadas e reentrevistadas e foi incluída uma nova coorte (coorte C_{10}) de 60 a 64 anos. Entre 2006 e 2010 ocorreram 268 óbitos, 77 recusas, 35 mudanças para outros municípios, 10 institucionalizações e 40 idosos não puderam ser localizados. A Figura 1 ilustra o esquema de múltiplas coortes proposto no estudo SABE.

Figura 1 - Esquema gráfico do Estudo SABE – um estudo longitudinal de múltiplas coortes.

Utilizou-se um instrumento padronizado para todos os países nas entrevistas de 2000. O questionário apresentava onze seções, a saber: a) informações pessoais; b) avaliação cognitiva; c) estado de saúde; d) estado funcional; e) medicamentos; f) uso e acesso a serviços; g) rede de apoio familiar e social; h) história de trabalho e fontes de renda; j) características de moradia; k) antropometria; l) flexibilidade, mobilidade e equilíbrio. Em 2006, o instrumento foi revisto para melhor atender aos objetivos da pesquisa longitudinal, tendo sido feitas modificações em alguns blocos e inclusão de duas novas seções: m) maus tratos e n) avaliação de sobrecarga dos cuidadores. O mesmo procedimento foi adotado em 2010, sendo que, nesse momento, foi introduzida a coleta de sangue para realização de exames bioquímicos. Além disso, nas três ocasiões, também foi realizada coleta de dados físicos e antropométricos, realizada por nutricionistas treinados, também na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, utilizando equipamentos calibrados. Os questionários utilizados para coleta de dados em 2000, 2006 e 2010 encontram-se em um CD em anexo (ANEXO 1).

3.2. SUJEITOS

Serão sujeitos desta pesquisa os idosos residentes na cidade de São Paulo, de ambos os sexos, que fazem parte do banco de dados do Estudo SABE nas coortes de 2006 (A₀₆ e B₀₆) e 2010 (A₁₀ e B₁₀).

3.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis utilizadas para caracterização dos idosos estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das variáveis de estudo.

(continua)

Variáveis	Categorização
Sexo	Feminino Masculino
Idade	60 a 69 anos 70 a 79 anos 80 anos e mais
Estado civil	Casado Divorciado/separado Viúvo Solteiro
Escolaridade	Analfabeto 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 anos e mais
Auto-percepção de suficiência de renda	Renda insuficiente Renda suficiente
Declínio cognitivo (MEEM adaptado)	Não Sim
Sintomas depressivos (GDS breve)	Não Sim
Autoavaliação de saúde	Excelente/muito boa/boa Regular Ruim/muito ruim

(continuação)

Variáveis	Categorização
Autorrelato de doenças crônicas Hipertensão Diabetes Doença pulmonar obstrutiva crônica Doença cardiovascular Doença cerebrovascular Doenças osteoarticulares Osteoporose	Não Sim
Número de doenças autorreferidas	Nenhuma Uma Duas ou mais
Queda nos 12 meses anteriores à entrevista	Não Sim

(conclusão)

A presença de declínio cognitivo foi identificada usando a versão modificada do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esse instrumento é uma versão abreviada composta por 13 questões com menor influência da escolaridade. A pontuação máxima é 19 pontos e o ponto de corte para triagem positiva de declínio cognitivo é 12 pontos ou menos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; ICAZA; ALBALA, 1999).

Para avaliação da presença de sintomas depressivos utilizou-se a versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica abreviada e validada por Almeida e Almeida (1999), onde uma pontuação ≥ 6 indicava a presença dos mesmos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; SHEIKH; YESAVAGE, 1986).

Para as variáveis referentes ao auto relato de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, doença osteoarticular e osteoporose) foram utilizadas as respostas autoreferidas referentes às questões “Alguma vez algum(a) médico(a) ou enfermeiro(a) disse que o Sr(a) tem ou teve ...?”.

Para descrição das redes sociais foram utilizadas as questões da seção G do questionário do Estudo SABE. As redes foram divididas em domínios que refletem o tipo de relação dos integrantes com o idoso (membros que residem no domicílio do idoso, filhos que não moram na mesma casa que o idoso e outros familiares e amigos).

As características estruturais da rede avaliadas em cada domínio foram: número, sexo, idade dos integrantes e satisfação do idoso com a relação com o integrante. A rede de cada idoso foi avaliada individualmente e classificada, posteriormente, de acordo com a característica predominante dos integrantes.

A variável “sexo dos integrantes” foi categorizada da seguinte maneira: rede composta por homens e mulheres, rede composta apenas por mulheres e rede composta apenas por homens. Optou-se por essa categorização uma vez que as relações de ajuda são historicamente influenciadas por questões de gênero (CAMARANO, 2010).

A variável idade dos integrantes foi construída calculando-se a mediana da idade dos integrantes da rede de cada idoso (sem considerar a idade do idoso), em cada domínio. Posteriormente, as medianas foram agrupadas nas faixas etárias de 0 a 14 anos, 15 a 59 anos e 60 anos e mais. Optou-se por utilizar a mediana, uma vez que a média sofreria a influência de valores extremos e não permitiria uma caracterização adequada dos aspectos relacionados à homogeneidade da rede.

A variável satisfação com a relação considerou a predominância da satisfação do idoso com a relação com a maioria dos integrantes em cada domínio (membros que residem no domicílio do idoso, filhos que não moram na mesma casa que o idoso e outros familiares e amigos).

A variável “número total de integrantes da rede” foi subdividida em quatro categorias segundo quartis de distribuição. O ponto de corte para cada categoria foi estabelecido de acordo com o primeiro, segundo e terceiro quartil da distribuição. Já o número de integrantes de cada domínio foi categorizado em “um”, “dois”, “três”, “quatro” e “cinco ou mais integrantes”, uma vez que o número de integrantes por domínio é menor que o número total de integrantes da rede, o que dificultou a subdivisão por

quartis, e que a categorização feita dessa maneira proporcionou uma distribuição mais homogênea entre as categorias.

O agrupamento dos arranjos domiciliares foi feito com base na co-residência entre gerações. As categorias criadas foram: idoso mora sozinho; mora somente com cônjuge; mora com filhos e sem netos (incluindo ou não a presença de cônjuge e/ou genros/noras); mora com filhos e netos (incluindo ou não a presença de cônjuge e/ou genros/noras); outros arranjos domiciliares (compostos por outros familiares e/ou não familiares). Utilizou-se também as variáveis co-residência com idosos e co-residência com crianças uma vez que a demanda de cuidado desses indivíduos é maior e por isso a troca de apoio pode não ser balanceada.

As características funcionais da rede social foram avaliadas por meio dos seguintes tipos de apoio: financeiro, material, tarefas fora de casa, tarefas domésticas, cuidados pessoais, companheirismo e apoio emocional. O idoso foi avaliado quanto ao recebimento e oferta de cada um desses tipos de apoio nos três domínios separadamente (membros que residem no domicílio do idoso, filhos que não moram na mesma casa que o idoso e outros familiares e amigos). Considerou-se que o idoso recebe cada um desses tipos de apoio quando pelo menos um integrante da rede o oferece e que ele oferece apoio quando, pelo menos, um integrante da rede recebe ajuda de qualquer um dos apoios mencionados.

Além disso, outras duas variáveis foram utilizadas para avaliação do apoio social recebido e oferecido: “recebe apoio social” e “oferece apoio social”. Essas variáveis consideram o apoio recebido e oferecido, independente do domínio. O idoso que recebe, pelo menos, um tipo de apoio social, de pelo menos um integrante da rede, em qualquer domínio, foi codificado como “sim” na variável “recebe apoio social”. Do mesmo modo, o idoso que oferece pelo menos um tipo de apoio social, para pelo menos um integrante da rede, em qualquer domínio, foi codificado como “sim” na variável “oferece apoio social”. Também foram consideradas nas análises as variáveis receber ou oferecer apoio financeiro, material, emocional, apoio para realização de tarefas fora de casa e para tarefas domésticas, cuidados pessoais e companhia.

O Quadro 2 apresenta as variáveis utilizadas para caracterizar as redes sociais dos idosos.

Quadro 2. Categorização das variáveis referentes à rede social dos idosos.

(continua)

Variáveis	Categorização
Nº total de integrantes da rede	1-5 6-8 9-11 12 ou mais
Nº de integrantes em cada domínio (membros que residem no domicílio do idoso, filhos que não moram na mesma casa que o idoso e outros familiares e amigos)	0 1 2 3 4 5 ou mais
Tipo de arranjo domiciliar	Idoso mora sozinho Idoso mora somente com o cônjuge Idoso mora com filho(s) e sem neto(s) Idoso mora com filho(s) e neto(s) Outros arranjos domiciliares
Sexo dos integrantes da rede	Rede composta por homens e mulheres Rede composta apenas por mulheres Rede composta apenas por homens
Idade dos integrantes da rede	Mediana da idade dos integrantes da rede entre 0 e 14 anos Mediana da idade dos integrantes da rede entre 15 e 59 anos Mediana da idade dos integrantes da rede maior ou igual a 60 anos
Co-residência com criança	Não Sim

(continuação)

Variáveis	Categorização
Co-residência apenas com idosos	Não Sim
Satisfação com a relação	Muito satisfeito Pouco/nada satisfeito
Recebe apoio social	Não Sim
Oferece apoio social	Não Sim
Recebe apoio financeiro	Não Sim
Recebe apoio material	Não Sim
Recebe apoio para realização de tarefas fora de casa	Não Sim
Recebe apoio para realização de tarefas domésticas	Não Sim
Recebe cuidados pessoais	Não Sim
Recebe apoio emocional	Não Sim
Recebe companhia	Não Sim
Oferece apoio financeiro	Não Sim
Oferece apoio material	Não Sim
Oferece apoio para realização de tarefas fora de casa	Não Sim

(continuação)

Variáveis	Categorização
Oferece apoio para realização de tarefas domésticas	Não Sim
Oferece cuidados pessoais	Não Sim
Oferece apoio emocional	Não Sim
Oferece companhia	Não Sim

(conclusão)

Para identificação do nível de dependência do idoso foi utilizado o grau de dificuldade do idoso para realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Foram consideradas as seguintes categorias: independente, dependência leve, dependência moderada e grande dependência. Para o estabelecimento dos diferentes níveis de dependência foi utilizada a escala hierárquica de dificuldades referidas no desempenho funcional com a população de idosos do Estudo SABE em 2006, construída pelo método de escalonamento de Guttman (NUNES, 2015).

No escalonamento de Guttman, entende-se que quem tem dificuldade em realizar uma atividade posicionada em nível inferior na escala e, portanto, uma atividade em que é menos frequente apresentar dificuldade, possivelmente não deve conseguir realizar todas as outras atividades posicionadas acima desta na escala, uma vez que apresentam uma maior frequência de dificuldade referida. Da mesma maneira, quem não refere dificuldade em uma atividade posicionada no alto da escala (atividades com maior proporção de pessoas que referiram tal dificuldade), possivelmente conseguirá realizar as atividades posicionadas em níveis mais inferiores da escala (atividades com menores proporções de pessoas que referiram tal dificuldade) (FERRUCCI, *et al.*, 1998; ROSOW; BRESLAU, 1965; SPECTOR, 1987).

A escolha do método de escalonamento de Guttman para hierarquização das dificuldades referidas pelos idosos pode ser justificada pelo fato de que o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda nas funções mais simples (TORRES, 2009). Entre as atividades básicas de vida diária, banhar-se, vestir-se e usar o banheiro são funções influenciadas pela cultura e aprendizado, portanto, mais complexas. Já atividades como transferência e alimentação são funções vegetativas simples que podem ser substituídas por rotinação, postergando a necessidade de ajuda (MORAES, 2012).

A escala construída utilizando dados das coortes A₀₆ e B₀₆ (n=1413), do Estudo SABE encontrou a seguinte ordem crescente de dificuldade: comer (2,9%), locomover-se (3,6%), higiene pessoal (4,6%), ir ao banheiro (5,8%), tomar banho (6,2%), preparar refeição (7,2%), mobilizar-se (8,8%), vestir (9,1%), tomar o próprio medicamento (11,3%), utilizar o telefone (12,4%), realizar tarefas leves (13,2%), fazer compras (17,4%), utilizar transporte (22,7%), administrar as próprias finanças (25,0%) e realizar tarefas pesadas (28,8%) (NUNES, 2015).

Segundo esse escalonamento, uma dificuldade posicionada em determinado nível, implica que, com 98% de reprodutibilidade, as atividades acima dessa estarão também comprometidas. A probabilidade de erro desta escala foi de 2% (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Escala hierárquica de dificuldades referidas no desempenho funcional com a população de idosos do Estudo SABE. São Paulo, 2006.

Fonte: Estudo SABE, 2006.

A criação das categorias da variável “nível de dependência” foi feita pelo agrupamento das atividades segundo a hierarquia de dificuldade e a necessidade de um cuidador que o ajude. O Quadro 3 apresenta a categorização da variável.

Quadro 3 - Categorização da variável “nível de dependência” segundo relato de dificuldade de realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária e necessidade de um cuidador.

(continua)

Categorias	Definição
Independente	Idoso não refere dificuldade para desenvolvimento de ABVDs, nem AIVDs.
Dependência mínima	Idoso refere dificuldade para realização de pelo menos uma das seguintes atividades (realizar tarefas pesadas, cuidar das finanças, utilizar transporte, fazer compras, realizar tarefas leves e utilizar telefone), e por isso necessita de ajuda esporádica (dias alternados).

(continuação)

Categorias	Definição
Dependência moderada	Idoso necessita de ajuda diária (uma ou duas vezes ao dia, não requerendo cuidador presencial em tempo integral) para realização de pelo menos uma das seguintes atividades (tomar medicamentos, vestir-se, mobilizar-se e preparar refeição) e não relata dificuldade para tomar banho, ir ao banheiro, higiene pessoal, locomover-se e comer.
Grande dependência	Idoso necessita de ajuda muitas vezes ao dia, necessitando de um cuidador presencial em tempo integral, para realizar pelo menos uma das seguintes atividades (tomar banho, ir ao banheiro, higiene pessoal, locomover-se e comer).

(conclusão)

A variável “nível de dependência” foi utilizada como variável dependente na análise de regressão logística para identificação dos fatores relacionados à rede social que determinam a dependência. Para tanto, foi utilizada de forma dicotomizada:

- Dependência: Não (independente)
Sim (dependência mínima + dependência moderada + grande dependência)

Optou-se por essa categorização pelo número reduzido de idosos nas categorias “dependência moderada” (n=31) e “grande dependência” (n=37).

Para análise da associação entre as características estruturais e funcionais da rede social e óbito foram considerados os óbitos ocorridos

entre 2006 e 2010. A confirmação foi feita por meio dos Sistemas de Informações de Mortalidade do município e do Estado de São Paulo.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

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

A análise da associação entre as características da rede de apoio social e o desenvolvimento de necessidade de cuidado foi feita por meio de regressão logística múltipla. Foram selecionados os idosos independentes em 2006 e que desenvolveram algum nível de dependência em 2010 (dependência mínima, moderada ou grande dependência). A magnitude da associação foi estimada pela razão de chances (OR) simples e ajustados. O modelo incluindo as variáveis referentes às características estruturais e funcionais da rede social foi ajustado por sexo, idade, suficiência de renda, estado civil, escolaridade, declínio cognitivo, número de doenças, queda, receber apoio social, número de integrantes da rede e arranjo domiciliar

Para identificar as mudanças da rede social segundo a mudança na condição de dependência do idoso entre 2006 e 2010, foram estimadas as diferenças entre as características estruturais e funcionais da rede social em 2006 e 2010 utilizando o Teste de McNemar e o Teste de Wilcoxon. A análise foi feita selecionando os idosos da seguinte maneira:

1. Idosos que não alteraram o nível de dependência: mantiveram em 2010 a mesma condição apresentada em 2006.
2. Idosos que aumentaram o nível de dependência de 2006 para 2010: passaram de independência para dependência mínima, moderada ou grande dependência; ou passaram de dependência mínima para

dependência moderada ou grande dependência; ou passaram de dependência moderada para grande dependência.

3. Idosos que diminuíram o nível de dependência de 2006 para 2010: passaram de dependência mínima para independência; ou de dependência moderada para independência ou dependência mínima; ou passaram de grande dependência para independência, dependência mínima ou moderada.

A análise da associação entre as características da rede de apoio social e óbito foi feita por meio do modelo de riscos proporcionais de Cox. O tempo de observação utilizado para estimar as funções de sobrevivência foi o intervalo de tempo entre a entrevista em 2006 e a entrevista de 2010 para aqueles que foram seguidos até o final do período. Em casos de óbito, o tempo de observação foi o intervalo de tempo entre a entrevista de 2006 e a data da morte. Para aqueles perdidos no seguimento (recusas, institucionalizados e não-localizados), o tempo de observação foi a metade do período entre a entrevista de 2006 e o período médio das entrevistas de 2010. Utilizou-se o teste de log-rank para análise da diferença estatística entre as curvas de sobrevivência construídas pelo método de Kaplan-Meier. Hazard Ratios (HR) e intervalos de 95% de confiança (IC) foram calculados utilizando modelo proporcional de Cox. O modelo incluindo as variáveis referentes às características estruturais e funcionais da rede social foi ajustado por sexo, idade, suficiência de renda, declínio cognitivo, número de doenças, queda, nível de dependência, receber apoio social e arranjo domiciliar.

Por se tratar de uma amostra complexa, em todas as análises foram aplicados pesos amostrais visando compensar a ausência de respostas, probabilidades desiguais de participação após o segundo estágio da amostragem e garantir a representatividade da população no município de São Paulo.

Utilizou-se o pacote estatístico *Stata*® versão 11.0.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto para a realização da primeira rodada do estudo SABE, coorte A₀₀ foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 17 de junho de 1999 (parecer nº 315/99) (ANEXO 2). A segunda rodada do projeto (coortes A₀₆ e B₀₆), foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo, aprovada em 14 de março de 2006 (parecer nº 83/06) (ANEXO 3).

O projeto para realização da terceira rodada (coortes A₁₀, B₁₀ e C₁₀), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo, aprovada em 5 de março de 2010 (protocolo de pesquisa nº 2044) (ANEXO 4).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. PERFIL DOS IDOSOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

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

Tabela 1 - Distribuição dos idosos (%) segundo características sociodemográficas e econômicas. São Paulo, 2006. (n=1413)

Características	%
Sexo	
Homem	40,6
Mulher	59,4
Idade	
60 a 69 anos	58,7
70 a 79 anos	30,1
80 anos e mais	11,2
Estado civil	
Casado (a)	57,4
Divorciado (a) / separado (a)	7,6
Viúvo (a)	30,7
Solteiro (a)	4,3
Escolaridade	
Analfabeto	15,7
1 a 3 anos	26,5
4 a 7 anos	38,6
8 anos e mais	19,2
Renda Suficiente	
Não	55,1
Sim	44,9

Fonte: Estudo SABE, 2006

A maioria dos idosos (55,0%) relatou a presença de duas ou mais doenças crônicas simultâneas, sendo as mais prevalentes, hipertensão

arterial (62,7%) e doenças osteoarticulares (33,1%). Observou-se que 28,5% referiram queda nos 12 meses anteriores à entrevista. A presença de declínio cognitivo foi observada em 12,2% dos idosos e sintomas depressivos em 14,3%. A maioria dos idosos (53,4%) era independente para seu próprio cuidado (TABELA 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos (%) segundo condições relacionadas à saúde. São Paulo, 2006. (n=1413)

Características	%
Declínio cognitivo	
Não	87,8
Sim	12,2
Sintomas depressivos	
Não	85,7
Sim	14,3
Autoavaliação de saúde	
Excelente/muito boa/boa	44,71
Regular	46,46
Ruim/muito ruim	8,83
Autorrelato de doenças crônicas (sim)	
Hipertensão	62,7
Diabetes	21,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	12,0
Doença cardiovascular	22,2
Doença cerebrovascular	8,3
Doença osteoarticular	33,1
Osteoporose	22,3
Número de doenças referidas	
Nenhuma	16,9
Uma	28,1
Duas ou mais	55,0
Queda nos 12 meses anteriores à entrevista	
Não	71,5
Sim	28,5
Nível de dependência	
Independente	53,4
Dependência mínima	26,7
Dependência moderada	10,5
Grande dependência	9,4

Fonte: Estudo SABE, 2006

4.2. PERFIL DOS IDOSOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA REDE SOCIAL

Do total de idosos entrevistados, 0,45%, o que representa 4585 idosos da população de São Paulo, não possuíam redes sociais, ou seja, não referiram pessoas com quem pudessem contar. Desses idosos, 78,34% eram mulheres e 50,83% tinham idade entre 60 e 69 anos. Nenhum desses idosos possuía indicação de alteração cognitiva segundo MEEM e 11,43% apresentavam sintomas depressivos segundo a GDS. Quanto ao nível de dependência, 20,07% dos idosos que não possuíam rede social eram dependentes (15,87% referiram dependência mínima e 4,20% grande dependência).

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

No que diz respeito ao apoio social recebido e oferecido, observou-se que, em todos os tipos de apoio, o percentual de idosos que não recebiam ou não ofereciam era maior do que o de idosos que recebiam e ofereciam apoio.

O número de integrantes da rede no domínio “outros familiares e amigos” era maior do que o de integrantes no domínio “filhos que não moram com o idoso”, que era maior que o de integrantes da rede domiciliar. No entanto, mesmo com o menor número de integrantes, a rede domiciliar se destacava na oferta de apoio aos idosos. Conforme pode ser observado no Gráfico 2, na rede domiciliar ocorreram trocas mais expressivas de apoio do

que na rede de filhos que não moravam com o idoso e de outros familiares e amigos.

Gráfico 2 – Distribuição dos idosos (%) segundo o apoio recebido nos diferentes domínios da rede (residentes no domicílio, filhos que não moram com o idoso e outros familiares e amigos). São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE, 2006

Ainda sobre o destaque da rede domiciliar na oferta de apoio, ao se avaliar os diferentes tipos de apoio social recebido, observa-se que o percentual de idosos que recebe todos os tipos de apoio foi maior na rede domiciliar. O tipo de apoio que a maior proporção de idosos referiu receber tanto dos residentes, quanto dos filhos que moram fora da casa e de outros familiares e amigos foi companhia. O apoio oferecido pela maior proporção de idosos aos filhos que não moravam na casa e aos outros familiares e amigos também foi companhia. Já para os residentes no domicílio, o apoio mais oferecido foi o material. Nenhum idoso referiu ajudar os filhos que não moram na casa com os cuidados pessoais e apenas 1,61% dos idosos referiu oferecer esse tipo de ajuda a outros familiares e amigos (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio social recebido e oferecido. São Paulo, 2006. (n=1413)

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

Fonte: Estudo SABE, 2006

Quanto aos arranjos domiciliares, o mais frequentemente observado foi o bi-geracional (30,3%), ou seja, de idosos que residiam com filhos e sem netos (incluindo ou não a presença do cônjuge e de genros/noras) (GRÁFICO 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos idosos (%) segundo tipo de arranjo domiciliar. São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE, 2006

O percentual de idosos que moravam sozinhos foi de 13,3%. Dos idosos que referiram apenas uma pessoa em sua rede domiciliar, 68,39% residiam com o cônjuge, 20,22% com filho(a) e 11,39% com outro familiar ou amigo.

Sobre as características da rede composta por residentes no domicílio, 29,40% dos idosos residiam apenas com mulheres, 25,79% apenas com homens e 44,81% com homens e mulheres. A mediana da idade dos residentes da maior parte dos domicílios (64,96%) ficou entre 15 e 59 anos, sendo que 17,41% residem com crianças e 25,44% apenas com outros idosos (TABELA 4).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos (%) segundo características da rede de apoio domiciliar. São Paulo, 2006. (n=1413)

Características da rede de apoio domiciliar	% de idosos
Sexo	
Rede composta por homens e mulheres	44,81
Rede composta apenas por mulheres	29,40
Rede composta apenas por homens	25,79
Mediana da idade	
Mediana da idade dos integrantes da rede entre 0 e 14 anos	2,15
Mediana da idade dos integrantes da rede entre 15 e 59 anos	64,96
Mediana da idade dos integrantes da rede igual ou maior que 60 anos	32,89
Co-residência com crianças	
Não	82,59
Sim	17,41
Co-residência apenas com idosos	
Não	75,56
Sim	25,44
Satisfação com a relação	
Muito satisfeito	86,81
Pouco/nada satisfeito	13,19
Nº de integrantes da rede domiciliar	
0	13,32
1	33,33
2	22,63
3	12,94
4	9,69
5 ou mais	8,09

Fonte: Estudo SABE 2006

Observou-se relação estatisticamente significativa entre satisfação com o contato e número de residentes no domicílio ($p=0,012$), sendo que a proporção de idosos pouco ou nada satisfeitos é maior entre os que moram com cinco ou mais pessoas quando comparada com a de idosos que moram com um número menor de pessoas (GRÁFICO 4). Também foi observada relação estatisticamente significativa entre satisfação com o contato e co-residência com crianças ($p=0,039$), sendo que dos idosos que moravam com

crianças, 18,06% estão pouco ou nada satisfeitos, contra 12,16% dos que não moram (GRÁFICO 5)

Gráfico 4 – Distribuição dos idosos (%) segundo satisfação com o contato e número de residentes no domicílio. São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE 2006

Gráfico 5 – Distribuição dos idosos (%) segundo satisfação com o contato e co-residência com crianças. São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE 2006

Companhia foi o tipo de apoio recebido de residentes no domicílio mais prevalente entre os idosos (45,2%), e ajuda com as tarefas domésticas o menos prevalente (4,2% dos idosos). O apoio oferecido mais prevalente

foi o material (43,4%), e o menos oferecido, a ajuda com as tarefas domésticas (1,8%). Comparando o apoio social recebido e oferecido, o percentual de idosos que referem receber apoio é maior do que o de idosos que referem oferecer, com exceção do apoio material (38,5% dos idosos recebem e 43,4% dos idosos oferecem) (GRÁFICO 6).

Gráfico 6 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio social recebido e oferecido pelos residentes no domicílio. São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE 2006

Foi observada diferença estatisticamente significativa entre o sexo dos idosos e o apoio social domiciliar recebido e oferecido. A proporção de idosos que referiram receber apoio financeiro e material foi maior entre as mulheres, enquanto o percentual de idosos que recebiam apoio emocional, companhia e cuidados pessoais foi maior entre os homens. Já quanto ao apoio oferecido, o percentual de idosos que referiu oferecer apoio financeiro, material e para realização de tarefas fora da casa foi maior entre os homens, enquanto o percentual de idosos que referiu oferecer cuidados pessoais foi maior entre as mulheres (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por residentes no domicílio e sexo do idoso. São Paulo, 2006. (n=1413)

Apoio Social	Idosos que recebem apoio			Idosos que oferecem apoio		
	Feminino %	Masculino %	<i>P</i>	Feminino %	Masculino %	<i>P</i>
Financeiro						
Sim	34,45	26,94	0,006	16,24	42,97	0,000
Não	65,55	73,06		83,76	57,03	
Material						
Sim	47,33	25,48	0,000	31,73	60,61	0,000
Não	52,67	74,52		68,27	39,39	
Tarefas fora de casa						
Sim	39,92	34,63	0,098	22,91	38,86	0,000
Não	60,08	65,37		77,09	61,14	
Tarefas domésticas						
Sim	3,89	4,59	0,493	2,44	0,96	0,052
Não	96,11	95,41		97,56	99,04	
Cuidados pessoais						
Sim	16,93	24,26	0,005	12,23	7,40	0,005
Não	83,07	75,74		87,77	92,60	
Companheirismo						
Sim	39,74	53,15	0,000	37,61	41,37	0,167
Não	60,26	46,85		62,39	58,63	
Emocional						
Sim	8,09	14,45	0,000	10,23	10,15	0,961
Não	91,91	85,55		89,77	89,85	

Fonte: Estudo SABE 2006

Ao se analisar o apoio domiciliar recebido e oferecido em relação à co-residência com crianças também se observou associação estatisticamente significativa. O percentual de idosos que recebia apoio financeiro, material, para realização de tarefas domésticas e fora de casa e cuidados pessoais foi maior entre os que moravam com crianças quando comparado com os que não moravam. Quanto ao apoio oferecido, o percentual de idosos que oferecia apoio material e para realização de tarefas domésticas foi maior entre os que co-residiam com crianças (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio domiciliar recebido e oferecido e co-residência com crianças. São Paulo, 2006. (n=1413)

Apoio Social	Idosos que recebem apoio			Idosos que oferecem apoio		
	Domicílios com crianças %	Domicílios sem crianças %	<i>P</i>	Domicílios com crianças %	Domicílios sem crianças %	<i>P</i>
Financeiro						
Sim	41,44	29,29	0,005	26,91	27,12	0,954
Não	58,56	70,71		73,09	72,88	
Material						
Sim	49,61	36,12	0,001	52,99	41,43	0,009
Não	50,39	63,88		47,01	58,57	
Tarefas fora de casa						
Sim	51,96	34,79	0,000	31,90	28,85	0,459
Não	48,04	65,21		68,10	71,15	
Tarefas domésticas						
Sim	17,14	1,44	0,000	6,80	0,79	0,000
Não	82,86	98,56		93,20	99,21	
Cuidados pessoais						
Sim	26,33	18,55	0,032	12,38	9,82	0,338
Não	73,67	81,45		87,62	90,18	
Companheirismo						
Sim	50,86	43,98	0,171	42,77	38,37	0,267
Não	49,14	56,02		57,23	61,63	
Emocional						
Sim	7,66	11,30	0,156	7,10	10,85	0,232
Não	92,34	88,70		92,90	89,15	

Fonte: Estudo SABE 2006

Também foi observada diferença estatisticamente significativa entre a troca de apoio social de idosos que residiam apenas com outros idosos em comparação aos que residiam com indivíduos de outras faixas etárias. O percentual de idosos que residiam apenas com outros idosos e recebiam apoio para as tarefas domésticas foi menor do que o de idosos que residiam com indivíduos de outras faixas etárias. Já com relação ao apoio oferecido, o percentual de idosos que oferecia apoio para realização de tarefas domésticas e fora da casa, cuidados pessoais e companhia foi maior entre os que moravam apenas com outros idosos (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio domiciliar recebido e oferecido e co-residência com idosos. São Paulo, 2006. (n=1413)

Apoio Social	Idosos que recebem apoio			Idosos que oferecem apoio		
	Apenas idosos no domicílio		<i>p</i>	Apenas idosos no domicílio		<i>p</i>
	Não %	Sim %		Não %	Sim %	
Financeiro						
Sim	31,91	29,92	0,599	25,92	30,51	0,145
Não	68,09	70,08		74,08	69,49	
Material						
Sim	37,40	41,60	0,145	43,68	42,76	0,775
Não	62,60	58,40		56,32	57,24	
Tarefas fora de casa						
Sim	38,10	36,84	0,736	25,86	39,69	0,000
Não	61,90	63,16		74,14	60,31	
Tarefas domésticas						
Sim	5,24	1,04	0,000	2,46	0,00	0,018
Não	94,76	98,96		97,54	100,00	
Cuidados pessoais						
Sim	19,37	21,48	0,472	7,14	19,43	0,000
Não	80,63	78,52		92,86	80,57	
Companheirismo						
Sim	43,14	51,14	0,073	36,76	46,10	0,039
Não	56,86	48,86		63,24	53,90	
Emocional						
Sim	10,46	11,29	0,744	9,14	13,32	0,096
Não	89,54	88,71		90,86	86,68	

Fonte: Estudo SABE, 2006

Sobre as características da rede composta por filhos que não moravam com o idoso, 20,04% dos idosos referiram que os integrantes eram apenas mulheres, 21,76% apenas homens e 58,20% homens e mulheres. Quanto à idade, 97,44% dos idosos tinham redes onde a mediana da idade ficou entre 15 e 59 anos e 90,92% dos idosos estavam muito satisfeitos com a relação com esses filhos. Já quanto à rede composta por outros familiares e amigos, 63,70% dos idosos tinham rede composta por homens e mulheres, 78,47% redes onde a mediana da idade era de 60 anos ou mais e 82,26% estavam muito satisfeitos com a relação (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição dos idosos (%) segundo características da rede de apoio composta por filhos que não moram com o idoso e outros familiares e amigos. São Paulo, 2006. (n=1413)

Características da rede	% de idosos segundo a rede composta por filhos que não moram na mesma residência	% de idosos segundo a rede composta por outros familiares e amigos
Sexo		
Rede composta por homens e mulheres	58,20	63,70
Rede composta apenas por mulheres	20,04	21,32
Rede composta apenas por homens	21,76	14,98
Mediana da idade		
Mediana da idade dos integrantes da rede entre 0 e 14 anos	0,16	0,00
Mediana da idade dos integrantes da rede entre 15 e 59 anos	97,44	21,53
Mediana da idade dos integrantes da rede igual ou maior que 60 anos	2,40	78,47
Satisfação com a relação		
Muito satisfeito	90,92	82,26
Pouco/nada satisfeito	9,08	17,74
Nº de integrantes		
0	15,27	12,36
1	17,88	14,92
2	22,21	15,18
3	16,45	14,76
4	10,45	13,37
5 ou mais	17,74	29,41

Fonte: Estudo SABE, 2006

4.3. PERFIL DOS IDOSOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA REDE DE APOIO SOCIAL E NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre número de integrantes da rede (como um todo ou por domínios) e nível de dependência. Observou-se, contudo, diferença no que diz respeito aos arranjos domiciliares. Conforme já citado, 30,3% dos idosos residiam com filhos, 23,9% somente com cônjuge, 20,4% com filhos e netos, 13,3% sozinhos e 12,1% em outros arranjos domiciliares (GRÁFICO 2). Entre os idosos independentes, com dependência mínima e com dependência moderada há predomínio de idosos que residiam com filhos (arranjos bigeracionais), enquanto entre os idosos com grande dependência havia predomínio de idosos que residiam com filhos e netos (arranjos triggeracionais) ($p < 0,05$) (GRÁFICO 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos idosos (%) segundo arranjo domiciliar e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413)

Fonte: Estudo SABE, 2006

Quanto ao apoio domiciliar recebido e oferecido segundo o nível de dependência, observa-se que o percentual de idosos que recebia apoio material, para realização de tarefas fora de casa e cuidados pessoais era maior entre os idosos com grande dependência ($p<0,05$), enquanto o percentual de idosos que referia receber apoio emocional e companhia era maior entre os idosos independentes ($p<0,05$). Sobre o apoio oferecido, observa-se que o percentual de idosos que oferecia apoio material, cuidados pessoais, companhia, para realização de tarefas fora de casa e tarefas domiciliares era menor entre os idosos com grande dependência ($p<0,05$) (TABELA 9).

Tabela 9 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por residentes no domicílio e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413) (continua)

Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Recebem apoio					
Financeiro					
Sim	34,59	28,81	28,38	24,05	0,101
Não	65,21	71,19	71,62	75,95	
Material					
Sim	32,91	46,16	40,59	45,77	0,001
Não	67,09	53,84	59,41	54,23	
Tarefas fora de casa					
Sim	29,80	43,31	48,79	55,11	0,000
Não	70,20	56,69	51,21	44,89	
Tarefas domésticas					
Sim	3,00	6,61	3,89	4,19	0,103
Não	97,00	93,39	96,11	95,81	
Cuidados pessoais					
Sim	12,50	17,47	39,63	46,94	0,000
Não	87,50	82,53	60,37	53,06	
Companhia					
Sim	50,06	42,13	34,64	37,85	0,002
Não	49,94	57,87	64,36	62,15	
Emocional					
Sim	11,99	11,27	6,99	5,53	0,105
Não	88,01	88,73	93,01	94,47	

(continuação)					
Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Oferecem apoio					
Financeiro					
Sim	29,65	26,33	20,51	21,98	0,110
Não	70,35	73,67	79,49	78,02	
Material					
Sim	50,29	39,54	32,75	27,54	0,000
Não	49,71	60,46	67,25	72,46	
Tarefas fora de casa					
Sim	36,38	25,21	18,25	13,85	0,000
Não	63,62	74,79	81,75	86,15	
Tarefas domésticas					
Sim	1,45	3,62	0,57	0,33	0,020
Não	98,55	96,38	99,43	99,67	
Cuidados pessoais					
Sim	8,22	16,48	8,12	6,62	0,000
Não	91,78	83,52	91,88	93,38	
Companhia					
Sim	42,49	38,00	36,17	26,59	0,013
Não	57,51	62,00	63,83	73,41	
Emocional					
Sim	10,99	10,44	9,44	5,88	0,478
Não	89,01	89,56	90,56	94,12	
Fonte: Estudo SABE, 2006				(conclusão)	

Quanto ao apoio recebido e oferecido por filhos que não moravam com o idoso segundo o nível de dependência, observa-se que o percentual de idosos que recebia apoio emocional era maior entre os idosos com dependência mínima, enquanto o percentual de idosos que recebia apoio material e para realização de tarefas fora de casa era maior entre os com dependência moderada e o percentual de idosos que recebia apoio para realização de tarefas domésticas e cuidados pessoais era maior entre os idosos com grande dependência ($p < 0,05$). Sobre o apoio oferecido, o percentual de idosos que oferecia companhia e apoio para realização de tarefas fora do domicílio era maior entre os idosos independentes ($p < 0,05$) (TABELA 10).

Tabela 10 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por filhos que não moram na mesma casa e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413)

(continua)

Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Recebem apoio					
Financeiro					
Sim	13,06	18,82	20,28	19,31	0,071
Não	86,94	81,18	79,72	80,69	
Material					
Sim	13,66	21,76	22,78	19,41	0,006
Não	86,34	78,24	77,22	80,59	
Tarefas fora de casa					
Sim	10,46	25,86	30,85	30,45	0,000
Não	89,54	74,14	69,15	69,55	
Tarefas domésticas					
Sim	3,70	9,62	6,57	18,82	0,000
Não	96,30	90,38	93,43	81,18	
Cuidados pessoais					
Sim	7,01	12,90	17,98	22,92	0,000
Não	92,99	87,10	52,02	77,08	
Companhia					
Sim	23,95	31,12	23,76	29,18	0,150
Não	76,05	68,88	76,24	70,82	
Emocional					
Sim	11,43	12,88	7,52	3,73	0,033
Não	88,57	87,12	92,48	96,27	
Oferecem apoio					
Financeiro					
Sim	11,88	10,22	10,65	6,39	0,356
Não	88,12	89,78	89,35	93,61	
Material					
Sim	11,17	6,84	7,71	10,46	0,215
Não	88,83	93,16	92,29	89,54	
Tarefas fora de casa					
Sim	3,03	1,02	0,45	0,15	0,013
Não	96,97	98,98	99,55	99,85	
Tarefas domésticas					
Sim	4,35	5,61	3,84	3,64	0,799
Não	95,65	94,39	96,16	96,36	
Cuidados pessoais					
Sim	0,00	0,00	0,00	0,00	--
Não	100,00	100,00	100,00	100,00	
Companhia					
Sim	16,29	15,63	6,30	9,90	0,047
Não	83,71	84,37	93,70	90,10	

(continuação)

Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Emocional					
Sim	12,14	13,21	8,33	6,29	0,156
Não	87,86	86,79	91,67	93,71	

Fonte: Estudo SABE, 2006 (conclusão)

Já com relação ao apoio recebido e oferecido por outros familiares e amigos, observa-se que o percentual de idosos que recebe companhia, apoio material, cuidados pessoais e para realização de tarefas domésticas e fora da casa é menor entre os idosos independentes ($p < 0,05$). Sobre o apoio oferecido, o percentual de idosos que oferece apoio para realização de tarefas fora de casa era maior entre os idosos independentes, enquanto o percentual de idosos que oferece apoio emocional é maior entre os idosos com grande dependência ($p < 0,05$) (TABELA 11).

Tabela 11 – Distribuição dos idosos (%) segundo apoio recebido e oferecido por outros familiares e amigos e nível de dependência. São Paulo, 2006. (n=1413) (continua)

Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Recebem apoio					
Financeiro					
Sim	4,54	3,03	5,71	5,72	0,471
Não	95,46	96,97	94,29	94,28	
Material					
Sim	2,72	5,29	7,83	10,21	0,004
Não	97,28	94,71	92,17	89,79	
Tarefas fora de casa					
Sim	1,49	5,81	9,58	15,72	0,000
Não	98,51	94,19	90,42	84,28	
Tarefas domésticas					
Sim	0,45	4,29	5,30	4,89	0,000
Não	99,55	95,71	94,70	95,11	

(continuação)

Apoio Social	Nível de dependência				<i>p</i>
	Independente (%)	Dependência Mínima (%)	Moderada (%)	Grande (%)	
Cuidados pessoais					
Sim	1,15	4,34	3,64	7,00	0,001
Não	98,85	95,66	96,36	93,00	
Companhia					
Sim	11,75	19,74	16,52	20,64	0,020
Não	88,25	80,26	83,48	79,36	
Emocional					
Sim	1,71	3,39	1,79	3,93	0,217
Não	98,29	96,61	98,21	96,07	
Oferecem apoio					
Financeiro					
Sim	6,86	5,29	4,29	1,55	0,069
Não	93,14	94,71	95,71	98,45	
Material					
Sim	5,36	6,08	5,76	4,01	0,858
Não	94,64	93,92	94,24	95,99	
Tarefas fora de casa					
Sim	3,83	1,48	0,85	0,40	0,036
Não	96,17	98,52	99,15	99,60	
Tarefas domésticas					
Sim	1,19	3,46	1,65	3,35	0,090
Não	98,81	96,54	98,35	96,65	
Cuidados pessoais					
Sim	2,35	1,34	0,00	0,00	0,252
Não	97,65	98,66	100,00	100,00	
Companhia					
Sim	14,25	20,02	11,30	13,88	0,082
Não	85,75	79,98	88,70	86,12	
Emocional					
Sim	1,91	3,33	0,69	6,54	0,002
Não	98,09	96,67	99,31	93,46	

Fonte: Estudo SABE, 2006

(conclusão)

4.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DA REDE SOCIAL E O DESENVOLVIMENTO DE DEPENDÊNCIA ENTRE 2006 E 2010

Em 2006, dos 1.413 idosos avaliados, 615 eram independentes, sendo estes selecionados para a análise das características da rede social que determinam o desenvolvimento de dependência (FIGURA 2). Desses 615 idosos, 459 foram reentrevistados em 2010, 51 foram a óbito e 105 foram perdas de seguimento.

Figura 2 – Sujeitos do estudo segundo nível de dependência. São Paulo, 2006-2010.

Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os idosos acompanhados (n=459) e as perdas (recusas, mudanças para outro

município, institucionalizações e não localizados) ou óbitos (n=156), no que diz respeito ao sexo e idade. Observaram-se maiores proporções de óbitos entre idosos do sexo masculino e mais velhos (TABELA 12).

Tabela 12 - Distribuição dos idosos (%) independentes na linha de base segundo status final de acompanhamento. São Paulo, 2006-2010.

(continua)

Características	Linha de base (n=615)	Seguimento		
		Acompanhados (n=459)	Óbito (n=51)	Perdas (n=105)
Sexo*				
Feminino	49,35	51,95	28,54	44,94
Masculino	50,65	48,05	71,46	55,06
Idade*				
60 a 69 anos	69,31	72,23	36,18	67,66
70 a 79 anos	26,28	24,66	42,60	27,91
80 anos e mais	4,40	3,11	21,22	4,43
Estado civil				
Casado	64,41	63,50	64,80	68,23
Divorciado/separado	8,18	9,01	0,00	7,29
Viúvo	22,99	22,93	31,40	20,44
Solteiro	4,42	4,56	3,79	4,05
Escolaridade				
Analfabeto	7,84	8,04	2,55	8,74
1 a 3 anos	24,07	25,15	11,07	23,77
4 a 7 anos	42,20	40,96	66,47	39,38
8 anos e mais	25,89	25,85	19,91	28,10
Renda Suficiente				
Não	49,83	49,29	43,09	54,47
Sim	50,17	50,71	56,91	45,53
Declínio cognitivo				
Não	96,92	97,00	98,88	95,92
Sim	3,08	3,00	1,12	4,08
Sintomas depressivos				
Não	91,72	92,75	90,49	87,64
Sim	8,28	7,25	9,51	12,36
Auto avaliação de saúde				
Excelente/muito boa/boa	56,04	58,82	40,90	48,97
Regular/	40,02	37,92	54,90	44,23
Ruim/muito ruim	3,93	3,26	4,20	6,79
Número de doenças				
Nenhuma	22,20	21,94	27,54	21,54
Uma	34,72	35,58	35,16	30,78
Duas ou mais	43,09	42,48	37,30	47,67

(continuação)				
Características	Linha de base (n=615)	Seguimento		
		Acompanhados (n=459)	Óbito (n=51)	Perdas (n=105)
Queda no último ano				
Não	79,36	79,55	82,56	77,48
Sim	20,64	20,45	17,44	22,52
Recebe apoio social				
Não	10,11	8,79	9,21	16,24
Sim	89,89	91,21	90,79	83,76
Oferece apoio social				
Não	9,92	9,04	15,48	11,88
Sim	90,08	90,96	84,52	88,12
Arranjo Domiciliar				
Mora sozinho	12,65	11,98	11,27	16,04
Somente com cônjuge	26,89	24,45	46,69	30,96
Mora com filhos	32,09	34,04	19,40	27,77
Com filhos e netos	17,08	17,76	11,81	15,90
Outros arranjos	11,29	11,77	10,82	9,34
Nº total de integrantes da rede				
1-5	29,12	27,05	37,00	35,57
6-8	31,21	31,85	31,89	28,17
9-11	21,39	21,40	15,48	23,35
12-24	18,28	19,71	15,63	12,91
*p<0,005		(conclusão)		

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

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

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o aumento da dependência e idade, estado civil, escolaridade, autoavaliação de saúde e número de doenças. Das características da rede de apoio social, apenas oferecer apoio apresentou significância estatística, sendo que os idosos que ofereceram apoio desenvolveram dependência em menor proporção (TABELA 13).

Tabela 13 - Distribuição dos idosos independentes em 2006 (%) segundo características na linha de base e desenvolvimento de dependência entre 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=459) (continua)

Características	Desenvolvimento de dependência		<i>P</i>
	Não (%)	Sim (%)	
Idade			
60 – 69 anos	74,07	25,93	0,000
70 – 79 anos	63,85	36,15	
80 anos e mais	40,54	59,46	
Sexo			
Feminino	66,80	33,20	0,072
Masculino	74,51	25,49	
Estado civil			
Casado	70,37	29,63	0,042
Divorciado/separado	90,25	9,75	
Viúvo	62,70	37,30	
Solteiro	71,14	28,86	
Escolaridade			
Analfabeto	54,78	45,22	0,006
1 a 3 anos	66,54	33,46	
4 a 7 anos	69,73	30,27	
8 anos e mais	81,76	18,24	
Renda Suficiente			
Não	67,58	32,42	0,162
Sim	73,38	26,62	
Declínio cognitivo			
Não	71,01	28,99	0,243
Sim	54,11	45,89	
Sintomas depressivos			
Não	70,52	29,48	0,686
Sim	73,96	26,04	
Autoavaliação de saúde			
Excelente/muito boa/boa	76,28	23,72	0,003
Regular	60,71	39,29	
Ruim/muito ruim	80,32	19,68	
Número de doenças			
Nenhuma	74,93	25,07	0,000
Uma	79,69	20,31	
Duas ou mais	60,54	39,46	
Queda no último ano			
Não	71,80	28,20	0,267

(continuação)			
Características	Desenvolvimento de dependência		P
	Não (%)	Sim (%)	
Sim	65,48	34,52	
Recebe apoio social			
Não	78,62	21,38	0,236
Sim	69,73	30,27	
Oferece apoio social			
Não	55,97	44,03	0,022
Sim	71,95	28,05	
Arranjo Domiciliar			
Mora sozinho	73,50	26,50	0,871
Mora somente com cônjuge	72,32	27,68	
Mora com filhos	71,22	28,78	
Mora com filhos e netos	67,79	32,21	
Outros arranjos	65,74	34,26	
Nº total de integrantes da rede			
1-5	75,54	24,46	0,590
6-8	68,27	31,73	
9-11	67,97	32,03	
12 ou mais	69,98	30,02	

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

(conclusão)

A Tabela 14 apresenta o modelo de regressão logística final mostrando a oferta de apoio social como fator protetor contra o desenvolvimento de dependência. Os idosos que oferecem apoio têm cerca de três vezes menos chance de desenvolver dependência.

Tabela 14 – Modelo de regressão logística para associação entre características da rede de apoio social e nível de dependência. São Paulo, 2006-2010.

Característica	Modelo Ajustado* OR(IC95%)
Oferece apoio social	
Não	1,00
Sim	0,32(0,14-0,71)

*Modelo ajustado por sexo, idade, suficiência de renda, estado civil, escolaridade, declínio cognitivo, número de doenças, queda, receber apoio social, número de integrantes da rede e arranjo domiciliar.

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

4.5. MUDANÇAS OCORRIDAS NA CONFIGURAÇÃO DAS REDES DE ACORDO COM AS MUDANÇAS NO PERFIL DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ENTRE 2006 E 2010

Dos 1413 idosos avaliados em 2006, 468 mantiveram em 2010, a mesma condição de dependência de 2006. Dos idosos que apresentavam dependência mínima, moderada ou grande dependência em 2006 (n=798), 456 foram reentrevistados em 2010, sendo que 41,60% destes diminuíram o nível de dependência em relação a 2006. Já dos idosos independentes, com dependência mínima e moderada em 2006 (n=1201), 839 foram reentrevistados em 2010, sendo que 29,23% destes aumentaram o nível de dependência em relação a 2006.

A proporção de idosos que recebe e oferece todos os tipos de apoio é maior em 2006 do que em 2010 entre os idosos que mantiveram em 2010 o mesmo nível de dependência de 2006 (TABELA 15).

Tabela 15 - Distribuição (%) de idosos que mantiveram a mesma condição de dependência durante cinco anos segundo características da rede social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=468) (continua)

Rede de apoio Social	2006	2010	P
Nº total de integrantes da rede - média(EP)	8,18(0,3)	8,67(0,2)	0,000
Nº de residentes no domicílio - média(EP)	2,04(0,1)	2,88(0,1)	0,000
Nº de filhos fora da casa - média(EP)	2,56(0,1)	2,65(0,1)	0,129
Nº de outros familiares e amigos - média(EP)	2,98(0,1)	3,44(0,2)	0,000
Arranjo Domiciliar			
Mora sozinho	13,09	17,72	0,000
Mora somente com cônjuge	22,93	22,98	
Mora com filhos	35,10	30,08	
Mora com filhos e netos	17,58	19,80	
Outros arranjos	11,30	9,42	

(continuação)			
Rede de apoio Social	2006	2010	P
Idosos que recebem apoio			
Financeiro			
Sim	35,62	33,32	0,107
Não	64,38	66,68	
Material			
Sim	32,71	8,48	0,000
Não	67,29	91,52	
Tarefas fora de casa			
Sim	32,62	24,33	0,005
Não	67,38	75,67	
Tarefas domésticas			
Sim	34,21	27,95	0,029
Não	65,79	72,05	
Cuidados pessoais			
Sim	18,09	8,65	0,000
Não	81,91	91,35	
Companhia			
Sim	48,92	23,17	0,000
Não	51,08	76,83	
Emocional			
Sim	10,62	2,30	0,000
Não	89,38	97,70	
Idosos que oferecem apoio			
Financeiro			
Sim	29,46	23,55	0,026
Não	70,54	76,45	
Material			
Sim	47,18	19,40	0,000
Não	52,82	80,60	
Tarefas fora de casa			
Sim	34,48	14,20	0,000
Não	65,52	85,80	
Tarefas domésticas			
Sim	28,17	19,24	0,001
Não	71,83	80,76	
Cuidados pessoais			
Sim	9,41	4,60	0,006
Não	90,59	95,40	
Companhia			
Sim	41,47	0,00	0,000
Não	58,53	100,00	

(continuação)			
Rede de apoio Social	2006	2010	P
Emocional			
Sim	10,28	3,31	0,000
Não	89,72	96,69	
Fonte: Estudo SABE, 2006-2010			(conclusão)

Em relação aos idosos que aumentaram o nível de dependência, a média de integrantes da rede de apoio como um todo, assim como a média de residentes no domicílio e de outros familiares e amigos é maior em 2010 do que em 2006. Com relação ao apoio recebido, o percentual de idosos que recebem apoio financeiro, material, emocional, apoio para realização de tarefas domésticas e companheirismo é maior em 2006 do que em 2010, enquanto o percentual de idosos que recebe cuidados pessoais é maior em 2010. Já quanto ao apoio oferecido, o percentual de idosos que oferecem todos os tipos de apoio é maior em 2006 (TABELA 16).

Tabela 16 - Distribuição (%) de idosos que aumentaram o nível de dependência durante cinco anos segundo características da rede de apoio social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=287) (continua)

Rede de apoio Social	2006	2010	P
Nº total de integrantes da rede - média(EP)	8,46(0,35)	9,11(0,31)	0,000
Nº de residentes no domicílio - média(EP)	2,14(0,12)	3,01(0,10)	0,000
Nº de filhos fora da casa - média(EP)	2,75(0,20)	2,90(0,22)	0,176
Nº de outros familiares e amigos - média(EP)	3,04(0,13)	3,63(0,23)	0,000
Arranjo Domiciliar			
Mora sozinho	11,96	16,34	0,000
Mora somente com cônjuge	21,07	22,44	
Mora com filhos	32,68	28,05	
Mora com filhos e netos	23,43	22,67	
Outros arranjos	10,86	10,51	

(continuação)			
Rede de apoio Social	2006	2010	P
Idosos que recebem apoio			
Financeiro			
Sim	34,21	27,95	0,029
Não	65,79	72,05	
Material			
Sim	43,34	16,33	0,000
Não	56,66	83,67	
Tarefas fora de casa			
Sim	36,15	38,09	0,451
Não	63,85	61,91	
Tarefas domésticas			
Sim	17,30	11,52	0,026
Não	82,70	88,48	
Cuidados pessoais			
Sim	17,64	21,56	0,014
Não	82,36	78,44	
Companhia			
Sim	46,59	15,67	0,000
Não	53,41	84,33	
Emocional			
Sim	10,09	2,72	0,000
Não	89,91	97,28	
Idosos que oferecem apoio			
Financeiro			
Sim	28,17	19,24	0,001
Não	71,83	80,76	
Material			
Sim	41,51	21,88	0,000
Não	58,49	78,12	
Tarefas fora de casa			
Sim	24,34	12,33	0,000
Não	75,66	87,67	
Tarefas domésticas			
Sim	48,20	3,20	0,000
Não	51,80	96,80	
Cuidados pessoais			
Sim	9,41	3,62	0,008
Não	90,59	96,38	
Companhia			
Sim	43,67	0,00	0,000
Não	56,33	100,00	
Emocional			
Sim	10,78	3,84	0,001
Não	89,22	96,16	

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

(conclusão)

Entre os idosos que diminuíram o nível de dependência no período, a média de integrantes que residem no domicílio e de outros familiares e amigos é maior em 2010 em relação a 2006. O percentual de idosos que recebem e oferecem apoio material, emocional, cuidados pessoais, para realização de tarefas domésticas, realização de tarefas fora da casa e companhia é maior em 2006 do que em 2010 (TABELA 17).

Tabela 17 - Distribuição (%) de idosos que diminuíram o nível de dependência durante cinco anos segundo características da rede de apoio social em 2006 e 2010. São Paulo, 2006-2010. (n=160) (continua)

Rede de apoio Social	2006	2010	P
Nº total de integrantes da rede - média(EP)	9,05(0,38)	9,16(0,35)	0,288
Nº de residentes no domicílio - média(EP)	2,31(0,23)	3,04(0,19)	0,000
Nº de filhos fora da casa - média(EP)	2,73(0,21)	2,77(0,19)	0,766
Nº de outros familiares e amigos - média(EP)	3,16(0,17)	3,82(0,27)	0,009
Arranjo Domiciliar			
Mora sozinho	12,37	19,28	0,000
Mora somente com cônjuge	25,59	21,18	
Mora com filhos	23,99	25,66	
Mora com filhos e netos	24,46	23,01	
Outros arranjos	13,58	10,87	
Idosos que recebem apoio			
Financeiro			
Sim	24,33	34,65	0,138
Não	75,67	65,35	
Material			
Sim	52,30	12,28	0,000
Não	47,70	87,72	
Tarefas fora de casa			
Sim	43,76	23,24	0,000
Não	56,24	76,76	
Tarefas domésticas			
Sim	47,18	5,14	0,000
Não	52,82	94,86	

(continuação)			
Rede de apoio Social	2006	2010	P
Cuidados pessoais			
Sim	18,80	1,86	0,000
Não	81,20	98,14	
Companhia			
Sim	39,09	28,83	0,013
Não	60,91	71,17	
Emocional			
Sim	11,17	2,57	0,001
Não	88,83	97,43	
Idosos que oferecem apoio			
Financeiro			
Sim	17,30	14,52	0,369
Não	82,70	85,48	
Material			
Sim	45,23	12,71	0,000
Não	54,77	87,29	
Tarefas fora de casa			
Sim	34,59	7,33	0,000
Não	65,41	92,67	
Tarefas domésticas			
Sim	62,89	2,86	0,000
Não	37,11	97,14	
Cuidados pessoais			
Sim	18,55	6,20	0,001
Não	81,45	93,80	
Companhia			
Sim	34,25	0,00	0,000
Não	65,75	100,00	
Emocional			
Sim	10,16	2,84	0,004
Não	89,84	97,16	

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

(conclusão)

4.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DA REDE SOCIAL E ÓBITO

Durante o período de 2006 a 2010 ocorreram 268 óbitos e 230 perdas (recusas, não localizações, mudanças de domicílio e institucionalizações). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e de saúde dos

idosos no baseline e o status de seguimento. Quanto às características da rede de apoio social, o percentual de idosos que não recebia apoio social em 2006 é maior entre os idosos que foram considerados perdas de seguimento ($p<0,05$).

O tempo até o óbito foi, em média, de 3,9 anos ($EP=0,03$). Na análise univariada, idade de 70 a 79 anos e 80 anos e mais, sexo masculino, viuvez, presença de declínio cognitivo, autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim, presença de duas ou mais doenças, ocorrência de queda no último ano, presença de dependência mínima, moderada ou grande dependência e receber apoio social aumentam a chance de óbito, enquanto que maior nível de escolaridade, oferecer apoio social e possuir 12 ou mais integrantes na rede diminuem a chance (TABELA 18).

Tabela 18 – Modelo univariado de Cox para tempo até a ocorrência de óbito em idosos. São Paulo, 2006-2010. (continua)

Características	Óbitos %	Modelo não ajustado HR (IC95%)	Teste de Log-rank <i>P</i>
Idade			
60 – 69 years	26,14	1,00	
70 – 79 years	35,22	2,72(1,72-4,32)	0,000
80 years or over	38,64	9,08(6,01-13,74)	0,000
Sexo			
Feminino	52,13	1,00	
Masculino	47,87	1,52(1,19-1,94)	0,001
Estado civil			
Casado	49,81	1,00	
Divorciado/separado	3,23	0,52(0,24-1,12)	0,097
Viúvo	41,16	1,67(1,30-2,16)	0,000
Solteiro	5,81	1,48(0,83-2,64)	0,179
Escolaridade			
Analfabeto	25,85	1,00	
1 a 3 anos	20,41	0,62(0,45-0,87)	0,005
4 a 7 anos	39,64	0,54(0,39-0,74)	0,000
8 anos e mais	14,10	0,50(0,33-0,75)	0,001
Renda Suficiente			
Não	55,27	1,00	
Sim	44,73	1,01(0,79-1,30)	0,895

			(continuação)
Características	Óbitos %	Modelo não ajustado HR (IC95%)	Teste de Log-rank <i>p</i>
Declínio cognitivo			
Não	61,78	1,00	
Sim	38,22	3,79(2,96-4,86)	0,000
Sintomas depressivos			
Não	82,77	1,00	
Sim	17,23	1,12(0,74-1,70)	0,574
Autoavaliação de saúde			
Excelente/muito boa/boa	31,69	1,00	
Regular	49,51	1,43(1,09-1,90)	0,010
Ruim/muito ruim	18,80	2,41(1,68-3,46)	0,000
Número de doenças			
Nenhuma	14,61	1,00	
Uma	19,15	1,01(0,65-1,58)	0,940
Duas ou mais	66,24	1,52(1,03-2,22)	0,031
Queda no último ano			
Não	65,20	1,00	
Sim	34,80	1,34(1,05-1,73)	0,019
Nível de dependência			
Independente	26,67	1,00	
Dependência Mínima	25,74	1,89(1,31-2,73)	0,001
Dependência Moderada	19,41	3,03(2,04-4,50)	0,000
Grande Dependência	28,18	6,63(4,72-9,32)	0,000
Recebe apoio social			
Não	5,58	1,00	
Sim	94,42	1,89(1,08-3,32)	0,025
Oferece apoio social			
Não	28,47	1,00	
Sim	71,53	0,51(0,39-0,66)	0,000
Nº total de integrantes da rede			
1-5	37,86	1,00	
6-8	29,24	0,88(0,66-1,18)	0,416
9-11	19,02	0,79(0,57-1,10)	0,168
12 ou mais	13,88	0,45(0,28-0,71)	0,001
Fonte: Estudo SABE, 2006			(conclusão)

No modelo ajustado por características sociodemográficas e de saúde, oferecer apoio social e possuir redes compostas por 12 ou mais

integrantes diminui o risco de óbito em idosos (TABELA 19). O efeito da oferta de apoio social e da presença de 12 ou mais integrantes na rede do idoso em 5 anos de sobrevida foram testados comparando as curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as curvas de sobrevida pelo teste de log-rank ($p < 0,05$) (GRÁFICO 8-9).

Tabela 19 – Modelo de riscos proporcionais de Cox. São Paulo, 2006-2010.

Características	Modelo Ajustado* HR(IC95%)
Oferece apoio social	
Não	1,00
Sim	0,66(0,48-0,91)
Nº total de integrantes da rede	
1-5	1,00
6-8	0,94(0,69-1,29)
9-11	0,67(0,46-0,97)
12 e mais	0,58(0,35-0,96)

*Modelo ajustado por sexo, idade, suficiência de renda, declínio cognitivo, número de doenças, queda, nível de dependência, receber apoio social e arranjo domiciliar.

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

Gráfico 8 – Curvas de Sobrevida de Kaplan-Meier segundo número de integrantes da rede de apoio social do idoso. São Paulo, 2006-2010

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

Gráfico 9 – Curvas de Sobrevida de Kaplan-Meier segundo oferta de apoio social pelos idosos. São Paulo, 2006-2010

Fonte: Estudo SABE, 2006-2010

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que as redes sociais dos idosos são constituídas, principalmente, por familiares. Do mesmo modo, outros pesquisadores já encontraram que no Brasil, assim como na América Latina em geral e na Ásia, as redes de apoio dos idosos são constituídas, predominantemente, por membros da família (CHEN; SHORT, 2008; MANSON, 1992; PALLONI, 2001; SAAD, 2004).

No presente estudo houve predomínio de arranjos domiciliares do tipo idoso residindo com filho, o que também foi encontrado em outras pesquisas sobre arranjos domiciliares de idosos no Brasil (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003; DUARTE; LEBRÃO; DIAS, 2005). Os filhos são elementos importantes nas redes sociais, mas evidências demonstram que os benefícios da relação com filhos só são percebidos quando as trocas são satisfatórias e frequentes (BUBER; ENGELHARDT, 2008; FURSTENBERG, 2005; GRUNDY; READ, 2012; GRUNDY; SHELTON, 2001; OFFER; SCHNEIDER, 2007; SILVERSTEIN; CONG; LI, 2006; ZUNZUNEGUI; BÉLAND; OTERO, 2001).

O fato de as redes serem predominantemente familiares pode representar uma preocupação devido às mudanças na constituição das famílias, no sentido que elas ficam cada vez menores. A diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e as mudanças nos papéis sociais (caracterizadas pela entrada da mulher no mercado de trabalho), foram os fatores que contribuíram para a diminuição do tamanho das famílias, que significa consequentemente, diminuição das possibilidades de oferta de apoio (ZENG; WANG, 2003; ZHANG, 2004). Segundo os dados do presente trabalho, a proporção de idosos que residiam sozinhos subiu de 13,3% em 2006 para 17,7% em 2010, o que corrobora a tendência brasileira e de outros países como a China, de crescimento do número de idosos morando sozinhos (BRASIL, 2010; YANG; VICTOR, 2008).

Estudos realizados na China identificaram que idosos física e financeiramente independentes preferem viver sozinhos ou com o cônjuge e que este fato parece contribuir para manutenção da independência na

realização das atividades de vida diária (HU, 2004; LI, 1998). Em contrapartida, outros estudos têm relatado efeitos positivos da co-residência, sendo que idosos que vivem sozinhos têm maior probabilidade de ficarem deprimidos e, conseqüentemente, terem pior estado de saúde mental e qualidade de vida (CHOU, *et al.*, 2006; PERKINS, *et al.*, 2013).

Quanto ao tamanho da rede, a média de 8,15 integrantes, aqui encontrada, ficou abaixo da média de 12,4 integrantes encontrada em um estudo realizado com idosos com alterações cognitivas residentes em uma cidade do interior de São Paulo e de 13 integrantes encontrada em um estudo de base populacional realizado com idosos americanos. Um resultado abaixo de 8,15 integrantes foi encontrado em um estudo populacional com idosos australianos (média de 6,4 integrantes) (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012; MCLAUGHLIN, *et al.*, 2012; MENDES DE LEON, *et al.*, 2001). Comparar esses valores, no entanto, não seria apropriado, uma vez que existem diferenças importantes quanto à seleção da amostra entre os estudos e que o padrão de sociabilidade em uma grande metrópole, como São Paulo, é caracterizado por maior distanciamento entre os indivíduos (KAZTMAN; RIBEIRO, 2008).

Ao analisar o número de integrantes por faixa etária, a rede de idosos com idade entre 60 e 69 anos é maior do que a de idosos com idade entre 70 e 79 anos, que é maior que a rede de idosos com 80 anos e mais. De 2006 para 2010, observou-se que houve um aumento estatisticamente significativo no número de integrantes da rede. No entanto, como o aumento do número de integrantes de 2006 para 2010 foi semelhante nas três faixas etárias, a rede dos mais idosos continuou sendo menor, o que está de acordo com as teorias sociológicas que afirmam que há uma diminuição do tamanho da rede ao longo da vida (BENGTSON; BURGESS; PARROTT, 1997; CUMMING; HENRY, 1961; DOWD, 1975; HAVIGHURST, 1961).

Considerando que esse estudo trabalhou com uma amostra representativa da população de São Paulo, o fato de 0,45% dos idosos referir não possuir integrantes em suas redes chama atenção para uma parcela de idosos que não tem a quem recorrer em situações de necessidade. Além disso, dentre esses idosos, 20% apresentam dependência, o que significa que

se não tiverem suas demandas atendidas pela rede formal, estarão completamente desassistidos.

Outro fato que chama atenção é o de que mesmo com redes que possuem em média 8,15 integrantes, a maior parte dos idosos não realiza trocas de apoio, ou seja, a proporção de idosos que não recebem ou não oferecem apoio foi sempre maior do que a de idosos que recebem ou oferecem, como já demonstrou outro estudo (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

Quanto às diferenças entre as redes de homens e mulheres, observou-se que a média de integrantes da rede dos homens é maior do que a média de integrantes da rede das mulheres, diferentemente do que têm sido relatado em outros estudos (CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013; McPHERSON; SMITH-LOVIN; BRASHEARS, 2006; PASKULIN; VIANNA, 2007). No entanto, a forma de se avaliar o tamanho da rede nesses estudos é diferente. Geralmente, a frequência de contatos é considerada para avaliar o tamanho da rede, o que pode explicar a diferença em comparação aos resultados aqui apresentados. Ainda com relação às diferenças entre as redes de homens e mulheres, os resultados desse estudo corroboram o fato de que existe diferença de gênero nas relações de ajuda. Enquanto as mulheres recebem mais apoio material e financeiro, os homens recebem mais apoio emocional, companhia e cuidados pessoais, demonstrando que os homens ainda assumem o papel de provedores enquanto as mulheres assumem papéis relacionados ao cuidado do lar e manutenção da integridade familiar (SWEETING, *et al.*, 2014).

Entre os idosos que residem apenas com outros idosos, observou-se que oferecer apoio é mais frequente do que receber, o que pode estar relacionado ao fato de que muitos idosos em nosso meio também são cuidadores (BRITO, *et al.*, 2013; RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

Já entre os que residem com crianças, observou-se que a proporção de idosos que recebem apoio é maior do que a de idosos que não residem. No entanto, esses idosos ofertam mais apoio material e para realização de tarefas domésticas do que os idosos que não residem com crianças. Isso pode ser analisado à luz da Teoria da Troca, uma vez que, segundo essa

teoria, a manutenção dos relacionamentos depende da maneira como as trocas são lucrativas para ambas as partes. Segundo os resultados de um estudo desenvolvido no Brasil que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), existem dois aspectos importantes na determinação da necessidade de co-residência por parte dos idosos: sua condição de saúde e autonomia e sua renda quando não possuem capacidade laboral (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003). No presente estudo, os idosos podem ter passado a residir com crianças devido à sua condição de saúde, uma vez que houve um aumento na proporção de idosos residindo com filhos e netos entre os idosos que aumentaram o seu nível de dependência. Outros autores já encontraram resultados que indicam que idosos com problemas de saúde são mais propensos a viver em co-residência por precisarem de mais ajuda (CRIMMINS; INGEGNERI, 1990; LOGAN; WARD; SPITZE, 1992; LONGINO, *et al.*, 1991; SPEARE; AVERY; LAWTON, 1991). Assim, na expectativa de retribuir o apoio que recebe da família (abrigo e cuidado devido à sua condição de dependência), os idosos oferecem apoio material e ajuda com as tarefas domésticas.

O fato de os idosos que residem com crianças receberem mais apoio deve ser analisado com cautela, pois os resultados também demonstraram que a proporção de idosos pouco ou nada satisfeitos com a relação é maior entre os que residem com crianças. Talvez isso se deva ao fato de que a co-residência com crianças favoreça as trocas não balanceadas, pois, como demonstrado em outros estudos, a tendência é de que os filhos dispensem mais cuidado aos seus filhos do que aos seus pais (AQUILINO, 1999; GIARRUSSO; FENG; BENGSTON, 2004; FINGERMAN, *et al.*, 2011; FINGERMAN; SECHRIST; BIRDITT, 2013; SHAPIRO, 2004). Desse modo, mesmo referindo receber apoio, os idosos podem perceber que há um deslocamento das trocas a favor das crianças, o que os tornaria menos satisfeitos (CHEN; LIU, 2012).

O mesmo se aplica aos idosos que residem com mais de cinco pessoas. O fato de estarem menos satisfeitos pode estar relacionado ao fato de que domicílios mais numerosos podem desfavorecer trocas balanceadas. No entanto, observou-se que possuir redes compostas por nove ou mais

integrantes aumentou a sobrevivência de idosos. Residir com muitas pessoas pode aumentar a possibilidade de estabelecimento de relações de tensão devido à proximidade dos seus integrantes, o que tem repercussão negativa. Como as redes são compostas, também, por outros familiares e amigos, as redes mais numerosas podem aumentar as possibilidades de troca, sem que necessariamente aumente a tensão entre seus membros, uma vez que a proximidade entre os integrantes é menor e os vínculos com amigos não obedecem a obrigatoriedade que vínculos familiares tendem a obedecer.

Outros estudos já haviam demonstrado que redes maiores são benéficas por representarem maior possibilidade de trocas de apoio (SEEMAN, *et al.*, 1993; YOUM, *et al.*, 2014).

Quanto às trocas de apoio, a proporção de idosos que recebiam e ofereciam apoio diminuiu em 2010 em comparação a 2006. A diminuição do apoio recebido é ainda mais importante quando este fato é observado entre os idosos que aumentaram o nível de dependência no período. Observou-se, entre esses idosos, que houve um aumento na proporção dos que recebiam ajuda para realização de tarefas domésticas e cuidados pessoais, mas o percentual de idosos que recebia apoio financeiro, material, emocional e companhia diminuiu. Receber ajuda com cuidados pessoais e atividades domésticas é fundamental, mas segundo Fingerman, Sechrist e Birditt (2013), o apoio emocional pode funcionar como motivação para a integração social, além de ser fundamental para o bem-estar físico e psicológico. Desse modo, além da ajuda prática, receber apoio emocional pode ser garantia de maior satisfação, o que, consequentemente, leva a sentimentos de bem-estar que podem afetar positivamente a saúde dos idosos.

Outro ponto importante é que, entre os idosos dependentes, houve diferença entre o apoio recebido de residentes no domicílio do idoso e filhos que não moram na casa e o apoio recebido de outros familiares e amigos. Residentes no domicílio do idoso e filhos que não moram na casa ofereciam mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto outros familiares e amigos ofereciam mais companhia. Felton e Berry (1992) relataram que os idosos se sentem melhor

quando as suas necessidades práticas (ajuda com tarefas domésticas e cuidados pessoais) são atendidas por meio de relações familiares e suas necessidades emocionais, por meio de relações de amizade. Segundo esses autores, o tipo de relação com o idoso não deve ser analisado no sentido de apontar qual renderia mais benefícios e, sim, no sentido de que o papel dos amigos e familiares pode ser melhor observado quando as relações são complementares (WORTMAN; LEHMAN, 1985).

Considerando-se que a rede dos idosos avaliados é predominantemente familiar e que a troca de apoio com outros familiares e amigos é pequena, estimular o relacionamento com esses últimos pode potencializar os efeitos positivos da rede. O efeito benéfico da relação com amigos se deve ao fato de que eles geralmente estão mais disponíveis em situações de problemas. Além disso, amigos tendem a ter os mesmos interesses, compartilhar experiências, encontrar-se voluntariamente e desenvolver atividades sociais prazerosas, diferentemente do que ocorre nas relações de parentesco, que são frequentemente focadas na dependência pessoal e oneradas pelos papéis, expectativas e limites impostos pelas relações familiares (ADAMS; BLIESZNER; DE VRIES, 2000; BARKER, 2002; DE VRIES; JOHNSON, 2002; PINQUART; SÖRENSEN, 2000).

Ainda sobre a comparação das características da rede social em 2006 e 2010, as alterações ocorridas segundo a mudança na condição de dependência do idoso têm especial importância, uma vez que eles vivem o último estágio do ciclo de vida e, nessa fase, a diminuição de oferta de apoio pelos integrantes da rede pode potencializar os efeitos negativos da ausência de apoio social na saúde dos mesmos.

A troca de apoio financeiro e material também chama a atenção, principalmente na rede composta por residentes no domicílio, onde o percentual de idosos que oferecem apoio material é maior do que o de idosos que recebem. Pautando-se no que postula a Teoria da Troca, a oferta de apoio material funcionaria como moeda de troca. O idoso poderia negociar um local para morar em troca de sua contribuição material ou trocar seu lugar na residência pela aceitação ou aprovação (GUILLERMARD; LENOIR, 1974). Segundo esses autores, idosos com

maior patrimônio econômico têm mais chance de estabelecer relacionamentos de solidariedade na família, ao passo que idosos com baixa condição econômica podem sentir a relação desbalanceada, no sentido de que são dependentes financeiramente. O fato de os idosos oferecerem mais apoio material aos demais residentes do seu domicílio do que receberam, corrobora os achados de outros estudos que demonstram que os idosos brasileiros são importante fonte de recursos para suas famílias (CAMARANO, 2002; SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010).

Das características estruturais e funcionais da rede social que foram associadas ao desenvolvimento de dependência, oferecer apoio social foi a única variável relacionada às redes que permaneceu no modelo ajustado por sexo, idade, percepção de suficiência de renda, estado civil, escolaridade, declínio cognitivo, número de doenças, ocorrência de queda nos 12 meses anteriores à entrevista, número de integrantes da rede, receber apoio e arranjo domiciliar. Estudos anteriores já demonstraram a relação entre redes sociais e funcionalidade. A insatisfação com o apoio social recebido, baixa participação social, pouca diversidade nos relacionamentos e a percepção de receber pouco apoio social foram fatores de risco para o desenvolvimento de incapacidade (AVLUND; VASS; HENDRIKSEN, 2003; AVLUND, *et al.*, 2004; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; GILES, *et al.*, 2004; JAMES, *et al.*, 2011; MCLAUGHLIN, *et al.*, 2012; MENDES DE LEON, *et al.*, 1999; TORRES, *et al.*, 2014; UNGER, *et al.*, 1999; ZUNZUNEGUI, *et al.*, 2005).

No que diz respeito ao impacto na mortalidade, assim como em outros estudos, foi observada associação entre as redes sociais e óbito (HOLT-LUNSTAD; SMITH; LAYTON, 2010; LUND, *et al.*, 2000; McLAUGHLIN *et al.*, 2011). O risco de óbito entre idosos foi menor entre os que oferecem apoio e que possuem redes compostas por nove ou mais integrantes, independentemente de sexo, idade, percepção de suficiência de renda, declínio cognitivo, número de doenças, ocorrência de queda nos 12 meses anteriores à entrevista, nível de dependência, arranjo domiciliar e receber apoio.

Deve-se ressaltar que pesquisas com enfoque no papel do apoio oferecido por idosos são escassas na literatura. Os estudos citados

anteriormente, tanto os que mostraram o impacto das redes na funcionalidade, quanto os que mostraram o impacto no óbito não trabalharam o apoio social recebido e oferecido separadamente. O que se sabe sobre a oferta de apoio é que ela é importante para garantir a reciprocidade nas relações, o que tem sido associado a melhores níveis de saúde física e mental. A ausência de reciprocidade nas relações pode provocar sentimentos de dependência, endividamento e inferioridade que levam a reações de estresse e afetam negativamente a saúde dos indivíduos, sendo este talvez o fator que aumente o risco de óbito (CHANDOLA; MARMOT; SIEGRIST, 2007; SIEGRIST, 2005; VAANANEN, *et al.*, 2005).

Além disso, ainda considerando a Teoria da Troca, seria do interesse dos indivíduos, ao longo da vida, assumirem tanto o papel de provedores, quanto o de receptores de apoio, como parte de seu processo de interação social (DOWD, 1975). Assim, o idoso faz parte de um elenco de pessoas cujo papel não é somente receber, mas também prover ajuda para os outros, sendo que o apoio oferecido parece ser tão importante quanto o recebido segundo os resultados desse estudo.

Os pontos fortes desse estudo estão no fato de ser um estudo de coorte, conduzido com uma amostra representativa da população de idosos da cidade de São Paulo (uma das grandes metrópoles do mundo), além do fato de ser pioneiro na América Latina por estudar a sobrevivência de idosos relacionada à rede social. A primeira limitação é que o número de idosos que referiu receber apoio foi maior entre as perdas de seguimento, o que pode explicar o fato de que receber apoio social não esteve associado à sobrevivência dos idosos. A segunda, diz respeito à operacionalização das variáveis referentes à rede social, que foi feita de maneira a considerar as características predominantes na rede de cada idoso. Feita desse modo, uma rede composta por dez pessoas, por exemplo, onde a satisfação com a relação com nove delas foi considerada muito satisfatória, foi classificada como satisfatória. A insatisfação com apenas um contato, dos dez referidos, não foi considerada, sendo que essa insatisfação poderia se sobrepor a

satisfação com os nove demais. Além disso, qualquer comparação entre os resultados deve ser feita com cautela, uma vez que existe grande diferença na forma como o apoio social foi medido nos diversos estudos encontrados na literatura.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

As redes sociais dos idosos possuem, em média, 8,15 integrantes e são constituídas predominantemente por familiares com idade entre 15 e 59 anos. A maior parte dos idosos referiu estar satisfeita com a relação com os integrantes da rede, mesmo não ocorrendo troca de apoio com a maioria deles. O tipo de apoio que a maior proporção de idosos referiu receber tanto dos residentes, quanto dos filhos que moram fora da casa e de outros familiares e amigos foi companheirismo. O apoio oferecido pela maior proporção de idosos aos filhos que não moram na casa e aos outros familiares e amigos também foi companheirismo. Já para os residentes no domicílio, o apoio mais oferecido foi o material.

Quanto às características da rede segundo o nível de dependência dos idosos, tanto na rede formada por residentes no domicílio quanto na formada por filhos que moram fora da casa, observou-se que os idosos mais dependentes recebem mais apoio material, para realização de tarefas domésticas, fora de casa e cuidados pessoais, enquanto os idosos independentes recebem mais apoio emocional e companheirismo. Já na rede composta por outros familiares e amigos, além dos tipos de apoio citados anteriormente, os idosos mais dependentes recebem e oferecem mais companhia. Os idosos que diminuíram o nível de dependência de 2006 para 2010 e que mantiveram a mesma condição de 2006 em 2010 recebiam e ofereciam mais apoio em 2006. Já entre os que aumentaram o nível de dependência, em 2010 passaram a receber mais cuidado pessoal e apoio para realização de tarefas domésticas.

Oferecer apoio social foi fator protetor contra o desenvolvimento de dependência e, além disso, possuir redes compostas por nove ou mais integrantes aumentou a sobrevivência dos idosos.

Assim, considerando os efeitos positivos na saúde dos idosos, e que a maior parte dos idosos não recebe ou não oferece apoio, o fortalecimento das redes na velhice deve ser implementado como uma possibilidade de desenvolver valores de solidariedade e fraternidade. Os profissionais de saúde devem estimular a formação de redes sociais onde o idoso possa,

efetivamente, trocar apoio. Além de favorecer relações que possam satisfazer as necessidades dos idosos em situação de dependência, intermediar relações onde o idoso possa, também, oferecer apoio, pode proteger o idoso da dependência e do óbito precoce. Mais do que utilizar a família para o estabelecimento dessas redes, ressalta-se aqui, a importância do vínculo de amizade, uma vez que poucos idosos referiram trocar apoio com amigos, e que as trocas com amigos são importantes para consolidar o efeito benéfico das redes na saúde do indivíduo.

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

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- ACHENBAUM, W. A.; BENGTSON, V. L. Re-engaging the Disengagement Theory of Aging: on the history and assessment of theory development in gerontology. **The Gerontologist**, v. 34, n. 1, p. 756-63, 1994.
- ADAMS, R. G.; BLIESZNER, R.; DEVRIES, B. Definitions of friendship in the third age: Age, gender, and study location effects. **Journal of Aging Studies**, v. 14, n. 1, p. 117-133, 2000.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 57, n. 2B, p. 421-26, 1999.
- ALMEIDA, S. T., *et al.* Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 12, n. 1, p. 7-33, 2007.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the Mystery of Health**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.
- ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, v. 42, n. 5, p. 519-527, 1987.
- AQUILINO, W. Two views of one relationship: Comparing parents and young adult children's reports of the quality of intergenerational relations. **Journal of Marriage and Family**, v. 6, n. 1, p. 858-870, 1999.
- ATCHLEY, R. C. Retirement and Leisure Participation: Continuity or Crisis? **The Gerontologist**, v.11, n.1, p. 13-17, 1971.
- 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. **Social Science and Medicine**, v. 47, n. 5, p. 635-43, 1998.
- AVLUND, K. et al. Social relations as determinant of onset of disability in aging. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 38, n. 1, p. 85-99, 2004.
- AVLUND, K.; VASS, M.; HENDRIKSEN, C. Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. **Age Ageing**, v. 32, n. 6, p. 579-84, 2003.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v. 23, n. 1, p. 611-626, 1987.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência: autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP: Papirus, 1995. p.73-110.

BARKER, J. C. Neighbors, friends and other non-kin caregivers of community-living dependent elders. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 57, n. 3, p. 158 - S167, 2002.

BENGTSON, V. L.; BURGESS, E. O.; PARROTT, T. M. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 52, n. 2, p. 72-88, 1997.

BERKMAN, L. F.; BRESLOW, L. **Health and ways of living**: the Alameda County Study. New York: Oxford University Press, 1983.

BLAU, P. M. **Exchange and power in social life**. New York: Wiley, 1964.

BYRNE, J. J. Systematic analysis and exchange theory: a synthesis. **Pacific Sociological Review**, v. 14, n. 2, p. 137-146, 1971.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n.1, 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. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a política nacional de saúde do idoso e dá outras providências. In: _____. **Política Nacional de Saúde Do Idoso**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. In: _____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

BRITO, T. R. P.; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. I. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 906-13, 2012.

BRITO, T. R. P. *et al.* Diferenças de Gênero Entre cuidadores de idosos: Evidências do Estudo SABE. In: SOUZA, D. N.; RUA, M. S. **Cuidadores informais de Pessoas idosas: Caminhos de Mudança**. Aveiro: UA Editora, 2013. p. 93-98.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-126.

BUBER, I.; ENGELHARDT, H. Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. **European Journal of Ageing**, v. 5, n. 1, p. 31-45, 2008.

CACIOPPO, J. T., *et al.* Loneliness and health: potential mechanisms. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, n. 3, p. 407-17, 2002.

CAETANO, S. C.; SILVA, C. M.; VETTORE, M. V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. **BMC Geriatr.**, v. 13, n. 122, p. 1-14, 2013.

CALDAS, C. P. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 77-84.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A.; EL GHAMRI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2003.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CARSTENSEN, L. L. Motivation for social contact across the Life Span: a Theory of Socioemotional Selectivity. **Nebr Symp Motiv.**, v. 40, n. 1, p. 209-54, 1992.

CHANDOLA, T.; MARMOT, M.; SIEGRIST, J. Failed reciprocity in close social relationships and health: Findings from the Whitehall II Study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n. 4, p. 403-11, 2007.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNANDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 425-35, 1997.

CHEN, F.; LIU, G. The Health Implications of Grandparents Caring for Grandchildren in China. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 67, n. 1, p. 99-112, 2012.

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. 1379–1403, 2008.

CHOU, K. L., *et al.* Living alone and depression in Chinese older adults. **Aging and Mental Health**, v. 10, n. 6, p. 583–591, 2006.

COHEN, S.; HOBERMAN, H. Positive events and social supports as buffers of life change stress. **J. appl. Soc. Psychol.**, v. 13, n. 2, p. 99-125, 1983.

CRIMMINS, E. ; INGEGNERI, D. Interaction and Living Arrangements of Older Parents and Their Children. **Research on Aging**, v. 12, n. 1, p. 3-35, 1990.

CUMMING, E. ; HENRY, W. E. **Growing Old: The Process of Disengagement**. New York: Basic Books, 1961.

DAVIS, M. A. *et al.* Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. **Am J Public Health.**, v. 87, n. 3, p. 371-77, 1997.

DE VRIES, B.; JOHNSON, C. L. The death of a friend in later life. **Advances in life course research: New frontiers in socialization**, v. 7, n. 1, p. 299–324, 2002.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo Epidoso. **Rev. Saúde Pública.**, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.

DOWD, J. J. Aging as Exchange: A Preface to Theory. **Journal of Gerontology**, v. 30, n. 1, p. 584-594, 1975.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C.; SANTOS, J. E. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 303-335, 1997.

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

DUARTE, Y. A. O. A perda da autonomia na velhice: o papel da família e do estado In: CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Org.). **Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional**. Botucatu: Cultura Acadêmica ed. Botucatu – UNESP, 2006.

DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med.**, v. 48, n. 5, p. 661-73, 1999.

DURKHEIM, E. **Suicide: A Study in Sociology**. New York: The Free Press, 1951.

FELTON, B. J.; BERRY, C. A. Do the sources of the urban elderly's social support determine its psychological consequences? **Psychology and Aging**, v. 7, n.1, p. 89–97, 1992.

FERRUCCI, L. *et al.* Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven populations in five countries. **Gerontologist**, v. 38, n. 3, p. 286-94, 1998.

FINGERMAN, K. L.; SECHRIST, J.; BIRDITT, K. Changing views on intergenerational ties. **Gerontology**, v. 59, n. 1, p. 64-70, 2013.

FINGERMAN, K. L., *et al.* Who gets what and why: help middle-aged adults provide to parents and grown children. **J Gerontol B Soc Sci**, v. 66, n. 1, p. 87-98, 2011.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975.

FURSTENBERG, F. F. Banking on families: How families generate and distribute social capital. **Journal of Marriage and Family**, v. 67, n. 4, p. 809–821, 2005.

GALLEGOS-CARRILLO, K. *et al.* Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. **Salud Publica Mex.**, v. 51, n. 1, p. 6-13, 2009.

GIARRUSSO R, F. D.; BENGSTON, V. L. The intergenerational stake phenomenon over twenty years. In: SILVERSTEIN, M. (Org.). **Intergenerational relations across time and place: Annual review of gerontology and geriatrics**. New York, NY: Springer, 2004. p. 55-76.

GILES, L. C. *et al.* The effects of social networks on disability in older Australians. **J Aging Health**, v. 16, n. 4, p. 517-38, 2004.

GRUNDY, E.; SHELTON, N. Contact between adult children and their parents in Great Britain 1986–1999. **Environment and Planning A**, v. 33, n. 5, p. 685–697, 2001.

GRUNDY, E.; READ, S. Social contacts and receipt of help among older people in England: are there benefits of having more children? **Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 67, n. 6, p. 742–754, 2012.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 19, n. 2, p. 301-08, 2006.

GUEDEA, M. T. D. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 242-49, 2009.

GUILLEMARD, A. M.; LENOIR, R. **Retraite et échange social: tentative d'explication des systemes de relations sociales en situation de retraite**. Paris: Centre d'Etude des Mouvements Sociaux, 1974.

HAVIGHURST, R. J. Successful Aging. **The Gerontologist**, v. 1, n. 1, p. 8-13, 1961.

HENDRICKS, J. Exchange Theory in Aging. In: MADDOX, G. (Org.). **The Encyclopedia of Aging**. New York: Springer, 1995.

HOGAN, D. P.; EGGEBEEN, D. J.; CLOGG, C.C. The structure of intergenerational exchanges in American families. **American Journal of Sociology**, v. 98, n. 6, p. 1428-58, 1993.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B.; LAYTON, J. B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. **PLoS Med**, v. 7, n. 7, p. 1-20, 2010.

HOUSE, J. S. **Work stress and social support**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981.

HOUSE, J.; LANDIS, K, e UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, v. 241, n. 1, p. 540-544, 1988.

HOUSE, J. S.; ROBBINS, C.; METZNER, H. L. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. **Am J Epidemiol**, v. 116, n. 1, p. 123-140, 1998.

HU, L. Transition from tradition to modern - the analysis of the characteristics and the causes about Chinese family structure. **Northwest Popul**, v. 2, n. 1, p. 29–31, 2004.

ICAZA, M. C.; ALBALA, C. **Projeto SABE: Mninimental State Examination (MMSE) del Studio de dementia em Chile - análisis estatístico.** Brasilia:Organizacion Panamericana de la Salud, 1999. p. 1-18.

JAMES, B. D. *et al.* Late-life social activity and cognitive decline in old age. **Journal of International Neuropsychological Society**, v. 17, n. 1, p. 998–1005, 2011.

KAHN, R. L.; ANTONUCCI, T. C. **Life-span development and behavior.** Michigan: Academic Press, 1980.

KAZTMAN, R.; RIBEIRO, L. C. Q. Metrpoles e sociabilidade: os impactos das transformaes socioterritoriais das grandes cidades na coeso social dos pases da Amrica Latina. **Cadernos Metrpole**, n. 20, p. 241-261, 2008.

KUYPERS, J. A.; BENGTSON, V. L. Social breakdown and competence: a model of normal aging. **Human Development** , v. 16, n. 1, p. 181-201, 1973.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEBRO, M. L. O projeto SABE em So Paulo: uma viso panormica. In: LEBRO, M.; DUARTE, Y. (Org.). **O projeto SABE no municpio de So Paulo: uma abordagem inicial.** Braslia: Organizao Pan-Americana da Sade, 2003. p. 33-44.

LEHR, U. **Psychologie des Alterns.** 9 ed. Wiebelsheim: Quelle und Meyer, 2000.

LEMON, B.; BENGTSON, V.; PETERSON, J. An Exploration of the Activity Theory of Aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. **Journal of Gerontology**, v. 27, n. 4, p. 511-523, 1972.

LI, J. Economic analysis of burdens for elderly population in China. **Population Research**, v. 21, n. 1, p. 13-20, 1998.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Bambu health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Rev. Sade Pblica**, v. 34, n. 2, p. 126-35, 2000.

LOGAN, J. R.; WARD, R.; SPITZE, G. As old as you feel: Age identity in middle and later life. **Social Forces**, v. 71, n. 2, p. 451–467, 1992.

LONGINO, C. F. *et al.* The second move: health and geographic mobility. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 46, n. 4, p. 218-224, 1991.

LÓPEZ-CABANAS, M.; CHACÓN, F. Apoyo social, redes sociales e grupos de autoayuda. In: _____. **Intervención Psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo**. Madrid: Síntesis Psicológica, 1997. p. 249-260.

LUND, R. *et al.* Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. **Eur. J Epidemiol.**, v. 16, n. 12, p. 1087-97, 2000.

MASON, K. O. Family change and support of the elderly in Asia: what do we know? **Asia Pac Popul J.**, v. 7, n. 3, p. 13-32, 1992.

McDOWELL, I; NEWELL, C. **Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires**. Nova York: Oxford University Press, 1996.

McLAUGHLIN, D. *et al.* Social support and subsequent disability: it is not the size of your network that counts. **Age and Ageing**, v. 41, n. 5, p. 674-677, 2012.

McLAUGHLIN, D. *et al.* Social support and mortality: if you're sick, friends can't save you. **J Am Geriatr Soc**, v. 59, n. 10, p. 1984-6, 2011.

McPHERSON, M.; SMITH-LOVIN, L.; BRASHEARS, M. Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. **American Sociological Review.**, v. 71, n. 3, p. 353-75, 2006.

MENDES DE LEON, C. F. *et al.* Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. **J Gerontol B, Psychol Sci Soc Sci**, v. 54, n. 3, p. 162-172, 1999.

MENDES DE LEON, C. F. *et al.* Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and whites: The Duke EPESE 1986-1992. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 56, n. 3, p. 179-90, 2001.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais-pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.

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

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

NUNES, D. P. Demanda assistencial de pessoas idosas residentes no município de São Paulo: necessidade de cuidado e utilização dos services de saúde. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. No prelo.

OFFER, S.; SCHNEIDER, B. Children's role in generating social capital. **Social Forces**, v. 85, n. 3, p. 1125–1142, 2007.

O'REILLY, P. Methodological issues in social support and social network Research. **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 8, p. 863-873. 1988.

OSTERGREN, P. O. *et al.* Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department: a case-control study. **Social Science and Medicine**, v. 33, n. 33, p. 257-267. 1991.

PALLONI, A. Living arrangements of older persons. In: UNITED NATIONS. **Population Bulletin of the United Nations** – Special Issue n° 42/43, 2001.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A. ; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública.**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PASKULIN, L. M.; VIANNA, L. A. Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil. **Rev Saude Publica.**, v. 41, n. 5, p. 757-768, 2007.

PASSUTH, P. M. ; BENGTON, V. L. Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions. In: BIRREN, J. E. ; BENGTON, V. L. (Orgs.). **Emergent theories of aging**. New York: Springer, 1988. p. 333-355.

PENNINX, B. W. *et al.* Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study **Amsterdam. Am J Epidemiol.**, v. 146, n. 6, p. 510-19, 1997.

PERKINS, M. M., *et al.* Social relations and resident health in assisted living: an application of the convoy model. **The Gerontologist**, v. 53, n. 3, p. 495–507, 2013.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. **Psychology and aging.**, v. 15, n. 2., p. 187-224, 2000.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Calidad de vida y apoyo social de los pacientes com enfermedad pulmonar obstructiva crônica. **Rev. saúde pública**, v. 9, n. 4, p. 568-575, 2007.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

ROSOW, I.; BRESLAU, N. A. Guttman Health Scale for Aged. **J Gerontol.**, v. 21, n. 1, p. 556-59, 1965.

SAAD, P.M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 169-209.

SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevivência sem incapacidade. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS/MS, 2003.

SHAPIRO, A. Revisiting the generation gap: Exploring the relationships of parent/adult-child dyads. **International Journal of Aging and Human Development**, v. 58, n. 2, p. 127-146, 2004.

SCHROOTS, J. J. F. Theoretical Developments in the Psychology of Aging. **The Gerontologist**, v. 36, n. 6, p. 742-748, 1996.

SEEMAN, T. E. *et al.* Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly: a comparative analysis of three communities. **Ann Epidemiol.**, v. 3, n. 4, p. 325-35, 1993.

SEEMAN, T. E. Social ties and health: the benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**, v. 6, n. 5, p. 442-451, 1996.

SEEMAN, T. E.; BRUCE, M. L.; MCAVAY, G. J. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of successful aging. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 51, (b), p. 191-200, 1996.

SEEMAN, T. E. *et al.* Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, n. 3, p. 395-406, 2002.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In: BRINK, T. L. (Org.). **Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention.** New York: The Haworth Press, 1986. p. 165-173.

SHAW, M. E.; CONSTANZO, P.R. **Theories of social psychology** . New York: McGraw-Hill, 1970.

SHYE, D. *et al.* Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. **Soc Sci Med.**, v. 41, n. 7, p. 935-47, 1995.

SIEGRIST, J. Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. **Psychoneuroendocrinology**, v. 30, n. 10, p. 1033–8, 2005.

SILVA, N. Aspectos Metodológicos - Processo de amostragem. In: LEBRÃO, M.; DUARTE, Y. (Org.). **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 47-58.

SILVERSTEIN, M.; CONG, Z.; LI, S. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: consequences for psychological well-being. **Journals of Gerontology**, v. 61, n. 5, p. 256–266, 2006.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: NERI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001. p73-84.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUSA, A. I.; 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.**, v. 23, n. 5, p. 625-31, 2010.

SPEARE, A. J. ; AVERY, R.; LAWTON, L. Disability, residential mobility, and changes in living arrangements. **Journal of Gerontology.**, v. 46, n. 3, p. 133-142, 1991.

SPECTOR, W. D. *et al.* The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. **J Chronic Dis.**, v. 40, n. 1, p. 481-89, 1987.

STUCK, A. E. *et al.* Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic review. **Social Science and Medicine.**, v. 48, n. 1, p. 445-469, 1999.

SU, Y.; FERRARO, K. Social relations and health assessments among older people: do the effect of integration and social contributions vary cross-culturally? **Journal of Gerontology: Social Science**, v. 52B, n. 1, p. 27-36, 1997.

SWEETING, H., *et al.* Changing gender roles and attitudes and their implications for well-being around the new millennium. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** v. 49, n. 5, p. 791-809, 2014.

THOITS, P. A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **J Health Soc Behav. Spec.**, v. 36, n. 1, p. 53-79, 1995.

TORRES, M. V. **Hierarquização de incapacidade funcional de idosos no município de São Paulo**: uma análise longitudinal. Estudo SABE – Saúde Bem-Estar e Envelhecimento. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TORRES, J. L. *et al.* 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**, v. 30, n. 5, p. 1018-28, 2014 .

UCHINO, B. N. Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships. New Haven, CT: Yale University Press, 2004.

UMBERSON, D.; CROSNOE, R.; RECZEK, C. Social Relationships and Health Behaviors across the Life Course. **Annual Review of Sociology.**, v. 36, n. 1, p. 139–57, 2010.

UNGER, J. B., *et al.* Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 54, n. 5, p. 245-51, 1999.

VAANANEN, A., *et al.* When it is better to give than to receive: long-term health effects of perceived reciprocity in support exchange. **J Pers Soc Psychol.**, v. 89, n. 2, p. 176–93, 2005.

YASUDA, N. *et al.* Relation of Social Network Characteristics to 5-Year Mortality among Young-Old versus Old-Old White Women in an Urban Community. **Am. J. Epidemiol.**, v. 145, n. 6, p. 516-23, 1997.

YANG, K.; VICTOR, C. The prevalence of and risk factors for loneliness among older people in China. **Ageing & Society**, v. 28, n. 3, p. 305–327, 2008.

YOUM, Y. *et al.* Social network properties and self-rated health in later life: comparisons from the Korean social life, health, and aging project and the national social life, health and aging project. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 102, p. 1-15, 2014.

WAITE, L. J. Does Marriage Matter? **Demography**, v. 32, n. 4, p. 483-508, 1995.

WARD-GRIFFIN , C.; MARSHALL, V. W. Reconceptualizing the relationship between “public” and “private” eldercare. **J Aging Stud.**, v. 17, n. 1, p. 189-208, 2003.

WILCOX, B. L.; VERNBERG E. M. Conceptual and theoretical dilemmas facing social support. In: SARASON, I. G.; SARASON, B. R. **Social Support: Theory, Research and Applications**. Netherlands: Martinus Nijhoff, 1985. p. 3-20.

WILLS, T. A. Supportive functions of relationships. In: COHEN, S.; SYME, S. L. **Social Support and Health**. Florida: Academic Press, 1985. p. 61-82.

WORTMAN , C. B.; LEHMAN, D. R. Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In: SARASON, I. G.; SARASON, B. R. (Orgs.). **Social support: Theory, research, and applications**. The Netherlands: Dordrecht Martinus Nijhoff., 1985. p. 463-489.

ZENG, Y.; WANG, Z. Dynamics of family and elderly living arrangements in China: New lessons learned from the 2000 Census. **The China Review**, v. 3, n. 2, p. 95–119, 2003.

ZHANG, Q. F. Economic transition and new patterns of parent-adult child coresidence in urban China. **Journal of Marriage and the Family**, v. 66, n. 1, p. 1231–1245, 2004.

ZUNZUNEGUI, M. V.; BÉLAND, F.; OTERO, A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depression of the elderly in Spain. **Int J Epidemiol.**, v. 30, n. 5, p. 1090–1099, 2001.

ZUNZUNEGUI, M. V., *et al.* Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. **Eur J Ageing.**, v. 2, n. 1, p. 40-7, 2005.

ANEXOS

Anexo I – CD com os questionários utilizados para coleta de dados em 2000, 2006 e 2010.

Anexo II - Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2000

MINISTERIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 315/99

Processo nº 25000.024350/99-80 Registro CONEP = 675 (Protocolo CEP :118)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurenti
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;

b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 196/96, VI,"j").

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

Anexo III – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2006

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Anexo IV – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2010

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/23/10

5 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2044**, intitulado **"ESTUDO SABE 2010: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Lucia Lebrão**, e considerou que a pendência anteriormente apresentada por este COEP foi atendida. Protocolo de pesquisa **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Maria Lucia Lebrão
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP