

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TÁBATA RENATA PEREIRA DE BRITO

**IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS: ESTUDANDO O APOIO
SOCIAL EM DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE
SOCIAL**

**SÃO CARLOS
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TÁBATA RENATA PEREIRA DE BRITO

**IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS: ESTUDANDO O APOIO
SOCIAL EM DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE
SOCIAL**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, do Centro de
Ciências Biológicas e da
Saúde da Universidade
Federal de São Carlos, para
obtenção do título de Mestre
em Enfermagem**

***Orientação: Profa. Dra. Sofia
Cristina Iost Pavarini.***

**SÃO CARLOS
2010**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B862ia

Brito, Tábatta Renata Pereira de.

Idosos com alterações cognitivas : estudando o apoio social em diferentes contextos de vulnerabilidade social / Tábatta Renata Pereira de Brito. -- São Carlos : UFSCar, 2011.

121 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Enfermagem. 2. Saúde do idoso. 3. Transtornos cognitivos. 4. Vulnerabilidade social. 5. Apoio social. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: TÁBATA RENATA PEREIRA DE BRITO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 09/12/10
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
(Orientadora - PPGE_{nf}/UFSCar)

Profa. Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
(USP/SR)

Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira
(USP/SP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

***Aos idosos da minha vida:
À minha avó Holanda de Souza Brito (in
memorian), pela realização de um sonho.
Aos meus avôs, José Virgílio Pereira
(in memorian), Maria Aparecida Marques
Pereira e Luiz José de Brito.***

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sabedoria e por renovar minhas forças durante o processo de realização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Sofia Cristina Iost Pavarini por ser muito mais que uma orientadora. Pela atenção, dedicação, empenho e carinho dispensados.

Aos meus pais Antônio Anchieta de Brito e Marilene Pereira de Brito, pelo apoio e amor incondicional, e ao Diego Henriques Andrade Camilo pelo amor e compreensão.

À Reijane Salazar Costa pelas contribuições na coleta de dados, mas acima de tudo pela amizade.

Aos professores do curso de Graduação em Gerontologia, especialmente Ms. Fabiana de Souza Orlandi, Ms. Keyka Inouye, Dr^a. Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo e Dr^a. Vânia Aparecida Gurian Varoto, pelas orientações e incentivo no projeto REUNI.

Às professoras Dr^a. Maria Amélia de Campos Oliveira e Dr^a. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte pelas excelentes contribuições no exame de qualificação e defesa.

Ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos pela oportunidade oferecida.

Aos colegas do curso pela troca de experiência e incentivo na realização deste trabalho.

Ao Sr. Gilberto e Sra. Erli, minha família em São Carlos, pelo acolhimento e carinho, e aos idosos e seus familiares que concordaram em participar deste estudo, pela disponibilidade e atenção oferecidas.

Resumo

O apoio social pode promover melhores condições de saúde, ajudando a manter o idoso autônomo dentro do seu contexto familiar e sociocultural, o que é fundamental para suas funções cognitivas e para seu bem-estar psicológico. Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre o apoio social de idosos com alterações cognitivas e os diferentes contextos de vulnerabilidade social a que estão expostos no município de São Carlos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo. Os sujeitos foram 85 idosos residentes em diferentes regiões de vulnerabilidade social, e que apresentaram resultado no Mini Exame do Estado Mental abaixo da nota de corte. Todos os cuidados éticos foram observados. Foram aplicados o Critério Brasil, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Medical Outcomes Study (MOS), Diagrama de Escolta, Índice de Katz e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Procedeu-se a análise descritiva e de correlação dos dados por meio de testes estatísticos. Os resultados demonstram que entre as mulheres, a maior parte residia em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social. Já entre os homens, a maioria era residente de regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Nos dois contextos houve predomínio de idosos com idade entre 70 e 79 anos, e que referiram raça branca, religião católica, e renda mensal de até um salário mínimo. Nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade houve maior número de idosos analfabetos, enquanto que em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade, predomínio de idosos com escolaridade de 1 a 3 anos. O desempenho dos idosos nas atividades básicas e instrumentais de vida diária revelou que entre os idosos independentes, a maior parte reside em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social. Entre os dependentes, a maioria é residente de regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade. O apoio social foi medido por meio da frequência de que o idoso dispõe dos diferentes tipos de apoio. Em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social os níveis de apoio social nas dimensões de apoio material, emocional, de informação e interação social positiva são melhores quando comparados com o contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade. Ocorreram correlações significativas entre as dimensões de apoio e as variáveis IPVS, renda familiar, número de pessoas residentes no domicílio, presença de criança na casa do idoso, e os resultados do Questionário de Pfeffer. Com relação à rede de apoio social dos

idosos com alterações cognitivas, que residem em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, os resultados demonstraram que nesse contexto os idosos têm uma rede social grande, com predomínio de integrantes no círculo mais interno, e que, além disso, fornecem mais apoio do que recebem. A análise dos dados poderá contribuir para a identificação do perfil do idoso mais vulnerável, favorecendo a estruturação apropriada das ações de saúde e auxiliando na implantação da política de atenção a saúde do idoso.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Transtornos Cognitivos. Vulnerabilidade Social. Apoio Social.

Abstract

Social support can promote better health, helping to keep the elderly independent in their familiar and social-cultural context, which is essential for cognitive function and psychological well-being. This study aimed to investigate the association between social support of elderly people with cognitive impairments and the different contexts of social vulnerability that are exposed in the municipality of São Carlos. This is a descriptive transversal study of quantitative character. The subjects were 85 elderly residents in different areas of social vulnerability, that they had presented results in the Exam Mini of Mental State below the cutoff. All ethical guidelines were observed. It were applied the Brazil Criteria, Exam Mini of Mental State (EMMS), Medical Outcomes Study (MOS), Diagram of Choice , Katz Index and the Functional Activities Questionnaire of Pfeffer. There has been a descriptive analysis and correlation of data through statistical tests. The results show that among women, most living in the context of very low, low and middle social vulnerability. Among men, the majority were residents of regions of high and very high social vulnerability. In both contexts there were mostly elderly people aged 70 to 79 years, and reported that they were white, Catholic, and monthly income of up to one minimum wage. In regions of high and very high vulnerability were greater numbers of elderly illiterate, while in the context of very low, low and medium vulnerability dominance of older people with schooling 1-3 years. The performance of the elderly in basic and instrumental activities of daily living revealed that among the independent elderly, the majority resides in the context of high and very high social vulnerability. Among dependents, the majority are resident in regions with very low, low and medium vulnerability. Social support was measured by the frequency that the elderly have different types of support. In regions of high and very high social vulnerability, the levels of social support in the dimensions of material support, emotional, informational and positive social interaction are better when compared with the context of very low, low and medium vulnerability. There were significant correlations between the dimensions of support and the IPVS variables, family income, number of people living in the household, presence of children in the home for the elderly, and the results of the Pfeffer's Questionnaire. Regarding social support network of elderly people with cognitive impairment, residing in the context of high and very high social vulnerability, the results showed that in this context the elderly have a great social network, with a

predominance of members of his inner circle, and that also they provide more support than they receive. Data analysis can help identify the profile of the elderly vulnerable, encouraging proper structuring of health actions and assisting in the implementation of health attention policy for the elderly.

Key words: Nursing. Aged. Cognition Disorders. Social Vulnerability. Social Support.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – 1	Distribuição de idosos de acordo com as diferentes regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.	47
Gráfico – 2	Distribuição dos idosos de acordo com a faixa etária, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	48
Gráfico – 3	Distribuição dos idosos de acordo com sexo, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	49
Gráfico – 4	Distribuição dos idosos de acordo com a raça, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	50
Gráfico – 5	Distribuição dos idosos de acordo com a escolaridade, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	51
Gráfico – 6	Distribuição dos idosos de acordo com o número de pessoas residentes no domicílio, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	52
Gráfico – 7	Distribuição dos idosos de acordo com a presença de crianças no domicílio, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	52
Gráfico – 8	Distribuição dos idosos de acordo com a religião, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	55
Gráfico – 9	Distribuição dos idosos de acordo com sua renda mensal, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	56
Gráfico – 10	Distribuição dos idosos de acordo com a renda mensal familiar, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	56
Gráfico – 11	Distribuição dos idosos de acordo com a classificação econômica, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	57
Gráfico – 12	Distribuição dos idosos de acordo com o desempenho no MEEM. São Carlos, 2010	58

Gráfico – 13	Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.	62
Gráfico – 14	Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz), por diferentes contextos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.	62
Gráfico – 15	Distribuição dos idosos por sexo, segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.	63
Gráfico – 16	Distribuição dos idosos por faixa etária, segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.	64
Gráfico – 17	Distribuição dos idosos segundo desempenho em cada domínio do Índice de Katz. São Carlos, 2010.	64
Gráfico – 18	Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.	66
Gráfico – 19	Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer), por diferentes contextos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.	66
Gráfico – 20	Distribuição dos idosos por sexo, segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.	67
Gráfico – 21	Distribuição dos idosos por faixa etária, segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.	68
Gráfico – 22	Distribuição dos idosos segundo desempenho em cada domínio do Questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.	68

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1	População final de idosos em cada uma das Unidades de Saúde da Família.	38
Quadro – 2	Coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis apoio material, apoio efetivo, apoio emocional, apoio de informação e de interação social positiva e a covariável IPVS. São Carlos, 2010.	77
Quadro – 3	Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva e a covariável renda familiar. São Carlos, 2010.	78
Quadro – 4	Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva e a covariável número de pessoas no domicílio. São Carlos, 2010.	79
Quadro – 5	Apoio social oferecido e recebido pelos integrantes das redes sociais dos idosos. São Carlos, 2010.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela – 1	Distribuição dos idosos de acordo com sexo e situação conjugal, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.	49
Tabela – 2	Distribuição dos idosos de acordo com o desempenho no MEEM segundo IPVS, sexo e faixa etária. São Carlos, 2010.	59
Tabela – 3	Distribuição dos idosos de acordo com os resultados do MEEM, segundo desempenho no questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.	61
Tabela - 4	Distribuição dos idosos de acordo com os resultados do MEEM, segundo desempenho no questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.	61
Tabela – 5	Distribuição dos níveis de apoio social por intervalos de classe. São Carlos, 2010.	70
Tabela – 6	Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio material, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.	72
Tabela – 7	Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio afetivo, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.	73
Tabela - 8	Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio emocional, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.	74

Tabela – 9	Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio de informação, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.	75
Tabela – 10	Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio de informação, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.	76
Tabela – 11	Relação entre as dimensões de apoio social e a presença de crianças no domicílio do idoso. São Carlos, 2010.	79
Tabela - 12	Relação entre as dimensões de apoio social e os resultados apresentados pelos idosos no Questionário do Pfeffer. São Carlos, 2010.	80

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
O envelhecimento populacional.....	16
Vulnerabilidade social na velhice.....	19
O declínio cognitivo no envelhecimento.....	23
Rede e apoio social.....	25
Apoio social na velhice.....	30
OBJETIVO GERAL.....	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
METODOLOGIA.....	36
Sujeitos.....	36
Método para obtenção da população do estudo.....	37
Método de sequenciamento dos sujeitos na população.....	38
Procedimentos metodológicos.....	39
Instrumentos.....	40
<u>Instrumento de caracterização socioeconômica.....</u>	40
<u>Instrumento de caracterização da família.....</u>	40
<u>Critério de Classificação Econômica Brasil.....</u>	40
<u>Medical Outcomes Study (MOS).....</u>	41
<u>Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).....</u>	42
<u>Índice de Katz para Atividades de Vida Diária.....</u>	42
<u>Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.....</u>	43
<u>Diagrama de Escolta.....</u>	43
Coleta de dados.....	44
Análise dos dados.....	45
Aspectos éticos e legais.....	45
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47

Características socioeconômicas de idosos com alterações cognitivas, residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social.....	48
Condições cognitivas dos idosos segundo desempenho no mini exame do estado mental (MEEM).....	58
Condições funcionais dos idosos segundo desempenho no índice de Katz.....	62
Condições funcionais dos idosos segundo desempenho no questionário de pfeffer.....	66
Apoio social de idosos com alterações cognitivas cadastrados em diferentes contextos de vulnerabilidade social.....	69
Rede de Apoio Social de idosos com alterações cognitivas residentes em áreas de alta e muito alta vulnerabilidade social.....	80
Aspectos estruturais da rede de apoio social dos idosos.....	81
Aspectos funcionais da rede de apoio social dos idosos.....	83
CONCLUSÃO.....	88
REFRÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	105
Instrumento de caracterização socioeconômica.....	105
Instrumento de caracterização da família.....	107
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
ANEXOS.....	109
Critério de Classificação Econômica Brasil.....	109
Medical Outcomes Study.....	110
Mini Exame do Estado Mental.....	111
Índice de Katz.....	116
Questionário de Pfeffer.....	117
Diagrama de Escolta.....	119

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional

Considerando aspectos demográficos, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos, porém compreender o conceito de envelhecimento ainda envolve outros aspectos. O processo de envelhecimento é caracterizado como uma etapa natural da vida do homem e ocorre por mudanças físicas, psicológicas e sociais, que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevivência prolongada (MENDES, 2000). Ele ainda pode ser compreendido como um processo que vai sendo construído no transcorrer da existência humana, sendo o envelhecimento bem sucedido relacionado às maneiras pelas quais os idosos conseguem se adaptar às inúmeras situações de ganhos e perdas com que se deparam (REIS et al., 2007).

Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento ao final da vida produtiva e início da aposentadoria. Assim, de acordo com o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas recomenda-se que, para países em desenvolvimento, deva-se considerar como idoso a pessoa com 60 anos e mais. No Brasil, a Política Nacional do Idoso também estipulou 60 anos como o patamar que caracteriza o grupo de idosos brasileiros, independentemente de características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas distintas (IBGE, 2005).

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. A população de idosos cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos. O aumento do número de anos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Em todo o mundo, observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade. Além disso, estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Atualmente, 70 países já possuem taxa de fertilidade menor que o nível de reposição, sendo que em 1975 apenas 22 países possuíam esse índice (BRASÍLIA, 2005).

Mundialmente, o envelhecimento da população teve início nos países desenvolvidos, em decorrência dos avanços tecnológicos, da queda de mortalidade,

evolução do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional e elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental. Nesses países, o processo gradual de envelhecimento, permitiu o planejamento de políticas públicas que garantissem a qualidade de vida da população (MENDES et al., 2005).

Em países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido explicado pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde dos últimos 60 anos. Como exemplo pode-se citar as vacinas, o uso de antibióticos e quimioterápicos (MENDES et al., 2005).

O envelhecimento da população brasileira está intimamente relacionado à queda da fecundidade que teve início a partir dos anos 60 ocasionando diminuição do ritmo de crescimento populacional. Esse fato é que se pode considerar uma verdadeira mudança na distribuição etária brasileira, pois entre as décadas de 1940 e 1960 houve significativa redução das taxas de mortalidade acarretando aumento da taxa de crescimento populacional, porém, sem mudanças notáveis na estrutura etária da população (CARVALHO, 1993).

O grande desafio para os países em desenvolvimento é que ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de enriquecerem. Este fato traz implicações para muitas áreas, incluindo a seguridade social e o crescimento econômico. O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri, adotado por ocasião da segunda assembleia mundial sobre envelhecimento, é o primeiro compromisso internacional que reconhece especificamente o potencial dos idosos para contribuir com o desenvolvimento de suas sociedades. Neste documento, mais de 160 países se comprometem a incluir o envelhecimento em todas as suas políticas de desenvolvimento sociais e econômicas e reduzir à metade o envelhecimento com pobreza até 2015, alinhando-se com as metas de desenvolvimento do milênio. Na Europa, a infertilidade tem emergido como um importante aspecto da saúde, enquanto que nos países em desenvolvimento os problemas socioeconômicos mascaram a saúde materno-infantil (KALACHE, 2008). Estima-se que nos próximos 20 anos a população brasileira de idosos poderá alcançar, ou até ultrapassar 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população. Em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991 (IBGE, 2002).

A velocidade do processo de transição da estrutura etária no Brasil pode ser observada pelo Índice de Envelhecimento, uma medida que considera apenas os dois grupos etários extremos, aqueles mais afetados no processo de envelhecimento. De acordo com comparações feitas a partir desse índice, o Brasil está entre os países com o ritmo mais acentuado de crescimento no futuro próximo. Em 2025, o Índice de Envelhecimento será, provavelmente, três vezes maior do que aquele observado em 2000. Na população brasileira haverá, então, mais de 50 pessoas com 65 anos ou mais, para cada conjunto de 100 jovens menores de 15 anos (MOREIRA, 1997).

Segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE), a população brasileira deve parar de crescer em 2030, quando a população é estimada em 206,8 milhões de pessoas. A partir daí, o número deve diminuir e fechar o ano de 2040 com 204,7 milhões de pessoas (IPEA, 2010).

Em 2050, o Brasil enfrentará a difícil situação de atender uma sociedade mais envelhecida do que a da Europa atual, onde uma transição etária muito mais lenta, aliada ao desenvolvimento social e econômico, não foi capaz, ainda, de convertê-la numa sociedade justa para todas as idades (WONG; CARVALHO, 2006).

O envelhecimento da população gera preocupação com os futuros desafios relacionados às mudanças demográficas, de mercado e políticas públicas. Mais do que pensar em projeções demográficas, planejar o futuro da população implica pensar na economia e no grande impacto das políticas públicas sobre as populações (LEBRÃO et al., 2008).

A consolidação da transição demográfica demonstrou que o foco dos estudos populacionais não deveria ser a explosão demográfica, mas sim o baixo crescimento populacional, que, aliado ao aumento da proporção e da longevidade da população idosa, passou a gerar novas demandas sociais. Espanha, Itália, Alemanha e Japão são exemplos de alguns países onde as taxas de fecundidade estão muito abaixo do nível de reposição da população, o que aliado a expectativa de vida muito alta, produz demandas sociais de difícil solução (JÚNIOR; COSTA; LACERDA, 2006).

O mundo todo está envelhecendo. Este é um fato que as nações estão

começando a compreender à medida que buscam caminhos para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes (KALACHE, 2008).

Vulnerabilidade social na velhice

O conceito de vulnerabilidade social é atribuído ao modo como se obtêm informações, acesso aos meios de comunicação, recursos materiais, escolaridade, poder de influência política, enfrentamento de barreiras culturais e liberdade de coerções violentas, bem como todos os aspectos referentes à estrutura, à organização e à dinâmica familiar. Assim, as condições políticas, culturais e econômicas precisam ser consideradas, quando se deseja compreender as razões pelas quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas que as expõem a um agravo de longa duração ou a eventos não condizentes à qualidade de vida (AYRES et al., 2003).

Uma importante observação deve ser feita no sentido de diferenciar o termo vulnerabilidade social, do termo vulnerabilidade biológica. A vulnerabilidade biológica é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde. Refere-se à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe, e de como a utiliza. Está ligada às alterações biológicas que tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações, principalmente quando associadas à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda, o que também influencia diretamente a qualidade com que se vai envelhecer. O envelhecimento acelerado coloca o idoso frente a situações novas e desafiantes como as aposentadorias precárias, diminuição dos recursos econômicos, perda de entes queridos, diminuição da capacidade física e da libido, alterações da auto-estima e perda da posição social (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Na sociedade atual, no modelo capitalista e ocidental, a idéia de produtividade é o que presume qualquer forma de valorização (LEITE et al., 2008).

Esse modelo faz com que a velhice ocupe um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já tem os seus potenciais evolutivos e perde então o seu valor social. Sendo assim, sem possibilidade de produzir riquezas, a velhice perde o seu valor simbólico (VERAS, 2002). As tensões psicológicas e sociais podem acelerar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento, uma vez que o indivíduo que envelhece interage de forma mais acentuada entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, e também das condições atuais que se encontram (LEITE, 1995). Pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

O Brasil, nas últimas décadas, vem impondo uma enorme desigualdade na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania (GOMES; PEREIRA, 2005).

As transformações ocorridas na política econômica do Brasil produziram profundas mudanças na vida econômica, social e cultural da população, gerando altos índices de desigualdade social. Como reflexo dessa estrutura de poder, acentuam-se as desigualdades sociais e de renda das famílias, afetando as suas condições de sobrevivência e minando as expectativas de superação desse estado de pobreza, reforçando a submissão dos indivíduos aos serviços públicos existentes. As desigualdades de renda impõem sacrifícios e renúncias para toda a família. Estudo apresentado pelo economista Dedecca (2003) mostrou que, de 1992 a 1999, os 25% mais pobres perderam 20% da renda e os 5% mais ricos perderam 10%. Estes dados levam a constatar que a defasagem salarial é maior para os pobres, o que amplia, ainda mais, a concentração de renda no Brasil (GOMES; PEREIRA, 2005).

Diante desse cenário social de desigualdades, pode-se compreender a pobreza, um conceito que não pode ser definido de forma única, mesmo que se evidencie quando parte da população não é capaz de gerar renda suficiente para ter

acesso sustentável aos recursos básicos que garantam uma qualidade de vida digna. Estes recursos são água, saúde, educação, alimentação, moradia, renda e cidadania. No Brasil, a exclusão social está relacionada principalmente à situação de pobreza, uma vez que as pessoas nessa condição constituem grupos em exclusão social, porque se encontram em risco pessoal e social, ou seja, excluídas das políticas sociais básicas (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação) (GOMES; PEREIRA, 2005).

A associação entre condição de saúde e pobreza é clara quando observado que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e um menor uso dos serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). A desigualdade social, o processo de urbanização, as mudanças na estrutura etária e na composição do mercado de trabalho da população, os diferentes níveis de educação e as mudanças na organização dos serviços de saúde influenciam a condição de saúde dos indivíduos, afetando inclusive os padrões de mortalidade (CASTELLANOS, 1997).

Um estudo realizado com países em diferentes níveis de desenvolvimento (Finlândia, Suécia, Noruega, Dinamarca, Inglaterra e Itália), teve como objetivo analisar as tendências de mortalidade segundo diferenças socioeconômicas. Os resultados demonstraram que as taxas de mortalidade estão crescendo em grupos socioeconômicos menos favorecidos (MACKENBACH et al., 2003). Ao se tratar mais especificamente de estudos relacionados à situação de saúde de idosos, há uma redução no número de pesquisas, sendo que as que são realizadas concentram-se países europeus, destacando-se o estudo de Huisman et al. (2004), que analisou a associação entre a mortalidade de idosos e a condição sócio-econômica dos mesmos, representada pela variável socioeconômica nível de escolaridade e a condição de habitação em diferentes grupos de países europeus. Já na América Latina, um importante estudo foi realizado nas cidades de Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideú, com o objetivo de verificar a existência de desigualdade social em saúde, e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos. Os principais resultados sugeriram a presença de desigualdade social em saúde em todas as cidades, favorável aos grupos socioeconômicos mais privilegiados. (NORONHA; ANDRADE, 2005). No Brasil, destacam-se as pesquisas baseadas nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), as quais objetivaram avaliar a associação entre

informações referidas por idosos como indicadores de saúde, de mobilidade física e uso de serviços de saúde, além de identificar a situação socioeconômica por meio da variável renda (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; LIMA-COSTA et al., 2003).

Paz, Santos e Eidt (2006) realizaram uma pesquisa bibliográfica nas áreas temáticas de envelhecimento e vulnerabilidade para identificar os elementos que contribuem para a vulnerabilidade individual, social e programática das pessoas idosas. A partir do levantamento dos conceitos propuseram a reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção de saúde e prevenção de agravos, uma vez que os problemas são as suscetibilidades populacionais que demandam respostas sociais e profissionais.

Com intuito de operacionalizar o conceito de vulnerabilidade social, foi desenvolvido no estado de São Paulo, um indicador de vulnerabilidade social que permite classificar áreas geográficas, segundo os recursos que a população ali residente possui. Tal indicador é denominado Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), e consiste na combinação de duas dimensões: socioeconômica e demográfica. A dimensão socioeconômica compõe-se da renda apropriada pelas famílias e do poder de geração da mesma por seus membros, e a demográfica está relacionada ao ciclo de vida familiar. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos os seus residentes, sendo comparáveis entre si para os municípios do Estado de São Paulo (FUNDAÇÃO SEADE, 2007, p.5-6). Assim, foram criados seis grupos:

- a) Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muita alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade”. Apesar de o estagio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.
- b) Grupo 2: Vulnerabilidade Muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

- c) Grupo 3: Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.
- d) Grupo 4: Vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.
- e) Grupo 5: Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.
- f) Grupo 6: Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens.

A combinação entre os chefes jovens com baixos níveis de renda e escolaridade, e a presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza (FUNDAÇÃO SEADE, 2007, p.5-6).

O declínio cognitivo no envelhecimento

Os idosos são amplamente acometidos em sua saúde por doenças de caráter crônico e progressivo, que envolvem comprometimentos dos sistemas vascular, articular e nervoso, dentre outros. Neste aspecto, as habilidades cognitivas dos idosos sofrem alterações que podem interferir na sua capacidade de se relacionar. O processo de envelhecimento fisiológico apresenta um declínio gradual das funções cognitivas, sendo a diminuição da memória, a que mais se destaca na atenção da população em geral, já que compromete pequenas tarefas relativas às atividades de vida diária. A grande preocupação se encontra na possibilidade de a perda da memória representar a existência ou a possibilidade futura de um quadro demencial (HABIB; CALDAS, 2008). Além disso, a manutenção da cognição é um determinante importante da qualidade de vida e longevidade na velhice, uma vez

que o declínio cognitivo é associado a desconforto pessoal, perda de autonomia e aumento dos custos sociais (NERI, 2006).

Sabe-se, portanto, que o declínio de capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. Em idosos, consiste em lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, o que leva à perda da qualidade de vida e da autonomia e amplia o risco de morte na terceira idade (CHARCAT-FICHIMAN et al., 2005; ARGIMON; STEIN, 2005; GUERREIRO, 2006).

Um dos grandes desafios dos estudiosos na atualidade se encontra na caracterização dos limites entre o normal e o patológico, quando se trata da cognição no idoso, já que o envelhecimento cerebral vem acompanhado de alterações que se superpõem à demência de Alzheimer (DA). Por algum tempo, considerou-se a condição cognitiva do idoso como conseqüente a um processo de declínio cumulativo. Porém, após os anos 70, passou-se a assumir a condição cognitiva como um processo multidimensional, multifatorial, com trajetórias individuais. Acredita-se que a plasticidade é o que diferencia os indivíduos saudáveis, daqueles com risco para demência, e que idosos com transtorno cognitivo leve (TCL) possuem plasticidade e, ainda, que a falta de plasticidade pode ser um dos fatores de risco relacionados com o declínio cognitivo (CALERO; NAVARRO, 2004).

Diversos estudos mostram o maior risco dos portadores de transtorno cognitivo leve (TCL) no desenvolvimento de processos demenciais. Segundo Guerreiro (2006), 10 a 15% dos portadores de TCL tendem a apresentar Doença de Alzheimer em um ano. A relevância da identificação destes casos está na possibilidade de desenvolvimento de ações que possam prevenir ou retardar o surgimento das demências. Mais do que isso, a educação durante a vida e os trabalhos de otimização cognitiva são fundamentais para prevenção de transtornos e promoção de vitalidade cognitiva no envelhecimento.

Um estudo realizado em Viçosa-MG teve como objetivo avaliar o declínio cognitivo de idosos, freqüentadores do Programa Municipal de Terceira Idade, e sua relação com as características socioeconômicas. Os resultados mostraram que a população estudada era predominantemente do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, baixa renda e idade entre 60-69. A maioria dos

idosos tem companheiros e/ou convivem com outros familiares em seu domicílio e, ainda relatam estar satisfeitos com o relacionamento familiar. Quanto à sociabilidade e ao lazer, a maioria considera-se satisfeita com sua vida social e lazer no cotidiano, sendo que as atividades realizadas estão relacionadas às práticas religiosas, a visitar parentes e assistir televisão (MACHADO et al., 2007).

Sendo o processo de envelhecimento multidimensional e singular, constata-se a necessidade, também, da realização de estudos que possibilitem a compreensão do idoso não apenas no que se refere ao aspecto físico do processo cognitivo, mas também das outras vertentes consideradas, em especial, as relações sociais (HABIB; CALDAS, 2008).

Nesse sentido, presume-se que as patologias de base são de desenvolvimento interno, mas que também são influenciados pelas relações interpessoais estabelecidas com cada pessoa. Assim, os efeitos das redes sociais têm sido de grande relevância para a saúde mental dos indivíduos, uma vez que atende as necessidades de afiliação e pertencimento a grupos sociais, e garante a manutenção e melhoria da identidade e auto-estima (TRANCOSO; ALVAREZ; SEPÚLVEDA, 1995).

Rede e apoio social

Pode-se explicar o termo “rede social” a partir da metáfora da rede do pescador. Esta rede está tecida por “nós”, e estes nós representam pessoas e instituições que criaram vínculos de diversas qualidades e intensidades. Os fios que permitem “amarrar” esses nós estão constituídos pelas relações, pelos vínculos, pelas diversas formas comunicacionais. Assim, um nó pode ser tecido por uma pessoa, por um grupo ou por uma comunidade (MENESES, 2007).

A rede social representa a teia de relacionamentos sociais que cada um mantém, incluindo relacionamentos mais próximos (tais como familiares e amigos íntimos) e relacionamentos mais formais (outros indivíduos e grupos) (SEEMAN, 1996). Bowling (1997) definiu rede social como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. O’Reilly (1988) chamou a atenção para a possibilidade desse grupo fornecer diferentes tipos de ajuda para um indivíduo. Atribuições e ligações que vinculam indivíduos a grupos

definidos de parentes, amigos ou conhecidos foi definido por McDowell e Newell (1996).

Para Ostergren et al. (1991) a rede social envolve aspectos principalmente quantitativos dos contatos sociais, e é constituída por características estruturais, tais como o seu tamanho ou a quantidade de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato, bem como a freqüência destes contatos. Além disso, o envolvimento em atividades sociais, (tais como grupos religiosos, associações voluntárias e outros grupos) também é enfatizado (OSTERGREN et al., 1991; AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998). Para diversos autores os elementos estruturais da rede social incluem (BOWLING, 1997; ÖSTREGREN et al., 1991):

- a) Tamanho: número de pessoas com as quais se tem contato social;
- b) Dispersão geográfica: quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato. As redes variam desde aquelas que se limitam a um lugar ou um bairro até aquelas mais dispersas;
- c) Força das ligações: grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional;
- d) Densidade/integração dos contatos: que se refere à quantidade de pessoas próximas;
- e) Composição e homogeneidade dos membros: grau de semelhança entre os indivíduos, tais como idade, condição sócio-econômica, educação e outros;
- f) Simetria: grau com que os relacionamentos são recíprocos;
- g) Enraizamento social: afinidade ou identificação do indivíduo com seu meio (família, área de moradia, ambiente de trabalho e grupos sociais dos quais participa). Segundo Östregren et al., (1991), baixos níveis de “enraizamento social” poderiam significar uma forma de alienação.

As redes sociais estão estabelecidas também enquanto interações entre seus membros. Estas interações se caracterizam, além dos vínculos, da comunicação e das relações, pela organização ao redor do fazer, de estruturar o tempo e o modo como este se utiliza. Assim, as relações sociais permitem dar sentido às vidas das pessoas que nelas participam, favorecendo a construção de suas identidades, propiciando a sensação de que estão ali para alguém, que tem os

recursos necessários para dar conta de diversas tarefas e dar suporte social (MENESES, 2007).

Brito e Koller (1999) definem a rede social como uma interface entre o indivíduo e o sistema social que ele integra. Para essas autoras a rede de apoio social auxilia na definição das formas 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. As esferas da vida potencialmente capazes de fornecer apoio à pessoa nas diversas relações sociais e diante dos eventos variados que ela experimenta são a família, os amigos, o sistema moral e de valores que a constituem. Quanto mais satisfatória for a percepção da pessoa em relação à sua rede de apoio social, mais fortes serão seus sentimentos de satisfação com a vida.

Essa definição parte do modelo da Escolta de Apoio Social, proposto por Kahn e Antonucci nos anos 80, que representa uma importante perspectiva teórica para o entendimento da rede de apoio social (KAHN; ANTONUCCI, 1980). A Escolta de Apoio Social considera as relações sociais ao longo da vida, ou seja, uma abordagem teórica das relações sociais ao longo do tempo (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

O surgimento desse modelo foi também uma forma de buscar um modo mais preciso de operacionalização do conceito 'apoio social' e, conseqüentemente, de medi-lo. Nessa perspectiva, Kahn e Antonucci (1980) definiram o apoio social como trocas interpessoais que incluem um ou mais dos seguintes elementos: afeto, afirmação e ajuda. Sua idealização e fundamentação teórica consideram, portanto, que as trocas afetivas implicam o gostar, a admiração, o respeito e/ou o amor, as trocas de afirmação dizem respeito à concordância ou ao reconhecimento que uma pessoa tem, de que determinado ato ou afirmação de outra pessoa está correto, ou seja, estas trocas implicam o reconhecimento do outro e a legitimação de suas ações, e por fim, as trocas de ajuda são aquelas relacionadas com a assistência ou ajuda provida quanto a recursos, dinheiro, informações, cuidados, etc.

O termo "escolta" expressa sentido temporal, o que significa que cada pessoa pode ser compreendida, ao longo do curso de vida, como estando rodeada por uma série de outras pessoas a quem ela está ligada por relações que envolvem o dar e receber apoio social (KAHN; ANTONUCCI, 1980). Estas relações se estabelecem geralmente com familiares e amigos que estão emocionalmente

próximos do indivíduo e que são considerados importantes para ele, auxiliando-o a negociar de forma bem sucedida com os desafios da vida. Uma característica da escolta de apoio social é que ela tem uma conotação dinâmica e constante, ou seja, é constante ao acompanhar o indivíduo ao longo de toda vida, ajudando-o a lidar com os desafios, mas dinâmica, pois sofre mudanças decorrentes das transformações dos papéis sociais dos seus membros (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

Além disso, as relações da escolta podem ser uma fonte de proteção, uma vez que possibilitam que o indivíduo compartilhe experiências de vida, desafios, decepções e sucessos, ou fonte de prejuízos, ao despoticizar esforços do indivíduo e enfraquecer suas aspirações (KAHN; ANTONUCCI, 1980).

Alguns autores, como Sluzki (1997) e López-Cabanas (1997) definem uma série de funções das redes sociais: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselheiro; regulação social; ajuda material e de serviços (suporte social – fornece colaboração eficaz com base em conhecimentos especializados ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde); acesso a novos contatos.

Pedro, Rocha e Nascimento (2008), em seu trabalho de reflexão sobre os conceitos de rede e apoio social, perceberam que apesar de ser muito estudado, não há consenso entre pesquisadores a respeito do conceito de apoio social. Esses autores apontam que o conceito de apoio social faz parte de vários referenciais teóricos e modelos de prática, por isso é preciso coerência entre o objeto de estudo, referencial teórico e método a ser desenvolvido, seja quantitativo ou qualitativo. Além disso, esse conceito deve ser trabalhado pelo pesquisador e não baseado em uma definição pré-existente, nem tampouco numa definição tão ampla que tente contemplar toda a literatura sobre o assunto.

Uma forma de se explicar “apoio social” é como sendo uma função das redes sociais. É considerado a principal função e, também, o promotor da construção das redes (MENESES, 2007). Sendo assim, refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social. Segundo Caplan (1974), apoio social é um sistema formado por relações formais e informais através do qual um indivíduo recebe ajuda emocional, cognitiva e material para enfrentar situações geradoras de estresse. Cobb (1976) define ainda, o apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, e estimado, e que faz parte de uma rede social com obrigações mútuas. De acordo com Norbeck, Lindsey e Carrieri, (1981) e

Berkman (1984), além de envolver referências emocionais, ou seja, ter com quem contar em situações difíceis, diz respeito também a percepção de valorização no contexto dos grupos dos quais o indivíduo faz parte. Portanto, trata-se da percepção do indivíduo a respeito de pessoas em quem ele pode confiar e contar em situações de necessidade, e ainda que o faça sentir-se cuidado e valorizado (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

De acordo com diversos autores (SHERBOURNE; STEWART, 1991; BOWLING, 1997; NORBECK; LINDSEY; CARRIERI, 1981; ÖSTERGREN ET AL., 1991) múltiplas dimensões funcionais de apoio social podem ser descritas:

- a) Apoio emocional: que diz respeito a receber demonstrações de afeto positivo e empatia, ser encorajado a expressar sentimentos de confiança, empatia, carinho, amor, estima, afeto, escuta e interesse. De acordo com Östergren et al (1991), o apoio emocional busca estimar a habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida;
- b) Apoio afetivo: refere-se a demonstrações físicas de afeto (por exemplo, abraços);
- c) Interação social positiva: refere-se a ter alguém com quem se distrair e fazer coisas agradáveis;
- d) Apoio de 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 disponibilidade de serviços práticos e recursos materiais, onde estão incluídos, por exemplo, a ajuda em dinheiro ou o auxílio nas tarefas da casa, em caso de necessidade emergencial.

Ao se pensar em medidas de rede e apoio social, tem-se que a primeira escala utilizada para medir aspectos de apoio social foi o Índice de Berle, publicado em 1952 (BERLE; PINSKY; WOLF, 1952). Por cerca de 30 anos poucas medidas formais foram utilizadas, em geral indicadores indiretos tais como situação conjugal ou outras variáveis sócio-demográficas (MCDOWELL; NEWELL 1996). A variedade de definições de rede e apoio social discutida anteriormente reflete a abrangência de seus conteúdos o que, por sua vez, dá origem a instrumentos de medida diferenciados (PAYNE; JONES, 1987; DEAN et al., 1994). Se, por um lado,

isso reflete diferentes perspectivas desses conceitos, por outro lado, dificulta a comparação dos resultados das investigações, que se mostram, muitas vezes, discordantes.

Diante desses aspectos, a metodologia adequada para mensuração de rede e apoio social em estudos epidemiológicos tem sido objeto de debate (DEAN et al., 1994). Não há, atualmente, nenhuma escala apontada como “a mais indicada”, utilizada por grande parte dos autores e que avalie seus principais componentes com níveis de confiabilidade e validade aceitáveis (BOWLING, 1997).

As pesquisas realizadas no Brasil exemplificam a variedade de instrumentos utilizados e a conseqüente dificuldade para comparação dos resultados. Como resultado de busca na literatura nacional na base de dados Lilacs, cruzando os descritores apoio social e idoso, observou-se que os instrumentos que aparecem com maior freqüência são o Medical Outcomes Study e o Mapa Mínimo de Relações. Alguns livros considerados referência na área de Gerontologia apontam o Mapa Mínimo de Relações como sendo o mais adequado para aplicação em idosos (FREITAS et al. 2006). Além desses instrumentos, observa-se a utilização recente do Diagrama de Escolta, validado pra população idosa no Brasil em 2008.

Apoio social na velhice

Pesquisas apontam a relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais (HOUSE; ROBBINS; METZNER, 1998; COCKERHAM, 1991). A maioria dos autores ressalta que relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde, mas os mecanismos pelos quais estes efeitos são exercidos ainda não são totalmente conhecidos. O apoio social poderia tanto proteger os indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes, quanto afetar positivamente a saúde das pessoas ao fornecer recursos (ajuda econômica, material, informações), melhor acesso ao cuidado de saúde e regulação de hábitos como consumo de álcool e tabaco (RAMOS, 2002).

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos, dado que o sentimento de ser amado e valorizado, e a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar do isolamento e do anonimato comuns nessa faixa etária (MARTINS, 2005).

Considerando que a saúde de um indivíduo resulta de condições biológicas, socioculturais e psíquicas, Machado et al. (2007) levanta a hipótese de que o convívio social e diferentes atividades de lazer podem contribuir como mais um fator de proteção para o declínio cognitivo. Estes aspectos ajudam a manter o idoso autônomo dentro do seu contexto familiar e sociocultural, o que é fundamental para suas funções cognitivas e para seu bem-estar psicológico.

Apontamentos indicam o aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa. Além disso, uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão (ALBUQUERQUE, 2003; FLECK et al., 2002; XAVIER et al., 2001). Esses dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade. As relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, porém, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão (RAMOS, 2002; KATZ; RUBIN, 2000; FREIRE; SOMMERHALDER, 2000). A carência de relações sociais como um fator de risco à saúde tem sido considerada tão danosa quanto o fumo, a hipertensão arterial, a obesidade e a ausência de atividade física (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Este conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais (RAMOS, 2002). De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social (DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997).

Um estudo qualitativo, realizado com 10 cuidadoras familiares de pessoa com acidente vascular encefálico (AVE), e que utilizou como referencial metodológico a Grounded Theory e como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, teve como objetivo compreender a experiência de cuidadores familiares de pessoas com AVE, acerca do apoio social, durante o processo de reabilitação no domicílio. As autoras perceberam que, além da recuperação da autonomia do doente, o apoio social é uma das variáveis intervenientes na qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente e, especificamente, relacionada à liberdade do cuidador retomar o seu plano de vida (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Outro exemplo dos efeitos do apoio social em idosos é o estudo realizado na cidade de Franca, por meio da aplicação do instrumento *Canadian Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids*, validado no Brasil em 2001. Este estudo teve o objetivo de identificar a existência de suporte social em 20 idosos portadores de Insuficiência Cardíaca, internados em um hospital especializado da cidade de Franca. Obtiveram como resultado, que ainda que os idosos recebam pouco suporte social, tanto na dimensão instrumental, como na emocional, manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o pouco apoio recebido. O referido apoio é oferecido por familiares, amigos e até vizinhos, com pouca expressividade por parte dos profissionais de saúde e praticamente inexistente por parte de chefes e/ou colegas de trabalho (REZENDE; MENDES; SANTOS, 2007).

Um estudo realizado com 101 pacientes do Serviço de Medicina Interna e Urgências da Unidade Clínica Hospitalar Rafael Uribe, na Colômbia, teve por objetivo descrever a qualidade de vida e a rede de apoio social em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Para tanto, utilizaram os questionários Saúde Nottingham Health Profile (NHP) e Duque-Scale (UNC). Os resultados mostraram que as maiores pontuações para qualidade de vida foram referentes ao domínio sono, reações emocionais e mobilidade, enquanto que a menor pontuação foi referente ao domínio de isolamento social. Em relação ao apoio social, houve apoio satisfatório para o domínio afetivo, e escasso, para o domínio de apoio social de confidências (RAMÍREZ-VÉLEZ, 2007).

Outro exemplo interessante é o estudo realizado em Valência, na Espanha, com 101 idosos. Buscou-se conhecer quem são as pessoas que fornecem apoio psicológico e instrumental na velhice, e esclarecer se existem diferenças de acordo com idade e sexo. Utilizaram para tanto a entrevista *Manheim*. Os resultados apontaram diferenças estatisticamente significativas entre apoio psicológico e instrumental, tanto em relação à idade, quanto ao sexo. Os autores concluíram que quanto ao sexo, os homens recebem mais apoio de suas parceiras e as mulheres tendem a priorizar crianças como provedores de apoio. Em relação à idade, os parceiros são a principal figura para dar apoio entre 65 e 75 anos, enquanto os filhos e filhas se tornam mais importantes de acordo como o aumento da idade dos idosos (MELÉNDEZ-MORAL; TOMÁS-MIGUEL; NAVARRO-PARDO, 2007).

Outro estudo, este realizado no México com 40 idosos, teve como objetivo analisar a composição de redes e suporte social entre idosos pobres doentes em Guadalajara. Utilizaram entrevistas com um questionário de perguntas abertas, e concluíram que as redes sociais dos idosos são compostas principalmente por mulheres. São redes de várias gerações e incluem a família alargada. O tipo de apoio mais freqüente oferecido pelas redes é o emocional. As mulheres mais velhas têm redes maiores e recebem mais apoio social em relação aos homens idosos. Idosos casados e viúvos, por sua vez, têm redes maiores e recebem mais apoio social do que homens solteiros (ROBLES et al., 2000).

Um estudo realizado em Alecrim-RS objetivou analisar o suporte familiar e social de idosos residentes no município. Como resultados, as autoras observaram o predomínio de sexo feminino, que residem com companheiro, professam a religião católica e podem ser considerados idosos jovens. Os dados mostraram elevado percentual de idosos que possuem rede familiar e social, a qual pode fornecer suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando interação social positiva (LEITE et al., 2008).

Assim, diante do exposto, o conhecimento que este trabalho poderá trazer ao investigar as variáveis apoio social, características sócio-econômicas e declínio cognitivo, poderá contribuir para a identificação do perfil do idoso mais vulnerável e das deficiências no apoio social, favorecendo a estruturação apropriada das ações de saúde e auxiliando na implantação da política de atenção a saúde do idoso.

Esta pesquisa, portanto, pretende responder a seguinte questão: Há relação entre apoio social para idosos que apresentam alterações cognitivas e que estão cadastrados nas áreas de abrangência de Equipes de Saúde da Família do município de São Carlos, e os diferentes níveis vulnerabilidade social?

Para tanto, foram utilizadas informações de um banco de dados disponível pelo Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento da UFSCar. Esse banco de dados foi criado entre 2005 e 2008 com a pesquisa denominada Tecnologia de Cuidado para Idosos com alterações cognitivas, que teve por objetivo desenvolver um programa de inclusão social para idosos com alterações cognitivas e de funcionalidade, criando dispositivos e métodos para manter a autonomia desses idosos. Esta pesquisa foi financiada pela FINEP e desenvolvida em parceria da UFSCar com a USP, Universidade de Virginia nos EUA e EMBRAPA.

Participaram desse estudo 100 trabalhadores da atenção básica a saúde, sendo 50 agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família do Município e os 1687 idosos cadastrados nestes programas. Foi desenvolvido em quatro etapas: 1- Identificação das alterações cognitivas e de funcionalidade dos idosos cadastrados as Unidades de Saúde da Família do Município junto com os agentes comunitários que foram previamente treinados; 2- Mapa com as informações georeferenciadas da população idosa identificada em situação de vulnerabilidade por motivo de incapacidade e possíveis alterações cognitivas; 3- Criação/adaptação de um dispositivo de monitoramento dos idosos com alterações cognitivas e em situação de risco e 4- Programa Piloto de Reabilitação para idosos com alterações cognitivas, desenvolvido nas dependências da Unidade Saúde Escola da UFSCar. As avaliações dos idosos foram realizadas nos domicílios dos idosos. O banco de dados foi criado com informações sobre a cognição (Mini Exame do Estado Menta), Humor (Escala de Depressão Geriátrica), Equilíbrio e queda (TUG) e funcionalidade (atividades básicas e instrumentais de vida diária), além de dados gerais de caracterização sócio demográfica dos idosos. Foram considerados os Índices de Vulnerabilidade Social desses idosos.

A hipótese desse estudo é que há relação entre o apoio social e vulnerabilidade social, sendo que o apoio social é mais frequente para os idosos que moram em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social.

OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre o apoio social de idosos com alterações cognitivas e os diferentes contextos de vulnerabilidade social a que estão expostos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos idosos com alterações cognitivas residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social segundo as características sociodemográficas (idade, sexo, raça, situação conjugal, escolaridade, número de pessoas residentes no domicílio, renda do idoso e renda familiar), e funcionais (atividades básicas e instrumentais de vida diária).
- Avaliar a rede de apoio social de idosos com alterações cognitivas, residentes em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão, sua natureza e características. Além disso, busca conhecer diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica, e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexos (CERVO; BERVIAN, 2002).

O estudo foi realizado no município de São Carlos, localizado na região central de São Paulo, fundado em 1857. É uma das cidades da região com população em crescimento mais acelerado nos últimos anos, em torno de 9,24%. Considerada importante centro tecnológico, compreende uma grande diversidade nos setores industrial, educacional e da agricultura. Segundo o censo de 2010, a população da cidade é de 221.936 habitantes (IBGE, 2010).

Em relação às Unidades de Saúde da Família, o município de São Carlos contava, no momento da coleta de dados, com quinze equipes de Saúde da Família, distribuídas em treze Unidades de Programa Saúde da Família existentes (duas unidades acomodavam duas equipes no mesmo espaço físico).

Sujeitos

Os sujeitos dessa pesquisa foram as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e avaliadas em Unidades de Saúde da Família de regiões com diferentes índices de vulnerabilidade social (IPVS 2, 3, 4, 5 e 6) do município de São Carlos. Além disso, que apresentaram resultado no Mini Exame do Estado Mental abaixo da nota de corte (de acordo com o grau de escolaridade) em estudo anterior, que não tinham comprometimentos graves de linguagem ou compreensão e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Considerando como critério de elegibilidade o resultado do MEEM abaixo da nota de corte, utilizou-se os dados disponibilizados pelo Laboratório Saúde e Envelhecimento, referentes à avaliação cognitiva realizada em estudo anterior para obtenção da população do estudo.

Constituiu-se critério de exclusão para este estudo os idosos com resultado do MEEM abaixo da nota de corte, e que moravam em regiões cobertas por Unidades de Saúde da Família que não possuíam classificação de IPVS. Além disso, foram desconsiderados os idosos residentes na área de cobertura das Unidades Água Vermelha e Santa Eudóxia por serem consideradas Unidades de bairros rurais do município de São Carlos. Foram excluídos também os idosos com alterações cognitivas graves, que apresentavam problemas de linguagem e compreensão, e os idosos com resultado do MEEM acima da nota de corte após reaplicação do instrumento. Utilizou-se para nota de corte 18 pontos para analfabetos, 21 pontos para pessoas com um a três anos de escolaridade, 24 pontos para pessoas com quatro a sete anos de escolaridade e 26 pontos para pessoas com oito ou mais anos de escolaridade (NITRINI et al., 2005).

Considerando os objetivos do estudo, os sujeitos de interesse nessa pesquisa foram os idosos com indicativo de alteração cognitiva, independentemente do grau de alteração apresentado no teste de rastreamento. Foram excluídos os idosos com dificuldade de linguagem e compreensão pela impossibilidade dos mesmos de compreenderem e responderem os instrumentos de coleta de dados. Além disso, utilizou-se a classificação do IPVS com intuito de se obter idosos de regiões com diferentes níveis de vulnerabilidade social.

Método para obtenção da população do estudo

Considerando que foram utilizados dados referentes à avaliação cognitiva realizada em um estudo no ano de 2007, e que este selecionou os sujeitos por meio de procedimento amostral, o presente estudo adotou como população o número total de idosos avaliados no ano de 2007 e que obtiveram resultado do MEEM abaixo da nota de corte. Optou-se por não utilizar uma amostra pela observação de perdas naturais de sujeitos em estudos longitudinais. Sendo assim, passados dois anos do estudo anterior, esperava-se que ocorressem perdas naturais por óbitos e migração de domicílios. Além do que, essas perdas são agravadas ao se considerar sujeitos idosos e com declínio cognitivo. O Quadro 1 apresenta a obtenção da população do estudo em cada uma das Unidades de Saúde da Família.

Quadro 1. População final de idosos em cada uma das Unidades de Saúde da Família

Unidades de Saúde da Família	IPVS	Idosos cadastrados	Idosos avaliados em estudo anterior		Idosos com MEEM ↓ em estudo anterior, e avaliados no presente estudo		População final considerando perdas naturais e critérios de elegibilidade	
			N	% dos cadastrados	n	% de todos os avaliados	n	% de todos com MEEM ↓
Antenor Garcia	6	162	105	64,8%	42	40,0%	19	45,2%
Jardim Gonzaga	5	208	92	44,2%	43	46,7%	20	46,5%
Jardim Munique	4	287	204	71,1%	27	13,2%	3	11,1%
Jardim São Carlos	2	574	156	27,2%	44	28,2%	23	52,3%
Jockey Clube	3	141	94	66,7%	20	21,3%	13	65,0%
Tortorelli	4	206	104	50,5%	19	18,3%	7	36,8%
TOTAL	-	1578	755	47,8%	195	25,8%	85	43,6%

Dos 1578 idosos cadastrados nas seis Unidades descritas no quadro acima, 755 foram avaliados no estudo em 2007. Destes, 195 apresentaram resultado abaixo da nota de corte no MEEM, constituindo assim a população do presente estudo. Descartando as perdas por óbito e migração de domicílio, o presente estudo reavaliou 101 idosos. Considerando os critérios de elegibilidade, foram excluídos 16 idosos que após avaliação apresentaram resultado acima da nota de corte no MEEM. A população final, portanto, foi de 85 idosos.

Método de sequenciamento dos sujeitos na população

Com base nos dados disponibilizados pelo Laboratório Saúde e Envelhecimento, obteve-se uma listagem dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família com resultado do MEEM abaixo da nota de corte. Por meio do software Excel, gerou-se uma coluna com uma sequência de números aleatórios de uma distribuição uniforme, com valores entre 0 e 1. Em seguida, ordenou-se a lista de cadastrados em cada uma das Unidades de Saúde da Família em ordem crescente (do menor para o maior valor), e assim, obteve-se o seqüenciamento da

população do estudo. O primeiro elemento da lista ordenada seria o primeiro a ser entrevistado e assim por diante até o último elemento. Em caso de não ser possível entrevistar algum elemento, passou-se imediatamente para o próximo elemento da listagem ordenada.

Procedimentos metodológicos

Primeiramente foi realizado o levantamento das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos que possuíam classificação no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Considerando os critérios de elegibilidade, e de acordo com os dados do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento, foram identificados os idosos junto à equipe de Saúde da Família. Foram realizadas avaliações individuais e domiciliares, a partir de agendamento prévio com as famílias.

A coleta de dados organizou-se em duas fases. A primeira consistiu em entrevista estruturada com todos os idosos participantes (N = 85) e seus responsáveis utilizando-se os seguintes instrumentos:

- Instrumento de caracterização socioeconômica (APÊNDICE 1);
- Instrumento de caracterização da família (APÊNDICE 2);
- Critério Brasil, para classificação econômica das famílias (ANEXO 1);
- Medical Outcomes Study (MOS), para avaliação do apoio social oferecido aos idosos (ANEXO 2);
- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para reavaliação das condições cognitivas (ANEXO 3);
- Índice de Katz, para avaliação do desempenho em atividades básicas de vida diária (ANEXO 4);
- Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer, para avaliação de desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (ANEXO 5).

O Mini-Exame do Estado Mental e o Medical Outcomes Study foram aplicados nos idosos separadamente do restante da família a fim de evitar possível influência dos familiares nas respostas. Já o instrumento de caracterização

socioeconômica, o instrumento de caracterização da família, o Critério Brasil, Índice de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer foram aplicados no familiar responsável pelo idoso.

A coleta de dados da primeira fase ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2009.

A segunda fase consistiu em uma nova entrevista, realizada em dezembro de 2009 e janeiro de 2010, com uma subamostra (n = 38) da população total. Essa subamostra diz respeito a todos os idosos da população total (n = 85) que residiam em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade. Com o intuito de avaliar a rede de apoio social desses idosos, foi utilizado nessa fase, o Diagrama de Escolta (ANEXO 6).

Considerando-se, portanto, a hipótese de que o apoio social é mais frequente para os idosos que moram em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, optou-se por avaliar a rede de apoio social dessa população especificamente.

Instrumentos

Instrumento de caracterização socioeconômica: foi construído um instrumento para caracterização socioeconômica do idoso, sendo este composto pelas informações data de nascimento, sexo, raça, situação conjugal, escolaridade, número de pessoas residentes no domicílio, renda do idoso e renda familiar.

Instrumento de caracterização da família: foi construído um instrumento para caracterização da família sendo este composto pelas informações nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, ocupação e doença referida.

Critério de Classificação Econômica Brasil: é o padrão de classificação econômica da população brasileira. Está relacionado com o poder de compra das famílias urbanas do Brasil, sendo definido a partir do levantamento socioeconômico realizado anualmente pelo IBOPE Mídia. Foi homologado em 1997 e, a partir de 2002, passou por inúmeras revisões, até que a última versão é a de 2008. É realizada a soma dos pontos de acordo com o grau de escolaridade do chefe da família e a posse dos itens listados nesse instrumento (ANEXO B). A partir dessa pontuação, o

entrevistador sabe a qual classe econômica (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E) pertence a família entrevistada. Os principais objetivos são: ter um sistema de pontuação padronizado que seja um eficiente estimador da capacidade de consumo; discriminar grandes grupos de acordo com sua capacidade de consumo de produtos e serviços acessíveis a uma parte significativa da população; classificar os domicílios, considerando que a classe é uma característica familiar; utilizar informações objetivas e precisas de fácil coleta e operacionalização. O sistema de pontos atribuídos a posse de itens, como forma de classificação econômica, tem sido considerado mais simples e menos sujeito a erros por parte do entrevistador. Além disso, a padronização da classificação em todo Brasil permite a comparação dos resultados de pesquisa realizados em diferentes locais, empresas e períodos (ABEP, 2008).

Medical Outcomes Study (MOS): trata-se de uma escala elaborada originalmente para o MOS, um estudo que abrangeu 2.987 adultos, usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos, que apresentavam uma ou mais das seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Foi traduzido para o português e validado em estudo realizado com a população do Rio de Janeiro. Nessa ocasião foram estudados os participantes de um estudo longitudinal– o Estudo Pró-Saúde, cujo principal objetivo é estudar a associação entre determinantes sociais e diversos desfechos de saúde (ANDRADE, 2001). O questionário é composto por 19 itens, abrangendo cinco dimensões funcionais de apoio social: material (4 perguntas - provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (3 perguntas - demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (4 perguntas - expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (4 perguntas - disponibilidade de pessoas para divertir-se ou relaxar) e informação (4 perguntas - disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Para cada item, o sujeito deveria indicar com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre. É importante ressaltar que essa escala não leva em consideração características da rede social, ela mede somente as dimensões de apoio social.

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): instrumento desenvolvido por Folstein e colaboradores em 1975. É a escala mais utilizada para rastreamento do comprometimento cognitivo. Clinicamente, tem sido usado para detecção e acompanhamento da evolução de alterações cognitivas, bem como para o monitoramento da eficácia e efetividade de tratamentos para as mesmas. Como instrumento de pesquisa, tem sido empregado em grandes estudos populacionais, ou acoplado a baterias de testes neuropsicológicos. No Brasil, o MEEM foi traduzido, adaptado e validado por Bertolucci et al. (1994). Envolve categorias de respostas verbais e não verbais, medindo os seguintes aspectos cognitivos: coordenação perceptivo-motora, linguagem, orientação espaço-temporal, memória imediata ou operacional, de evocação e de procedimento, e atenção. O teste é composto por 12 itens, com um escore máximo de 30 pontos. A pontuação que indica provável presença de alterações cognitivas varia de acordo com o nível de escolaridade dos indivíduos. Temos assim as seguintes notas de corte (NITRINI et al., 2005):

- Analfabetos (se sabe escrever o nome, mas não frequentou a escola) = 18 pontos;
- Alfabetização de adultos (1 a 3 anos de escolaridade) = 21 pontos ou mais;
- Ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos de escolaridade) = 24 pontos ou mais;
- Ensino fundamental completo, médio incompleto e médio completo (8 a 12 anos de escolaridade) = 26 pontos ou mais;
- Ensino superior incompleto ou completo (mais de 12 anos de escolaridade) = 26 pontos ou mais;

Índice de Katz para Atividades de Vida Diária: foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963 (KATZ et al., 1963). Ainda hoje é um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais. Sua função é avaliar o desempenho dos idosos nas atividades básicas de vida. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, onde cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência à três para dependência total. E no formato Guttman no escore dependente ou independente (LINO et al., 2008). Esta escala pode ser respondida pelo próprio idoso ou por seu cuidador (NITRINI et al., 2005).

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer: foi desenvolvido por Pfeffer e seus colaboradores em 1982. Avalia o desempenho dos idosos nas atividades instrumentais de vida diária, como controlar finanças pessoais, cozinhar, manusear seus próprios remédios, compreender o meio em que vive (comunidade, vizinhança), entre outros. Este instrumento possui dez questões, e em cada questão o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando o máximo de 30 pontos. Qualquer pontuação maior ou igual a cinco pontos, já caracteriza o idoso como dependente. As questões são respondidas preferencialmente pelo familiar. Na ausência do familiar, o idoso pode responder as questões, desde que não apresente alterações cognitivas (PFEFFER, et al., 1982).

Diagrama de Escolta: É o instrumento que representa graficamente o referencial teórico da Escolta de Apoio proposto por Antonucci; Akiyama (1987). Foi adaptado para população idosa por Paula-Couto et al., (2008). A forma de apresentação do diagrama é em três círculos concêntricos e hierárquicos, com o participante representado no meio, nos quais devem ser colocadas as pessoas que são próximas e importantes para ele. O diagrama foi apresentado em um quadro de feltro (100cm x 60cm) no qual ele é desenhado em uma cor que possibilite a sua boa visualização. Junto com o diagrama foram apresentados uma série de bonecos de diferentes tamanhos, formas e cores (azul para masculino e rosa para feminino). No verso dos bonecos foi colado um pedaço de velcro para que ele pudesse ser afixado no quadro de feltro. Julga-se que esta forma de apresentar o instrumento seja lúdica e interativa, aspectos que facilitam a sua aplicação. Solicitou-se então ao participante que ele pensasse nas pessoas que são importantes em sua vida naquele momento, mas com as quais ele mantém diferentes níveis de proximidade (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987; BRITO, 1999). Deve-se então pedir aos respondentes que pensem “naquelas pessoas de quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas”. Estas pessoas devem ser posicionadas no círculo mais interno do diagrama. O mesmo procedimento foi feito para o preenchimento do círculo intermediário, descrito como incluindo “aquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você”. Por fim, para o círculo externo, instruiu-se o participante que pensasse “naquelas pessoas que ainda não mencionou, mas das quais se sente próximo e que crê que são importantes o suficiente de modo que deveriam ser

colocadas na sua rede". Esta primeira etapa de aplicação do diagrama teve o objetivo de coletar informações relativas às características estruturais da rede de apoio social do respondente. A segunda etapa de aplicação do diagrama visou à obtenção dos aspectos estruturais bem como dos funcionais da rede de apoio. Esta etapa iniciou com uma série de questões ao participante sobre as pessoas listadas por ele em sua rede. As questões sobre a estrutura da rede incluem os seguintes pontos: nome das pessoas inseridas na rede, idade, sexo, círculo no qual a pessoa mencionada foi posicionada, tipo de relação com o participante (cônjuge, filho, neto, irmão, outros familiares, ou amigo), tempo decorrido desde que a relação teve início, frequência de contato, e distância entre as residências do respondente e da pessoa colocada em sua rede. A frequência de contato é avaliada de acordo com a seguinte escala: 1- irregularmente, 2- anualmente, 3-mensalmente, 4- semanalmente e 5- diariamente ou vivem juntos. Essa escala deve ser apresentada verbalmente ao participante e ele, então, indica qual a melhor opção. As características funcionais da rede de apoio são avaliadas a partir de seis tipos de relação de apoio providos e recebidos pela pessoa em foco, ou seja, o respondente. Essas relações são: (1) confidenciar coisas que são importantes; (2) ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; (3) ser respeitado; (4) ser cuidado em situação de doença; (5) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido; e (6) conversar sobre a própria saúde. Para estas questões funcionais, solicitou-se ao participante que olhasse para o seu diagrama e indicasse nele aquelas pessoas de quem ele recebe cada um dos tipos de apoio e para quem ele dá cada um deles (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

Coleta de dados

A coleta de dados foi precedida por treinamento da mestranda para aplicação dos instrumentos.

A primeira fase de coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e novembro de 2009. Foram realizadas visitas domiciliares previamente agendadas, nas residências de 101 idosos. Os dados foram coletados pela mestranda após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos e seus familiares responsáveis (APÊNDICE 3). Alguns instrumentos foram aplicados nos idosos separadamente do restante da família a fim de evitar possível influência

dos familiares nas respostas. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos, e as anotações foram realizadas concomitantemente as respostas dos sujeitos.

A segunda fase de coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2009 e janeiro de 2010. Foram realizadas visitas domiciliares previamente agendadas, nas residências de 38 idosos. Os dados foram coletados após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos e seus familiares responsáveis. A duração média das entrevistas foi de uma hora.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e correlacional. As variáveis faixa etária, sexo, raça, situação conjugal, escolaridade, número de pessoas residentes no domicílio, presença de crianças na casa, religião, renda do idoso, renda familiar, classificação econômica, índice de Katz e Pfeffer foram correlacionadas com cada dimensão de apoio social. Aplicou-se para tanto o teste de normalidade de Shapiro-Wilk e o coeficiente de Correlação de Spearman, pois, este é ideal para verificar correlação envolvendo variáveis não métricas, e também, quando nenhuma das variáveis em análise apresenta distribuição normal. Uma ANOVA de medidas repetidas foi conduzida para correlacionar os resultados do Índice de Pfeffer e as dimensões de apoio social, já o teste-t foi utilizado na correlação das dimensões de apoio social e as variáveis sexo e Índice de Katz. Adotou-se nível de significância de 5% ($p - \text{value} < 0,05$). Em caso de tendência correlacional na aplicação do Coeficiente de Spearman foi aplicado o Coeficiente de Pearson para confirmação.

Aspectos éticos e legais

Foram respeitadas as recomendações da Resolução 196/96 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2003).

Somente participaram dessa pesquisa os idosos e seus familiares responsáveis que concordaram com a sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A assinatura do termo por parte do

familiar responsável se deu em virtude dos idosos possuírem indicativos de alterações cognitivas.

Os idosos e familiares responsáveis foram informados claramente dos objetivos da pesquisa, além de serem esclarecidos a respeito da liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento (em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado), e da garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer 119/2009), e a coleta de dados autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas individuais e domiciliares com 85 idosos que apresentaram resultados no Mini Exame do Estado Mental abaixo da nota de corte, e que residiam em regiões com diferentes classificações no IPVS.

Destes idosos, 75,3% eram do sexo feminino e 24,7% do sexo masculino. Em relação à classificação do IPVS, 45,9% residiam em áreas de alta e muito alta vulnerabilidade social, enquanto que 54,1% residiam em áreas de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social (GRÁFICO 1).

O gráfico 1 apresenta o número de idosos de acordo com a classificação de sua região de moradia no IPVS.

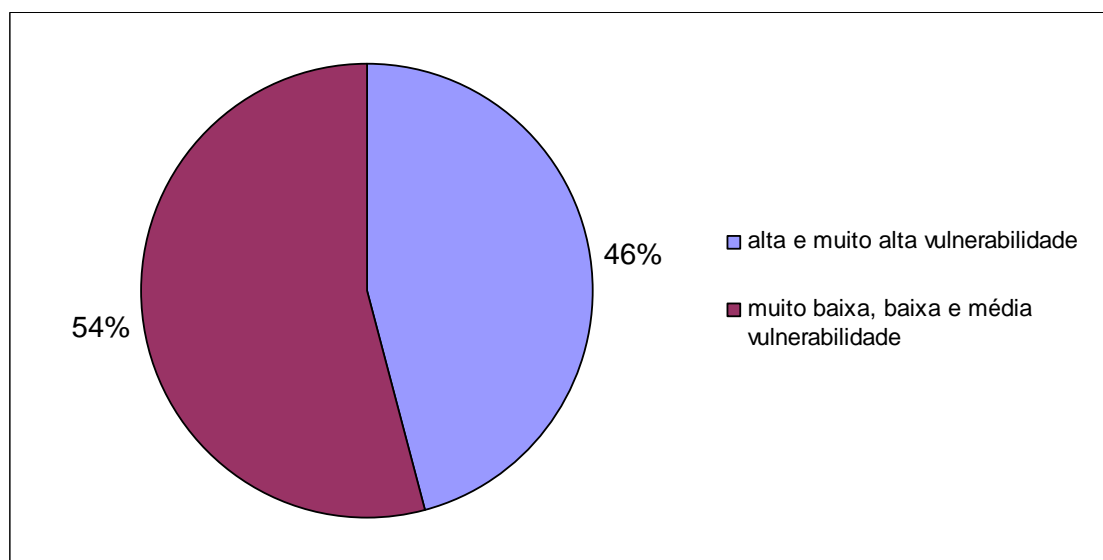


Gráfico 1 – Distribuição de idosos de acordo com as diferentes regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.

A maioria dos idosos referiu ser da raça branca (69,4%), e que professam a religião católica (67,1%). Houve predomínio da faixa etária de 70 a 79 anos e de analfabetismo como nível de escolaridade (38,1%).

Sendo a maioria (75,3%) do sexo feminino, em relação à situação conjugal, 51,8% dos idosos são viúvos, seguidos dos casados ou amasiados (35,3%). Apenas 7,1% são solteiros e 5,9% separados ou divorciados.

A renda mensal do idoso e a renda mensal da família como um todo, foram calculadas a partir do salário mínimo vigente durante a coleta de dados (R\$ 465,00). Assim, a maioria dos idosos possui renda mensal de até um salário mínimo

(65,9%), e renda familiar total, incluindo a renda dos idosos, de um a dois salários mínimos (29,4%).

Já em relação à classificação econômica relacionada ao poder de compra das famílias, 45,9% dos idosos pertence à classe D, 38,8% à classe E, e o restante (15,3%), pertence às classes C₁ e C₂.

Além do idoso, a maioria dos domicílios é ocupada apenas por mais uma pessoa (35,3%). Em seguida aparecem os idosos que moram com mais duas ou três pessoas (21,2% e 10,6% respectivamente) e 10,6% dos idosos residem sozinhos. A presença de crianças na faixa etária de 0 a 14 anos é observada em 21,2% dos domicílios dos idosos.

Características socioeconômicas de idosos com alterações cognitivas residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social

Assim como mencionado anteriormente, 45,9% dos idosos residiam em áreas de alta e muito alta vulnerabilidade social, enquanto que 54,1% residiam em áreas de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social (GRÁFICO 1). Considerando esses dois grupos de vulnerabilidade foi possível observar o predomínio de idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos em ambos os grupos (25,9% e 17,6% respectivamente). Nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade, a faixa etária entre 60 e 69 anos (12,9%) aparece logo em seguida, enquanto que nas regiões com baixa vulnerabilidade a segunda faixa etária que mais aparece é a de 80 e 89 anos (16,5%). Logo, pode-se observar predomínio de idosos mais jovens nas regiões de alta vulnerabilidade social (GRÁFICO 2).

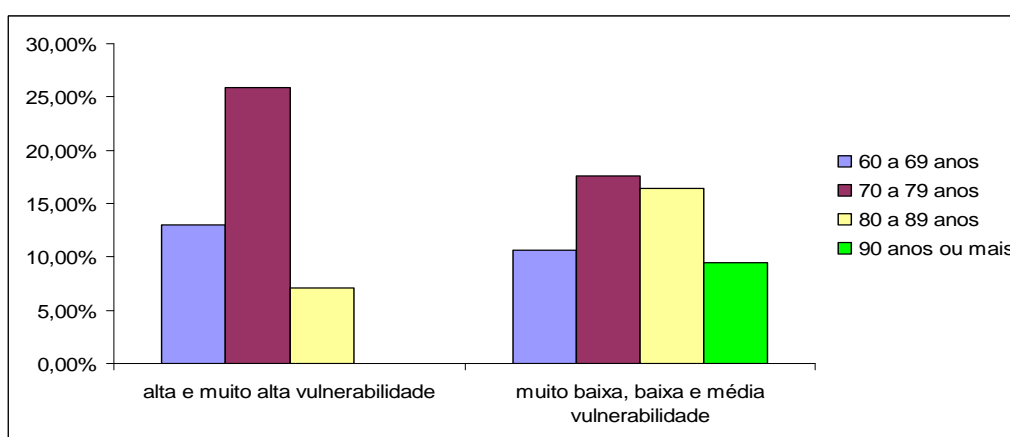


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos de acordo com a faixa etária, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Dado que na população estudada houve predomínio de idosos do sexo feminino (75,4%), observou-se que entre as mulheres, 44,7% residiam em regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade, e já entre os homens, a maior parte, 15,3%, residiam em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade (GRÁFICO 3). Esse achado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres vivem mais que os homens, e que nas regiões de baixa vulnerabilidade há predomínio de idosos “mais” idosos. Outra característica que também pode estar relacionada a este fato é a situação conjugal (TABELA 1). Para as idosas do sexo feminino, em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social o número de casadas/amasiadas e viúvas foi o mesmo (14,1%). Já em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade o percentual de viúvas foi maior (30,6%). Entre os homens, em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social houve predomínio de idosos casados (9,4%), e em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade houve predomínio de idosos separados/divorciados (3,52%).

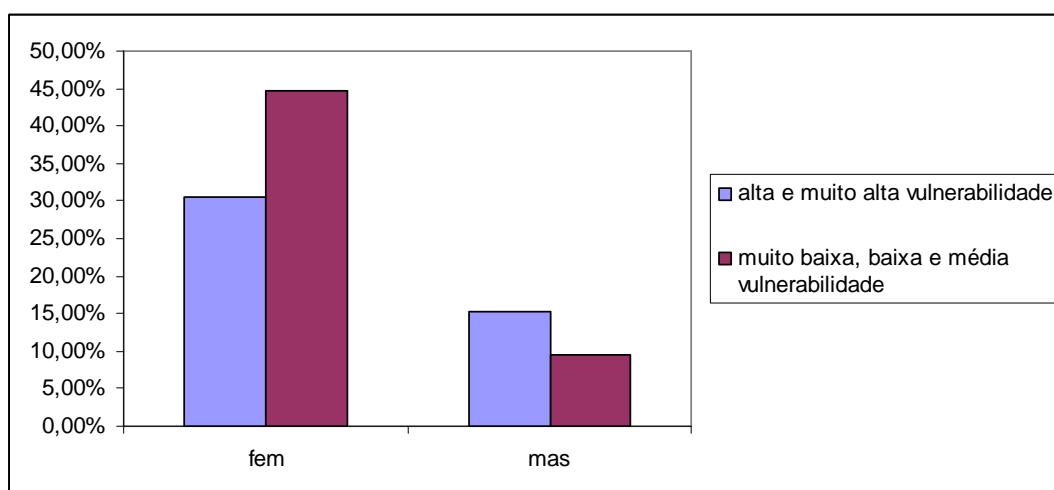


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos de acordo com sexo, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos de acordo com sexo e situação conjugal, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

	Feminino		Masculino		TOTAL
	Alta e muito alta vulnerabilidade	Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	Alta e muito alta vulnerabilidade	Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	
casado/amasiado	14,12%	10,59%	9,41%	1,18%	35,30%
Solteiro	0,00%	3,53%	1,18%	2,35%	7,06%
Viúvo	14,12%	30,59%	4,71%	2,35%	51,77%
Separado/divorciado	2,35%	0,00%	0,00%	3,52%	5,87%
TOTAL	30,59%	44,71%	15,30%	9,40%	100,00%

Pesquisa realizada em Campinas a partir de dados do Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros – Rede FIBRA observou-se uma amostra com predominância de mulheres, assim como tem sido observado pela maioria dos estudos em Gerontologia (BURGOS, 2010; LEBRÃO; DUARTE, 2003; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008). Segundo dados do IBGE (2008), a razão de sexo é de 69 homens para cada 100 mulheres nesta condição, sendo que na Região Sudeste a razão de sexo é de 69 homens para cada 100 mulheres nos grupos acima de 70 anos de idade.

O aspecto central da feminização da velhice é a vulnerabilidade das mulheres em comparação com os homens. Refletindo o fato de a vulnerabilidade social ser um fenômeno multifacetado, o maior envolvimento das mulheres no apoio às gerações mais jovens e sua maior disposição para envolvimento social e para manter relações de intimidade funcionam como fatores protetores contra o abandono, os maus tratos e a institucionalização (NERI, 2007).

Em relação à raça, 24,7% dos idosos referiu ser da raça branca nas regiões de alta vulnerabilidade. Nas regiões de baixa vulnerabilidade também houve predomínio de idosos que referiram ser da raça branca, porém o número que referiu ser da raça negra e parda foi menor (GRÁFICO 4).

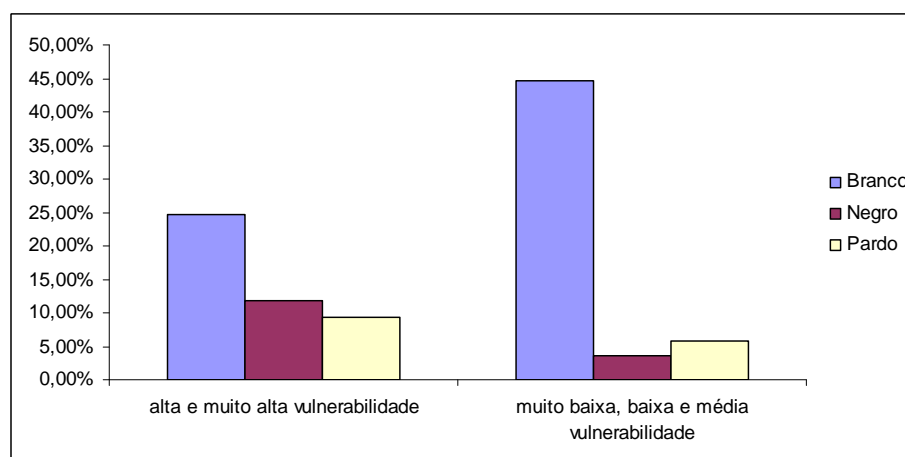


Gráfico 4 – Distribuição dos idosos de acordo com a raça, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Quanto à escolaridade, nas regiões de alta vulnerabilidade há predomínio de idosos analfabetos (24,7%). Logo após aparecem os idosos que frequentaram a escola por um período de 4 a 7 anos (11,8%), e os que frequentaram por 1 a 3 anos (7,1%). Já nas regiões de baixa vulnerabilidade, o analfabetismo só aparece em terceiro lugar, com 14,1% dos idosos. Nessas regiões há predomínio de

idosos com 1 a 3 anos de escolaridade (21,2%), seguidos de idosos que estudaram de 4 a 7 anos (GRÁFICO 5).

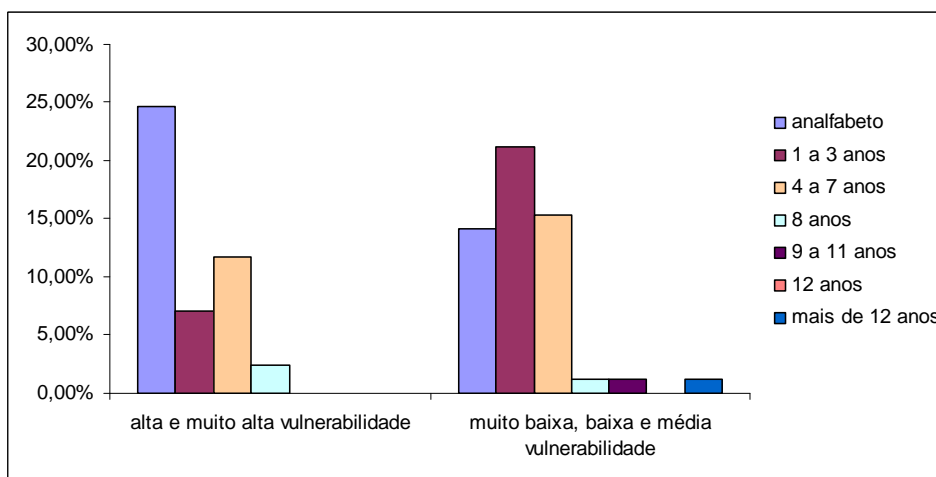


Gráfico 5 – Distribuição dos idosos de acordo com a escolaridade, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Os resultados relativos ao nível de escolaridade refletem um dos aspectos de desigualdade social no país. Nesse estudo, idosos que vivem em contextos de pobreza são na maioria analfabetos ou com poucos anos de escolaridade. Achados semelhantes também foram encontrados em outras pesquisas (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

Considerando o número de pessoas que moram no domicílio pode-se observar um perfil semelhante nas diferentes regiões de vulnerabilidade (GRÁFICO 6). Em ambas as regiões houve predomínio de residências ocupadas por apenas duas pessoas, contando com o idoso (15,3% nas regiões de alta vulnerabilidade e 20,0% nas regiões de baixa vulnerabilidade).

Além dos idosos, essas residências são ocupadas em sua maioria (66,7%), pelos maridos ou esposas. Também aparecem como companheiros dos idosos suas mães (3,3%), filhos (13,3%), irmãos (6,7%), netos (6,7%), e cuidador (3,3%).

A presença de domicílios multigeracionais foi verificada por meio da identificação de idosos que dividem seu domicílio com crianças de 0 a 14 anos (GRÁFICO 7). Nas diferentes regiões de vulnerabilidade houve predomínio de residências que não apresentaram crianças como moradoras, no entanto, o número de idosos que compartilham suas casas com crianças é maior nas regiões de alta

vulnerabilidade (12,9%), quando comparado com as regiões de baixa vulnerabilidade (8,2%).

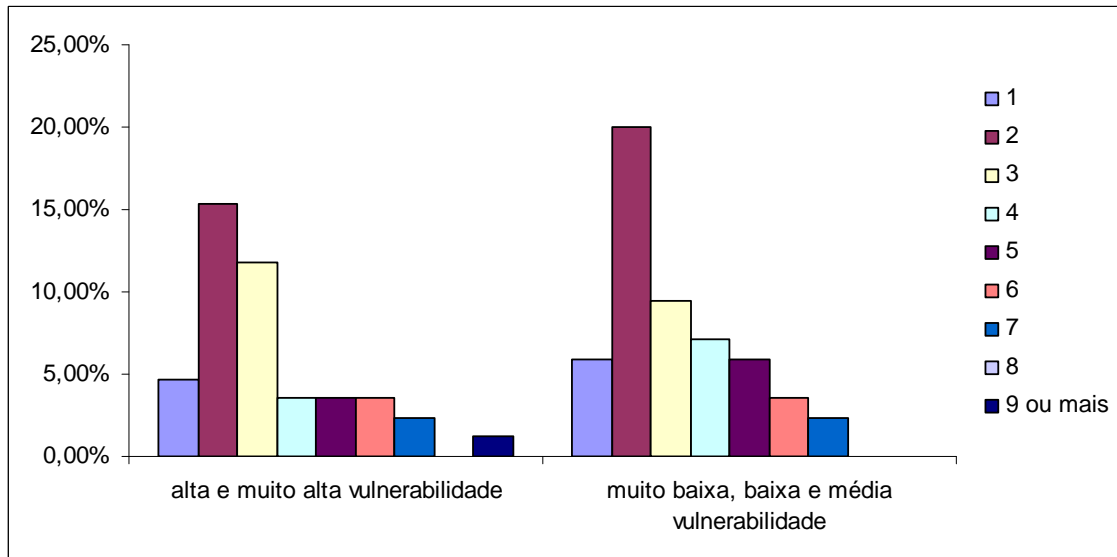


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos de acordo com o número de pessoas residentes no domicílio, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

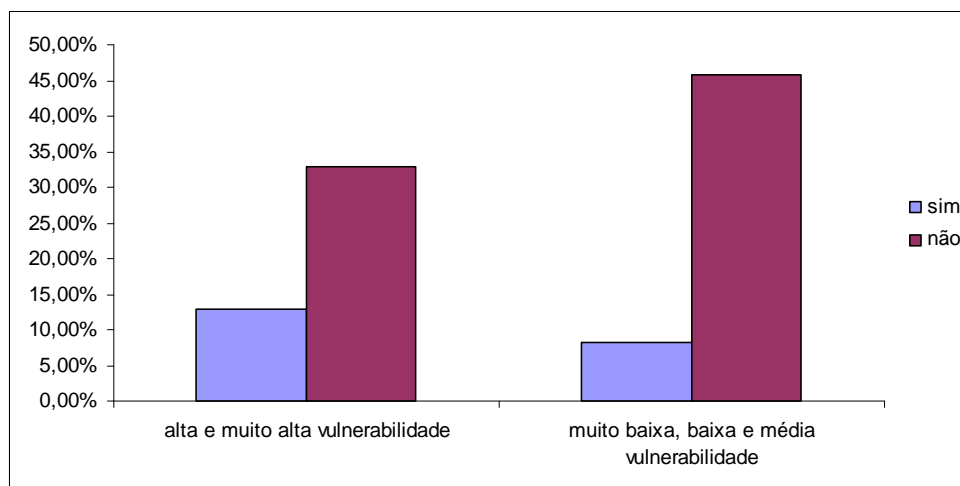


Gráfico 7 – Distribuição dos idosos de acordo com a presença de crianças no domicílio, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

No presente estudo a família dos idosos não se caracterizou como extensa, já que a maioria deles morava com somente mais uma pessoa na casa. Pouco mais de 10% dos idosos vive sozinho, o que mostra que os idosos normalmente têm um ou mais companheiros(as). A porcentagem de crianças na casa dos idosos foi 21,2%, sendo maior nas casas localizadas em área de alta e muito alta vulnerabilidade social, podendo este agrupamento de gerações estar

relacionado às necessidades tanto dos idosos como das crianças, fato já relatado em estudos anteriores (RAMOS, 2003; CAMARANO, 2004).

Outra investigação que confirma este dado foi realizada com 49 octogenários com alterações cognitivas que viviam em diferentes áreas de vulnerabilidade social de um município paulista. Foi encontrado que em média o idoso vive com mais 1,9 pessoas na casa, totalizando, com ele 2,9 pessoas. Observou-se que conforme aumenta a vulnerabilidade social, aumenta a multigeracionalidade familiar, com em média uma pessoa a mais por domicílio, o que pode significar mais auxílio ao idoso, mas não necessariamente um cuidado adequado (PAVARINI et al., 2009).

No Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado em São Paulo, 26% dos idosos residiam com os cônjuges, 41% com filhos não-casados, 11% com filhos casados, 13% sozinhos, e 9% com outros (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

A respeito dos tipos de arranjos de moradia que mais oferecem apoio aos idosos com limitações funcionais, os homens são mais beneficiados pelos arranjos para receber ajuda, pois vivem mais com cônjuge e/ou filhos, em comparação com as mulheres que vivem mais sozinhas. Além disso, os arranjos de moradia que contavam com a presença de não-familiares (provavelmente tratando-se de cuidadores contratados), apresentou formas mais expressivas de ajuda aos idosos (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Ainda com relação aos tipos de arranjos familiares, existem dois tipos de famílias que possuem idosos na sua configuração. O primeiro tipo são as famílias *de* idosos, em que o idoso aparece como chefe ou cônjuge, e as famílias *com* idosos, em que o idoso é parente do chefe. O que definirá esta configuração depende da necessidade dos membros da família, do número de filhos do idoso, sexo, idade, grau de dependência, estado conjugal e até viabilidade física, financeira e condições de saúde (CAMARANO, 2004; SAAD, 2003).

No Brasil, além de muitos idosos residindo com os filhos, há um aumento na proporção de domicílios com três gerações (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003).

Dados mostram que em 1991, 2,5 milhões de netos e bisnetos moravam com seus avós e bisavós e em 2000 este número aumentou para 4,2 milhões (IBGE, 2000). Composto as famílias *de* idosos, havia 14% dos membros

como netos do idoso e nas famílias *com* idosos os netos foram representados por 2,2%. Em média 12% das famílias que contém idosos em sua configuração possuem netos, e a maioria deles têm entre 0 e 14 anos (CAMARANO, 2004).

O estudo SABE, realizado na cidade de São Paulo no ano 2000, mostrou que dos idosos sem alterações cognitivas, 32,7% vivem em arranjos bigeracionais e 18,6% em arranjos trigeracionais. Há ainda um destaque para os 4,6% que vivem com os netos, mas sem a presença dos filhos, ou seja, são cuidadores destes. Já nos idosos com declínio cognitivo, houve 28,4% em arranjos trigeracionais, 26,1% em bigeracionais e 2,4% morando somente com os netos (OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2007). Isso revela que em uma amostra representativa da população idosa da maior cidade do país, o número de idosos que mora com pessoas de outras gerações é grande, e que há a presença de crianças neste contexto, inclusive vivendo com idosos com alterações cognitivas.

Os dados do Estudo SABE também demonstraram que quando o idoso que possui alterações cognitivas vive em arranjos trigeracionais, as dificuldades que apresenta na execução de atividades de vida diária são mais atendidas do que nos idosos em arranjos bigeracionais. O neto, portanto, pode funcionar como uma pessoa que auxilia na ajuda oferecida ao idoso, mesmo que como coadjuvante (OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2007).

Com relação à religião, dentre os idosos que referiram ser da religião católica, 41,2% residia em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social, enquanto que 25,9% eram residentes em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Já dos que referiram ser evangélicos, 18,8% residiam em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, e 10,6%, em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade. (GRÁFICO 8). Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre a variável religião e as dimensões de apoio social. No entanto, um estudo que objetivou avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural, como rede social de apoio e religião, saúde mental e qualidade de vida (QV) em 82 idosos de um Programa de Saúde da Família mostrou que os evangélicos, em relação aos católicos, têm quase oito vezes mais risco de associação com menor QV no domínio ambiental e seis vezes mais risco de associação com menor QV no domínio social. Em relação ao domínio ambiental, os evangélicos comparados com os católicos relatam condições menos seguras, moram em ambientes físicos menos saudáveis, têm menos dinheiro, menos

informação e menos oportunidade de lazer. Possivelmente por isso, eles estão menos satisfeitos com as condições do local onde moram, com o acesso aos serviços de saúde e com os meios de transporte. Além disso, verificou-se que, em relação ao domínio social, os evangélicos comparados com os católicos estão menos satisfeitos com suas relações pessoais, menos satisfeitos com a sua vida sexual e menos satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

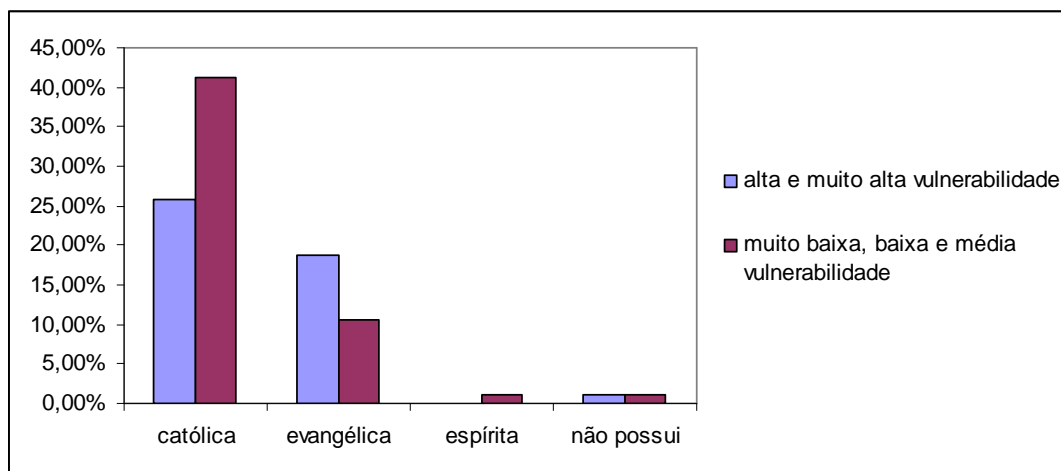


Gráfico 8 – Distribuição dos idosos de acordo com a religião, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Com relação à renda do idoso, houve predomínio de renda mensal de até um salário mínimo (considerando o salário mínimo vigente no período de coleta de dados, R\$465,00) nas diferentes regiões de vulnerabilidade social (GRÁFICO 9). Pode-se destacar o fato de que nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade os idosos que não possuem renda (5,9%) aparecem logo após os idosos que tem renda mensal de até um salário mínimo (32,9%). Já nas regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade os idosos que possuem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (12,9%), são os que aparecem em segundo lugar, enquanto que nas regiões de baixa vulnerabilidade aparecem em segundo lugar os idosos que possuem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (12,9%). Além disso, nas regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade o número de idosos com renda de 2 a 3, e 3 a 4 salários mínimos é maior que o número de idosos com essa renda nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade.

Já em relação à renda familiar total (contando a renda do idosos), nas regiões de alta vulnerabilidade houve predomínio de renda mensal de 1 a 2 salários

mínimos (15,3%), enquanto que nas regiões de baixa vulnerabilidade as rendas de 1 a 2 e 2 a 3 salários mínimos foram relatadas por 14,1% dos idosos cada (GRÁFICO 10).

Ao se tratar do padrão de classificação econômica da população estudada, nas regiões de alta vulnerabilidade há predomínio da classe E (24,7%), enquanto que nas regiões de baixa vulnerabilidade há predomínio da classe D (29,4%). Pode-se observar um número maior de idosos pertencentes à classe C1 nas regiões de baixa vulnerabilidade (2,3%), quando comparado aos idosos pertencentes à classe C1 nas regiões de alta vulnerabilidade (GRÁFICO 11).

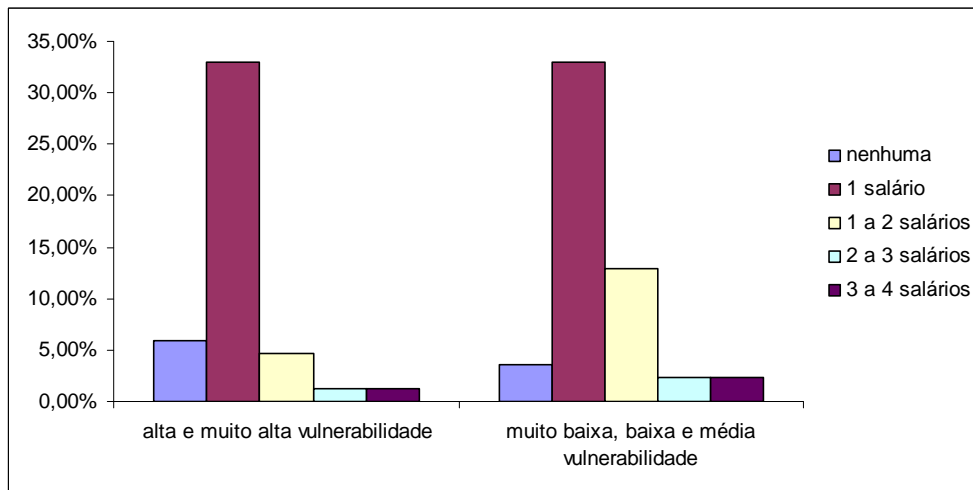


Gráfico 9 – Distribuição dos idosos de acordo com sua renda mensal, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

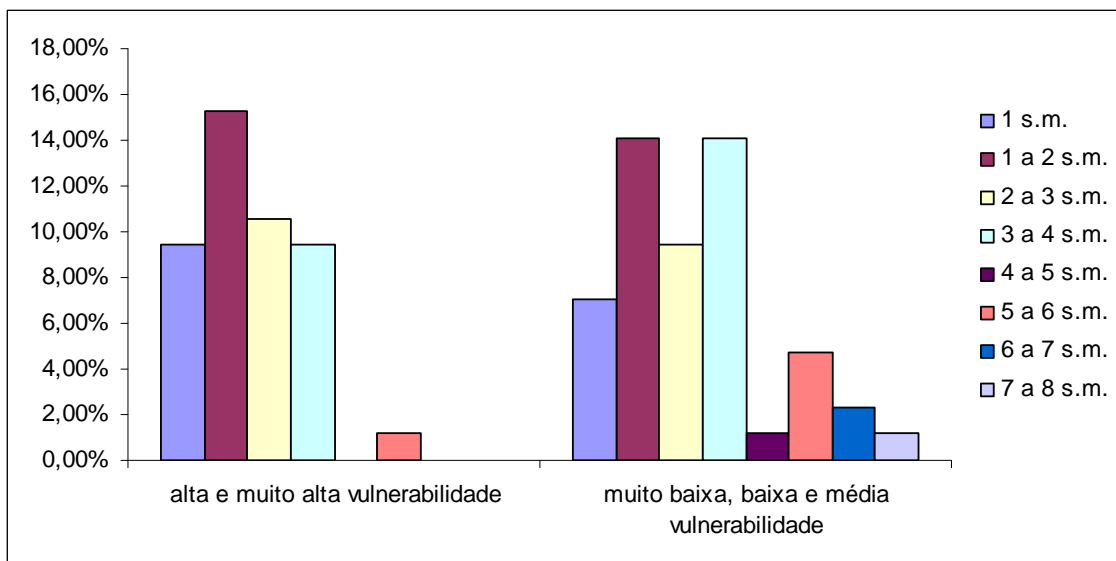


Gráfico 10 – Distribuição dos idosos de acordo com a renda mensal familiar, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

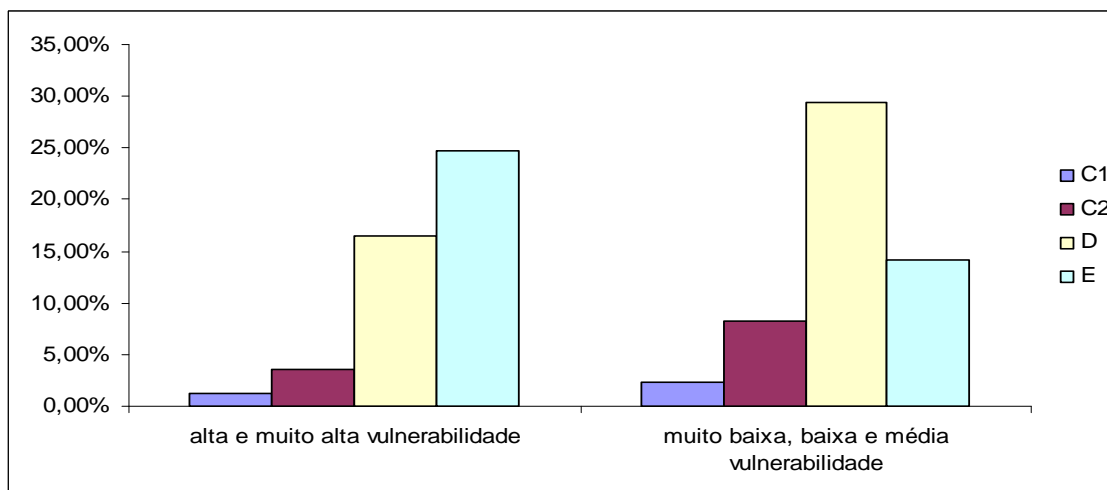


Gráfico 11 – Distribuição dos idosos de acordo com a classificação econômica, por diferentes regiões de vulnerabilidade. São Carlos, 2010.

Nos últimos anos houve um crescimento expressivo do número de idosos brasileiros que são provedores da família colocando em pauta a crescente dependência dos membros não-idosos em relação à renda auferida pelos idosos (CAMARANO 2005). Vários fatores podem contribuir para o aumento da responsabilidade dos idosos pela descendência, como a instabilidade dos seus filhos ao lar de origem, muitas vezes acompanhados de crianças. Este quadro pode contribuir para a percepção de estresse entre idosos seja igual ou maior do que entre os adultos jovens (CHIRIBOGA, 1997; MILKIE; BIEMAM; SCHIEMAM, 2008). Uma limitação desse estudo foi não ter considerado se o idoso era ou não provedor de sua família.

Com relação à renda mensal dos idosos, mesmo convivendo com situações que desafiam a manutenção da integridade física e emocional, os idosos podem contar com outros recursos sociais provenientes dos seus relacionamentos. Os relacionamentos mais próximos, com familiares e vizinhos, auxiliam no enfrentamento das dificuldades cotidianas. A qualidade das relações sociais que o indivíduo mantém ao longo da vida, e particularmente, na velhice, é fator fundamental para determinação de seu envolvimento em atividades realizadas fora do ambiente doméstico, e para a manutenção da capacidade funcional, no sentido mais amplo (LEMOS; MEDEIROS, 2002).

Condições cognitivas dos idosos segundo desempenho no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Todos os 85 idosos que fizeram parte deste estudo apresentaram resultado abaixo da nota de corte, de acordo com os níveis de escolaridade no MEEM (NITRINI et al., 2005). Destes, 35,3% apresentaram resultado de 4 a 6 pontos abaixo da nota de corte. Logo em seguida apareceram os idosos com resultado de 1 a 3 pontos abaixo da nota de corte no MEEM (25,9%) (GRÁFICO 12).

Dentro do contexto do objetivo desta pesquisa é importante ressaltar que a percepção de suporte social tem sido associada ao melhor funcionamento cognitivo em diversos estudos (COHEN, 2004; FICKER, et al., 2002; FRATIGLIONI et al., 2000). Além dessa associação, um estudo realizado no Canadá com 2468 idosos de 70 anos ou mais da comunidade investigou possível associação entre vulnerabilidade social e declínio cognitivo. As conclusões foram de que o aumento da vulnerabilidade social foi associado ao risco de declínio cognitivo durante um período de cinco anos (ANDREW; ROCKWOOD, 2010).

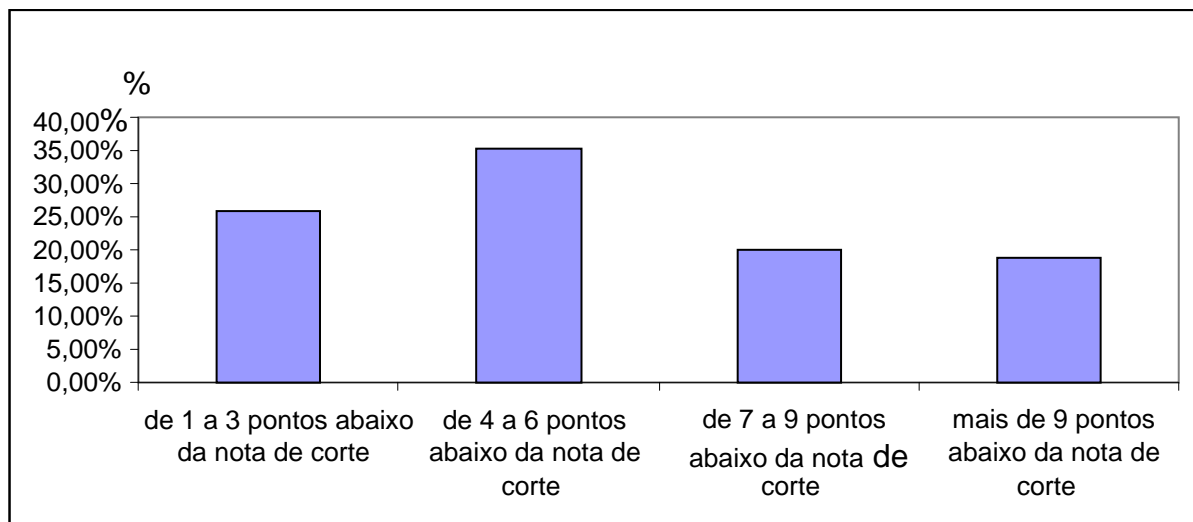


Gráfico 12 – Distribuição dos idosos de acordo com o desempenho no MEEM. São Carlos, 2010.

A Tabela 2 apresenta a distribuição por intervalos de classe do desempenho dos idosos no MEEM segundo IPVS, sexo e faixa etária. O intervalo 1 (I_1) abarca idosos que apresentaram de 1 a 3 pontos abaixo da nota de corte no MEEM. O intervalo 2 (I_2), representa os idosos que obtiveram resultado de 4 a 6

pontos abaixo da nota de corte no MEEM. O intervalo 3 (I_3), representa os idosos que obtiveram resultado de 7 a 9 pontos abaixo da nota de corte no MEEM, e finalmente o intervalo 4 (I_4), os idosos que apresentaram mais de 9 pontos abaixo da nota de corte.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos de acordo com o desempenho no MEEM segundo IPVS, sexo e faixa etária. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Declínio cognitivo									
	I_1		I_2		I_3		I_4		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	12	14,12%	14	16,47%	8	9,41%	5	5,88%	39	45,88%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	10	11,76%	16	18,83%	9	10,59%	11	12,94%	46	54,12%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	17	5,88%	22	25,88%	14	16,48%	11	12,94%	64	61,18%
Masculino	5	20,00%	8	9,41%	3	3,53%	5	5,88%	21	38,82%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	9	10,59%	6	7,06%	2	2,35%	3	3,53%	20	23,53%
70 a 79 anos	8	9,41%	19	22,35%	6	7,06%	4	4,71%	37	43,53%
80 a 89 anos	4	4,71%	3	3,53%	8	9,41%	5	5,88%	20	23,53%
90 anos ou mais	1	1,18%	2	2,35%	1	1,17%	4	4,71%	8	9,41%
Total									85	100,00%

Observa-se na Tabela 2 que tanto em alta e muito alta vulnerabilidade social, quanto em muito baixa, baixa e média vulnerabilidade há predomínio de idosos no segundo intervalo de classe, ou seja, predomínio de idosos com resultado de 4 a 6 pontos abaixo da nota de corte no MEEM (16,5% e 18,8% respectivamente).

Com relação ao sexo observa-se que no primeiro intervalo há maior número de homens (20,0%) do que de mulheres (5,88%). Já nos outros intervalos, o número de mulheres foi sempre maior que o de homens.

A respeito da faixa etária, observa-se que com o avanço da idade a perda cognitiva é agravada, fato este já bastante discutido na literatura (CHARCAT-FICHIMAN et al., 2005; ARGIMON; STEIN, 2005; GUERREIRO, 2006). Observou-se que na faixa de 60 a 69 anos houve predomínio de idosos no primeiro intervalo (10,6%). Entre 70 e 79 anos no segundo intervalo (22,3%). Na faixa de 80 a 89 anos

houve maior número de idosos no terceiro intervalo (9,41%), e entre os idosos com 90 anos ou mais o predomínio ficou no quarto intervalo (4,7%).

O número de idosos que apresentam alterações cognitivas está se tornando cada vez mais expressivo na população brasileira. Vários estudos realizados no Brasil estimaram a prevalência de déficit cognitivo através do uso do MEEM. Esta pode variar de 6,9% nos idosos da cidade de São Paulo-SP até 34,3% em Catanduva-SP (HERRERA et al., 2002; LAKS et al., 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Outro estudo feito em Ribeirão Preto-SP fez um rastreamento de idosos da comunidade, encontrando prevalência de 18,9% de alterações cognitivas. Estes idosos foram avaliados e 6% deles foram diagnosticados como portadores da síndrome demencial (LOPES, 2006). O fato de um idoso possuir alterações cognitivas pode ser um sinal para a demência, o que precisa ser bem avaliado.

Um estudo realizado na cidade de São Luis (MA) teve como objetivo estudar o nível de cognição pelo MEEM e variáveis sociodemográficas associadas em mulheres de 70 a 90 anos. De 80 pacientes que foram avaliadas, 31,2% foram classificadas com transtorno cognitivo; 71,4% destas tinham entre 81 e 85 anos. A indicação de transtorno cognitivo estava presente em 65% das pacientes com nível educacional inferior a sete anos. Em relação ao nível de renda e cognição, foi observado que 30,4% das pacientes que apresentavam nível de renda menor que um a dois salários mínimos eram classificadas com transtorno cognitivo. Das 33 voluntárias que tinham cuidador direto, 57,6% apresentavam transtorno cognitivo (CORREIA et al., 2008).

Um estudo, já citado anteriormente, que objetivou avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural, como rede social de apoio e religião, saúde mental e qualidade de vida (QV) em 82 idosos de um Programa de Saúde da Família mostrou que os idosos que moram sozinhos, ou com uma outra pessoa apenas, apresentaram mais transtornos mentais quando comparados com os que moram com mais de uma pessoa. A presença de familiares na condição de parceiros sociais significativos, emocionalmente ligados, parece ser importante fator na manutenção da saúde mental (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

Em relação à funcionalidade, o desempenho no Questionário Pfeffer mostra que o número de idosos dependentes é maior que de independentes entre os intervalos 3 e 4, ou seja, entre os idosos que apresentaram resultado de 7 ou mais pontos abaixo da nota de corte no MEEM (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos de acordo com os resultados do MEEM, segundo desempenho no questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.

Desempenho no Pfeffer	Declínio cognitivo									
	Q ₁		Q ₂		Q ₃		Q ₄		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Independência	14	16,47%	18	21,18%	6	7,06%	3	3,53%	41	48,24%
Dependência	8	9,41%	12	14,12%	11	12,94%	13	15,29%	44	51,76%
Total									85	100,00%

O desempenho no Índice de Katz demonstrou que há maior número de idosos independentes em todos os intervalos, no entanto, o número de idosos com dependência total aumenta do primeiro para o segundo intervalo, e do segundo para o terceiro e quarto intervalos, exemplificando a relação entre envelhecimento e declínio cognitivo citada anteriormente.

A tabela 4 apresenta a distribuição de idosos de acordo com os resultados apresentados no MEEM, segundo o desempenho no Índice de Katz.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos de acordo com os resultados do MEEM, segundo desempenho no questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.

Desempenho no Katz	Declínio cognitivo									
	Q ₁		Q ₂		Q ₃		Q ₄		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Independência	20	23,53%	26	30,59%	12	14,12%	11	12,94%	69	81,18%
Dependência parcial	1	1,18%	2	2,35%	2	2,35%	2	2,35%	7	8,23%
Dependência total	1	1,18%	2	2,35%	3	3,53%	3	3,53%	9	10,59%
Total									85	100,00%

Condições funcionais dos idosos segundo desempenho no índice de katz

Dos 85 idosos que fizeram parte do estudo, 81,2% foram classificados como independentes no desempenho das atividades básicas de vida diária medidas por meio do Índice de Katz (GRÁFICO 13). Quando comparamos as diferentes regiões de vulnerabilidade social observamos que dentre os idosos independentes, 41,2% residem em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, e dentre os idosos com dependência parcial e dependência importante, a maioria, 7,1%, residem em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social (GRÁFICO 19). Este fato pode estar relacionado a presença de idosos com idade mais avançada nos contextos de baixa vulnerabilidade, uma vez que há associação entre perda da capacidade funcional e o aumento da idade.

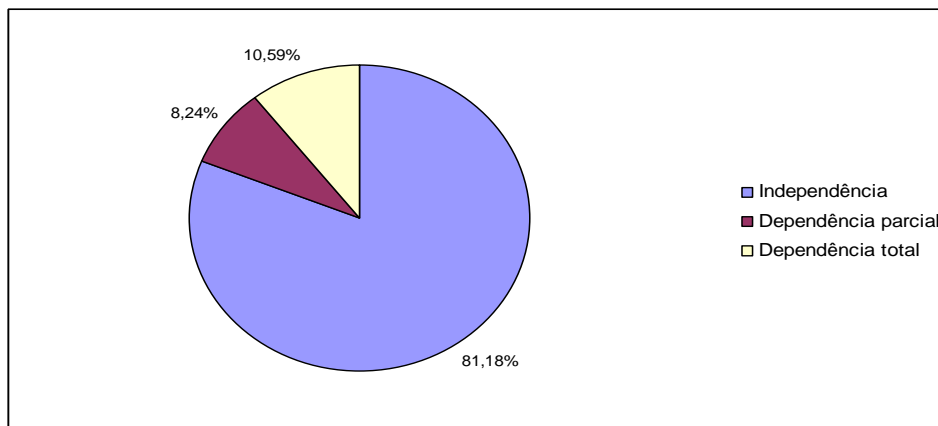


Gráfico 13 – Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.

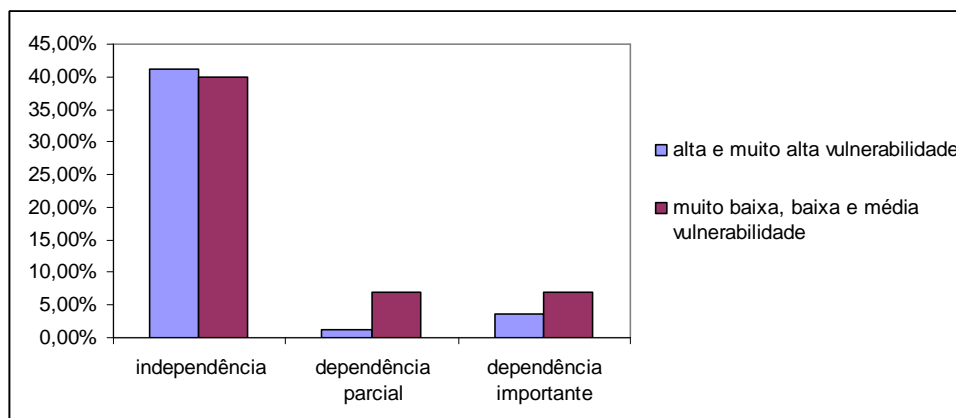


Gráfico 14 – Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz), por diferentes contextos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.

Análises longitudinais mostram que a incapacidade em ABVDs é o segundo preditor mais importante de mortalidade, sendo o primeiro a idade. A razão de mortalidade aumenta de 15,2% entre idosos com comprometimentos apenas em AIVDs, para 20,7% entre os que têm incapacidade em uma ou duas ABVDs, para 24% entre os que têm três ou quatro, e para 37,2% para os que apresentam cinco ou seis (GURALNIK et al, 1994; GURALNIK et al, 2000).

Observando o gráfico 15 percebemos tanto entre o sexo masculino, quanto entre o feminino, houve predomínio de idosos independentes (21,2% e 60,0% respectivamente). Logo em seguida apareceram os idosos com dependência importante e os idosos com dependência parcial em ambos os sexos.

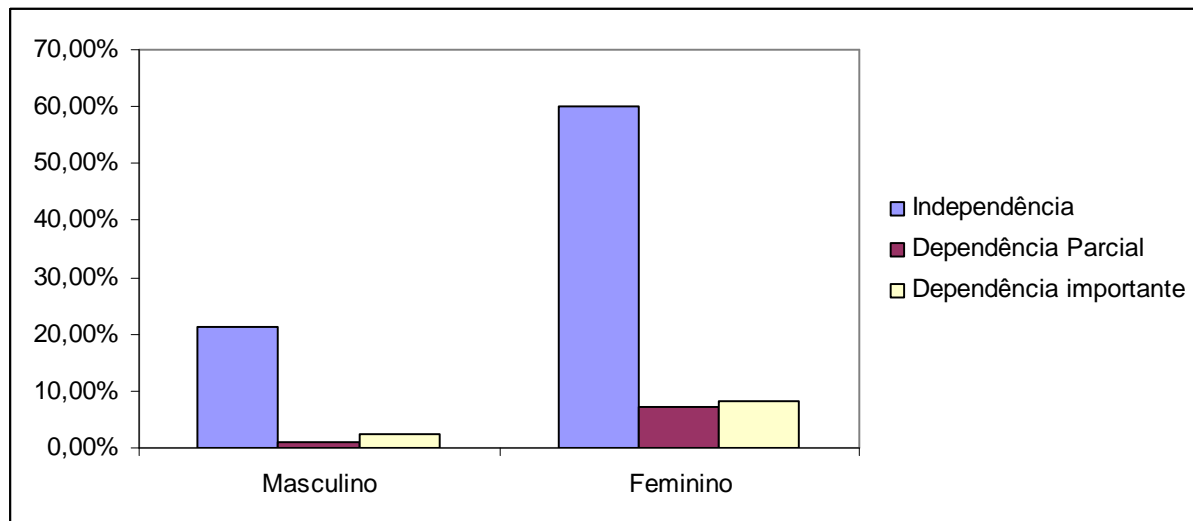


Gráfico 15 – Distribuição dos idosos por sexo, segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.

Em relação à faixa etária, temos que o número de idosos independentes é maior em todas as faixas etárias. Na faixa de 60 a 69 anos não se encontram idosos com dependência importante, porém entre 70 a 79 anos aparecem 2,3% dos idosos, e de 80 a 89 anos 4,7% dos idosos apresentam dependência importante (GRÁFICO 16).

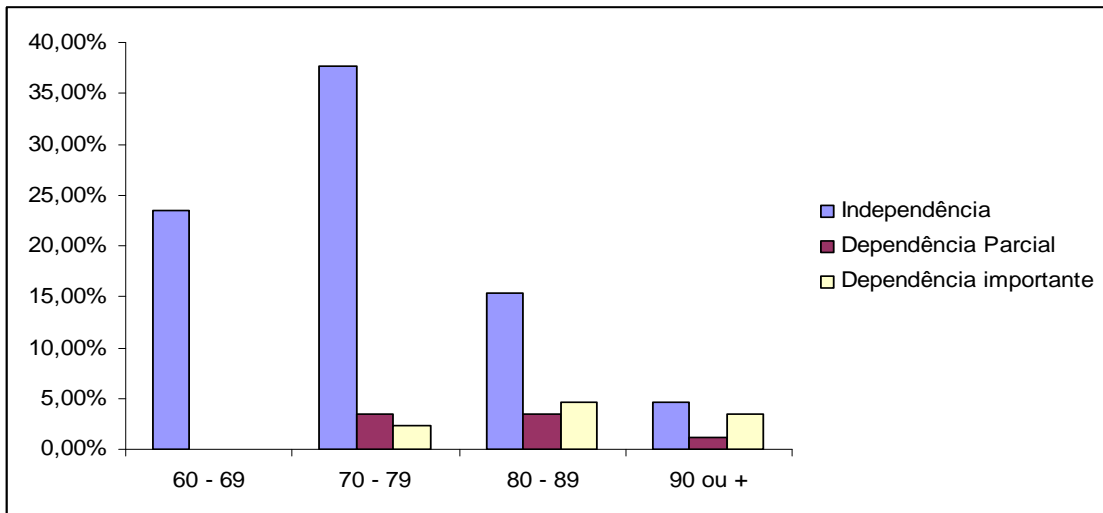


Gráfico 16 – Distribuição dos idosos por faixa etária, segundo desempenho nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz). São Carlos, 2010.

Todas as atividades básicas de vida diária tiveram maior percentual de realização de forma independente por parte do idoso. As atividades de banho (21,2%) e vestir-se (20,0%) foram as atividades citadas pelos idosos que mais precisam de ajuda para serem realizadas (GRÁFICO 17).

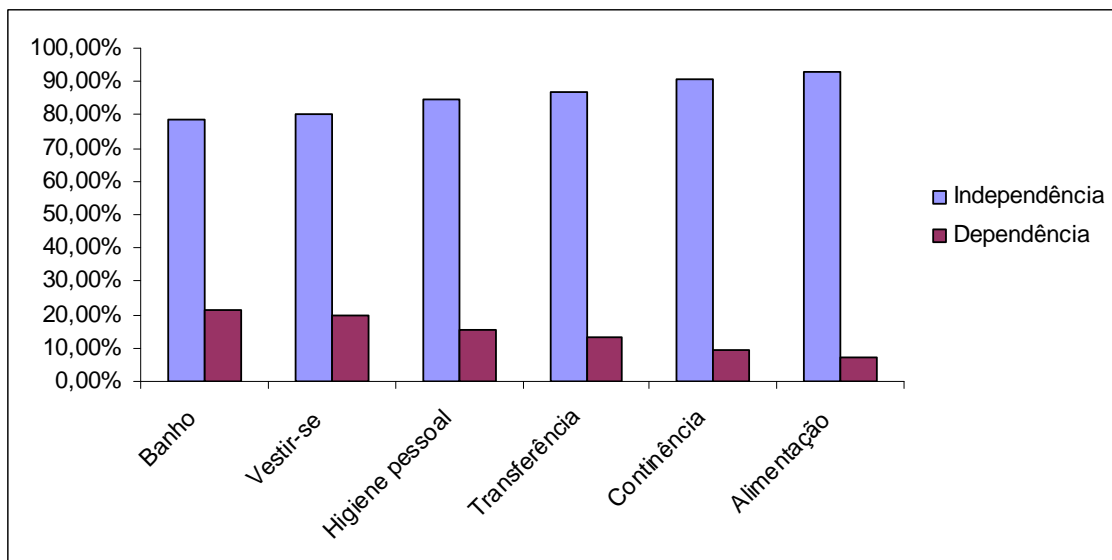


Gráfico 17 – Distribuição dos idosos segundo desempenho em cada domínio do Índice de Katz. São Carlos, 2010.

Estudo realizado em Belo Horizonte com 1786 idosos teve como objetivo determinar os fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região. A prevalência da incapacidade para realização de atividades básicas de vida

diária foi de 16% (8% leve e 8% grave). Idade e pior auto-avaliação da saúde apresentaram associações positivas e independentes com ambos os níveis de incapacidade. Hipertensão e artrite apresentaram associações com incapacidade leve ou moderada, enquanto diabetes e acidente vascular cerebral apresentaram associações com incapacidade grave. Associação negativa com incapacidade grave foi observada para visita de amigos nos últimos trinta dias. Os autores concluíram que as condições crônicas associadas à incapacidade na população estudada são passíveis de prevenção e que o apoio social externo à família é menor em idosos com incapacidade grave (GIACOMIN et al., 2008).

Outro estudo, realizado com 90 idosos brasileiros da comunidade, teve como objetivo comparar o desempenho de idosos com diferentes níveis de gravidade de demência em questionários de atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Os resultados mostraram que a gravidade do processo demencial interferiu no desempenho dos idosos nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. As AIVDs foram mais comprometidas nos estágios iniciais das demências, e as ABVDs, nos estágios mais avançados (MARRA et al., 2007).

Corroborando com o fato de que existe correlação entre funcionalidade e envelhecimento bem-sucedido, um trabalho desenvolvido na região metropolitana de Porte Alegre teve como objetivo identificar fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de 400 idosos socialmente ativos. Os resultados revelaram que a manutenção da independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amigos foram fatores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido, tanto para homens como para mulheres. Conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relações interpessoais, suporte social, participação em atividades recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças foram preditivos para as mulheres (MORAES; SOUZA, 2005).

Condições funcionais dos idosos segundo desempenho no questionário de Pfeffer

O desempenho dos 85 idosos nas atividades instrumentais de vida diária, por meio do Questionário Pfeffer, mostrou que 51,8% dos idosos são dependentes para essas atividades (GRÁFICO 18).

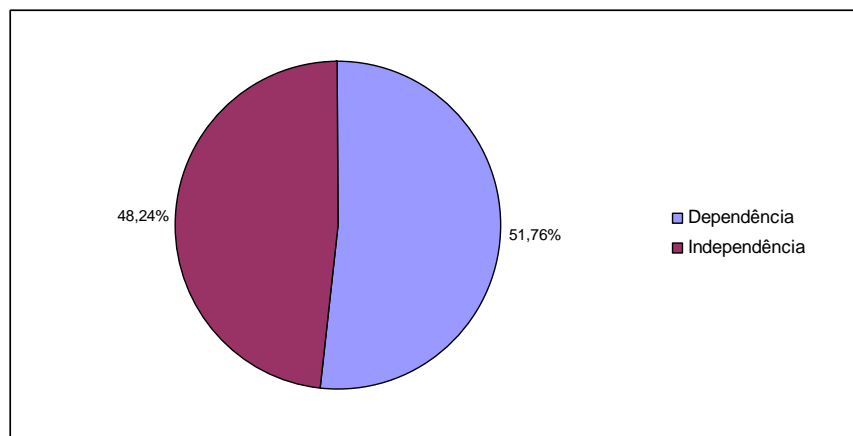


Gráfico 18 – Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.

Observou-se que entre os idosos independentes, a maioria, 28,2%, residia em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social. Já entre os idosos dependentes, a maior parte, 34,1% residia em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social (GRÁFICO 19).

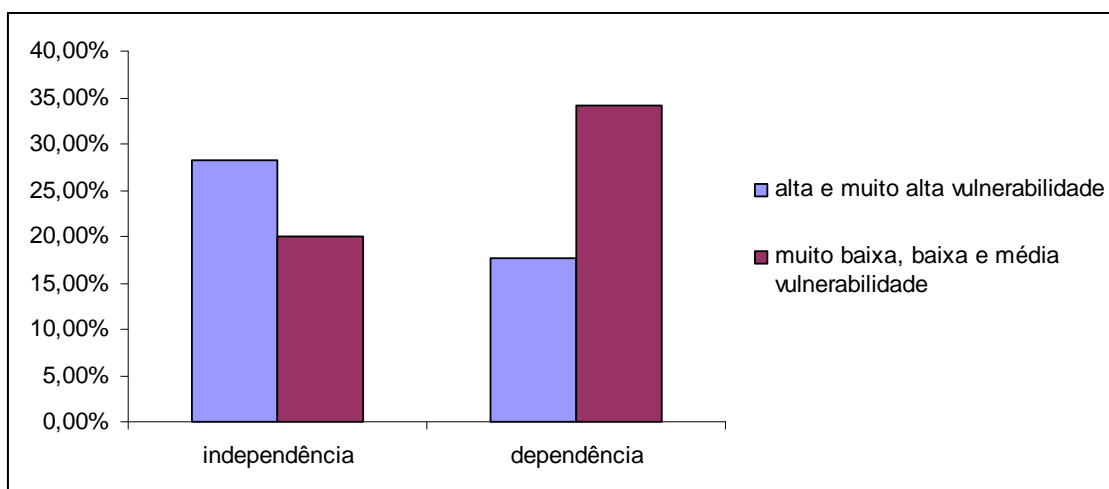


Gráfico 19 – Distribuição dos idosos segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer), por diferentes contextos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2010.

Diferentemente do encontrado aqui, um estudo realizado com o objetivo de estimar as taxas de prevalência de incapacidade em mobilidade física, entre os idosos, segundo o sexo, faixa etária e a renda familiar *per capita*, nos anos de 1998 e 2003, apontou que a estratificação da população idosa por grupos de renda familiar *per capita* indicou que os idosos mais pobres apresentam as maiores taxas de prevalência de incapacidade funcional, sendo praticamente o dobro em relação aos inseridos no estrato de renda mais elevada. Esta situação, válida para todo Brasil, ocorre em todas as grandes regiões. O estudo ainda mostrou que as mulheres declaram incapacidade funcional em maior proporção que os homens, e que há caráter progressivo da incapacidade funcional entre os idosos em relação ao aumento da idade. As diferenças regionais são importantes, e as menores taxas de prevalência foram encontradas no Sul e no Sudeste, e as maiores no Nordeste e Norte, refletindo, portanto, as desigualdades sociais e econômicas prevaletes no país. (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Entre o sexo masculino houve maior número de idosos independentes (12,9%), enquanto que entre o sexo feminino houve predomínio de dependência (35,3%), o que pode estar relacionado ao fato de que nas faixas etárias mais elevadas o número de mulheres é maior e a perda de capacidade funcional também (GRÁFICO 20).

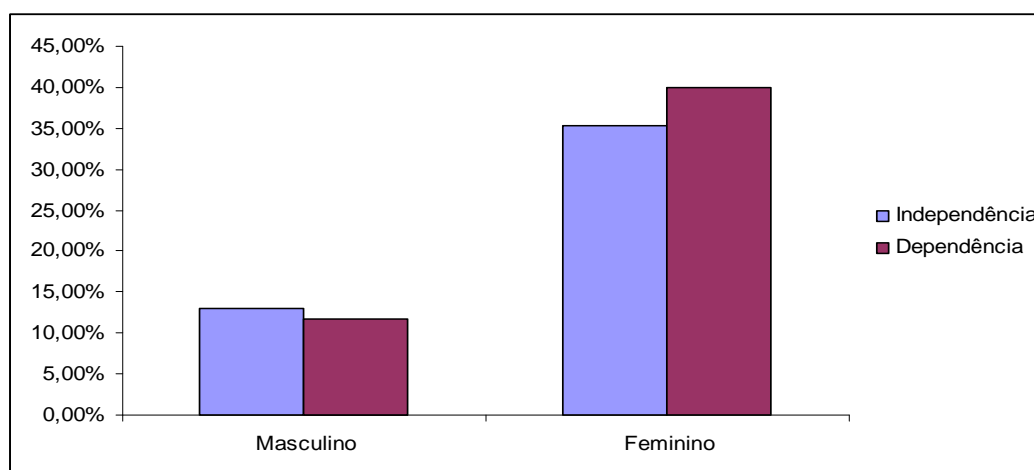


Gráfico 20 – Distribuição dos idosos por sexo, segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.

Nas faixas etárias de 60 e 69 anos (16,5%), e 70 e 79 anos (24,7%) houve maior número de idosos independentes para atividades instrumentais de vida

diária, enquanto que entre 80 e 89 anos e 90 anos ou mais houve predomínio de idosos dependentes para estas atividades, demonstrando a relação entre o aumento da idade e as perdas funcionais (GRÁFICO 21).

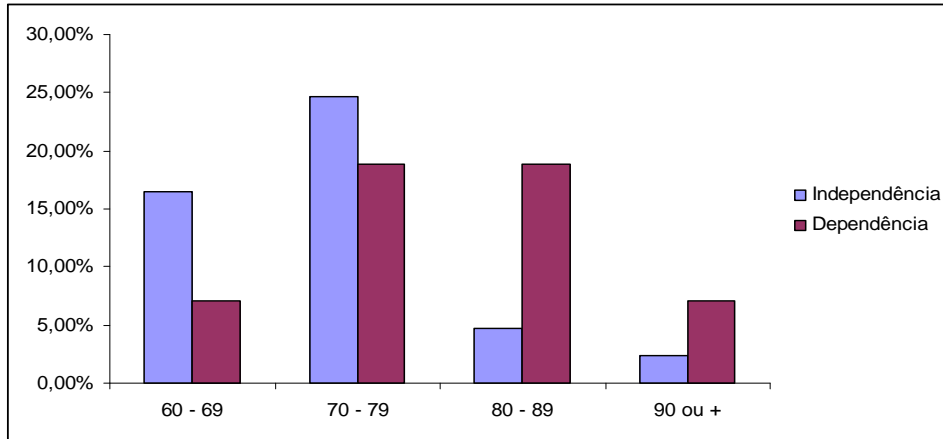


Gráfico 21 – Distribuição dos idosos por faixa etária, segundo desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Questionário Pfeffer). São Carlos, 2010.

Em relação ao desempenho dos idosos no Questionário de Pfeffer, as únicas atividades em que o percentual de dependência para realização foi maior, foram a capacidade de manuseio do próprio dinheiro (51,8%) e a capacidade de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares e feriados (58,3%) (GRÁFICO 22).

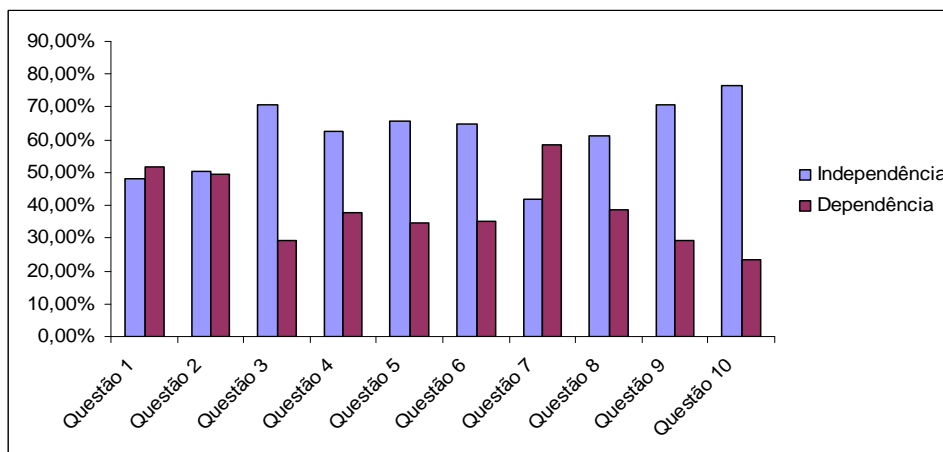


Gráfico 22 – Distribuição dos idosos segundo desempenho em cada domínio do Questionário de Pfeffer. São Carlos, 2010.

Estudo realizado em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, com 310 idosos, teve como objetivo analisar a influência dos fatores sociodemográficos, de saúde física e neuropsiquiátricos sobre a capacidade funcional de idosos residentes

no município. Os resultados mostraram que para o Índice de Katz 86,9% dos idosos eram independentes e no Índice de Lawton apenas 47,4%. Na análise multivariada houve associação entre as ABVDs e idade e má percepção de saúde. Nas AIVD's houve associação com a idade, sexo feminino, analfabetismo, estado civil, sintomatologia depressiva e a má percepção de saúde. Os autores concluíram que as variáveis associadas à incapacidade funcional revelaram uma complexa relação entre o estado de saúde dos idosos e possíveis fatores de risco de declínio físico (MACIEL; GUERRA, 2007).

Segundo dados do Estudo SABE, igualmente comparáveis à literatura internacional, 73,2% dos idosos não tinham nenhuma incapacidade para o desempenho de atividade instrumentais de vida diária, 15,6% apresentaram 1 ou 2 e 11% apresentaram 3 ou mais. Os idosos de 75 anos ou mais apresentaram mais incapacidade (25,14% em 3 ou mais atividades, 38,2% em 1 ou 2 e 14,4% em nenhuma) do que os de 60 a 74 anos (6,98% em 3 ou mais, 6,18% em 1 ou 2 e 85,6% em nenhuma). Entre as mulheres, as mais velhas, mostraram-se mais incapazes do que os homens. A AIVD mais prejudicada entre as mulheres foi fazer tarefas domésticas pesadas (20,2% entre 60 e 74 anos e 25,4% entre as de 75 anos e mais) e depois sair de casa sozinha (16,2% entre as de 65 e 74 anos e 42,7% entre as de 75 anos ou mais). Entre os homens, a mais prejudicada foi sair de casa sozinho (6,3% dos de 65 a 74 anos e 28,4% entre os de 75 anos e mais) (DUARTE, 2003).

Apoio social de idosos com alterações cognitivas residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social

O apoio social dos idosos foi medido por meio da frequência com que o idoso dispõe de cada uma das seguintes dimensões de apoio: apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, apoio de informação e de interação social positiva. Assim, de acordo com as respostas, foi possível chegar a um escore final para cada dimensão de apoio. Esse escore pode variar de 20 a 100 pontos, lembrando, que quanto maior o escore alcançado, maior o nível de apoio social.

Optou-se pela apresentação desses escores por meio de tabelas de classes, a fim de facilitar a visualização dos resultados pela distribuição proporcional dos mesmos. Assim, os escores foram agrupados em 4 intervalos: intervalo 1 - I₁

(compreende os escores de 20 a 40 pontos), intervalo 2 – I_2 (compreende os escores de 41 a 60 pontos), intervalo 3 – I_3 (compreende os escores de 61 a 80 pontos), e intervalo 4 – I_4 (compreende os escores de 81 a 100 pontos).

A importância de se estudar o apoio social de idosos com alterações cognitivas é evidenciada pelos resultados de um estudo realizado com 1920 adultos de Baltimore, que avaliou a associação entre eventos de vida, transtornos mentais comuns, e redes sociais de apoio. Os resultados demonstraram que o apoio social de amigos, cônjuge ou parentes foi associado com a redução de transtorno de pânico e aflição psicológica. A associação entre apoio social e sofrimento psíquico destaca a importância do apoio social, especialmente quando a gravidade de um problema de saúde mental relacionado é baixa (MAULIK; BRADSHAW, 2010).

A Tabela 5 apresenta a distribuição por classes dos níveis de apoio social dos idosos avaliados.

Tabela 5 – Distribuição dos níveis de apoio social por intervalos de classe. São Carlos, 2010.

Intervalos	Escore	Apoio Material		Apoio afetivo		Apoio de informação		Apoio Emocional		Interação social positiva	
		fi	F%	fi	f%	fi	f%	fi	f%	Fi	f%
I_1	20 - 40	6	7,06%	7	8,24%	10	11,76%	12	14,12%	22	25,88%
I_2	41 - 60	4	4,71%	12	14,12%	23	27,06%	18	21,18%	24	28,24%
I_3	61 - 80	13	15,29%	23	27,06%	27	31,76%	27	31,76%	23	27,06%
I_4	81 - 100	62	72,94%	43	50,59%	25	29,41%	28	32,94%	16	18,82%
TOTAL		85	100,00	85	100,00	85	100,00	85	100,00	85	100,00

Altos níveis de suporte social percebido foram relatados pela maioria dos idosos deste estudo, confirmando dados de pesquisas anteriores (DUPERTUIS; ALDWIN; BOSSÉ, 2001; BATISTONI, 2007). A percepção de que se tem pessoas disponíveis para ajudar em momentos de necessidade é um fator importante para manutenção do senso de controle secundário sobre a própria vida, e, particularmente, para lidar com as atividades do dia a dia (SCHULZ; HECKHAUSEN; O'BRIEN, 1994).

Um estudo realizado no município de Dourados teve como objetivo analisar a capacidade funcional, o estado de saúde e a rede de suporte social de idosos assistidos por Equipes de Saúde da Família. Os resultados revelaram que houve predomínio do sexo feminino, faixa etária de 60 a 69 anos, viúvos,

analfabetos, com histórico laboral em atividade agropecuária. A maioria dos idosos morava acompanhada, eram inativos economicamente e 82,5% viviam com até um salário mínimo de renda per capita. Quanto às condições de saúde, 74,4% não praticavam atividade física e 80,9% não participavam de atividades sociais. Foram encontrados 33,2% dos idosos com alto risco nutricional, 7,6% com algum grau de dependência, 42,7% com déficit cognitivo e 34,4% com sintomas depressivos. A rede social era basicamente pequena e constituída prioritariamente pela família em todas as áreas de assistência (ALVARENGA, 2008).

Ao analisar as relações das estratégias de enfrentamento, apoio social e variáveis sócio-demográficas com o bem-estar subjetivo de uma amostra de 123 idosos de João Pessoa, as análises de regressão hierárquica revelaram que a satisfação com a vida é maior em mulheres, nas pessoas que recebem pensão, nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio social recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas pessoas que enfrentam os problemas de forma direta. Os afetos negativos diminuem ao dar apoio e aumentam com a capacidade de enfrentamento (GUEDEA et al., 2006).

Analisando a dimensão de apoio material, que reflete a disponibilidade de recursos materiais como dinheiro ou ajuda nas atividades domésticas, observa-se que no menor nível de apoio social material há predomínio de idosos residentes em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social. Já entre os idosos com melhor nível de apoio social material, o número de idosos residentes em ambos os contextos foi o mesmo. Há maior número de mulheres em todos os intervalos analisados. Com relação à faixa etária, verificou-se que para todas as faixas houve maior número de idosos no I₄ (resultados entre 81 e 100 pontos no MOS). Não foram encontrados idosos com idade de 90 anos ou mais nos intervalos de menor nível de apoio material (I₁ I₂ respectivamente). A respeito da situação conjugal, observou-se que houve predomínio de idosos viúvos nos intervalos I₁, I₃ e I₄ (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio material, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Apoio Material									
	I ₁		I ₂		I ₃		I ₄		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	1	1,18%	2	2,35%	5	5,88%	31	36,47%	39	45,88%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	5	5,88%	2	2,35%	8	9,42%	31	36,47%	46	54,12%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	6	7,06%	3	3,52%	9	10,59%	46	54,12%	64	75,29%
Masculino	0	0,00%	1	1,18%	4	4,71%	16	18,82%	21	24,71%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	2	2,35%	0	0,00%	2	2,35%	16	18,82%	20	23,52%
70 a 79 anos	3	3,53%	3	3,53%	6	7,06%	25	29,41%	37	43,53%
80 a 89 anos	1	1,18%	1	1,18%	3	3,53%	15	17,65%	20	23,54%
90 anos ou mais	0	0,00%	0	0,00%	2	2,35%	6	7,06%	8	9,41%
Total									85	100,00%
Situação Conjugal										
casado/amasiado	2	2,35%	2	2,35%	3	3,53%	23	27,06%	30	35,29%
Solteiro	1	1,18%	1	1,18%	2	2,35%	2	2,35%	6	7,06%
Viúvo	3	3,53%	1	1,18%	8	9,41%	32	37,65%	44	51,77%
separado/divorciado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	5,88%	5	5,88%
Total									85	100,00%

Com relação às demonstrações físicas de afeto, a dimensão de apoio afetivo demonstrou que entre os idosos com menores níveis de apoio social (I₁ e I₂) houve predomínio de idosos residentes nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Já entre os melhores níveis de apoio social, houve predomínio de idosos residentes nas regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social. Com relação ao sexo, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres, houve predomínio de idosos no intervalo de melhor nível de apoio afetivo (I₄). Assim como no apoio material, em todas as faixas etárias existe um número maior de idosos que também estão no intervalo de 81 a 100 pontos no escore de apoio social. Os idosos muito idosos, com 90 anos ou mais, também se destacam por não ocuparem os dois menores intervalos. Com relação à situação conjugal houve predomínio de idosos viúvos nos intervalos de melhor nível de apoio social afetivo (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio afetivo, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Apoio afetivo								Total	
	I ₁		I ₂		I ₃		I ₄		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	4	4,71%	7	8,23%	8	9,41%	20	23,53%	39	45,88%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	3	3,53%	5	5,88%	15	17,65%	23	27,06%	46	54,12%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	6	7,06%	7	8,24%	19	22,34%	32	37,65%	64	75,29%
Masculino	1	1,18%	5	5,88%	4	4,71%	11	12,94%	21	24,71%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	2	2,35%	3	3,53%	4	4,71%	11	12,93%	20	23,52%
70 a 79 anos	3	3,53%	7	8,24%	9	10,59%	18	21,18%	37	43,54%
80 a 89 anos	2	2,35%	2	2,35%	7	8,24%	9	10,59%	20	23,53%
90 anos ou mais	0	0,00%	0	0,00%	3	3,53%	5	5,88%	8	9,41%
Total									85	100,00%
Situação Conjugal										
casado/amasiado	2	2,35%	6	7,06%	7	8,23%	15	17,65%	30	35,29%
solteiro	2	2,35%	1	1,18%	0	0,00%	3	3,53%	6	7,06%
viúvo	2	2,35%	4	4,71%	14	16,47%	24	28,24%	44	51,77%
separado/divorciado	1	1,18%	1	1,18%	2	2,34%	1	1,18%	5	5,88%
Total									85	100,00%

Tratando-se da dimensão de apoio emocional, que diz respeito a receber demonstrações de confiança, empatia, carinho, amor, afeto, escuta e interesse, também encontramos maior número de mulheres em todos os intervalos de apoio social. Entre I₁ e I₃ houve predomínio de idosos residentes em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social. Já no intervalo de melhor nível de apoio social houve predomínio de idosos residentes em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social (21,2%). A variável faixa etária no apoio emocional demonstra que entre todas as faixas etárias há predomínio de idosos nos intervalos de melhor nível de apoio social. Para esse tipo de apoio, os idosos casados ou amasiados apresentaram melhor nível de apoio social (16,47%) (TABELA 8).

Tabela 8 – Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio emocional, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Apoio emocional									
	I ₁		I ₂		I ₃		I ₄		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	4	4,71%	8	9,41%	9	10,59%	18	21,18%	39	45,89%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	8	9,41%	10	11,76%	18	21,18%	10	11,76%	46	54,11%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	10	11,76%	13	15,29%	21	24,72%	20	23,53%	64	75,30%
Masculino	2	2,35%	5	5,88%	6	7,06%	8	9,41%	21	24,70%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	2	2,35%	1	1,18%	7	8,24%	10	11,76%	20	23,53%
70 a 79 anos	5	5,88%	11	12,94%	11	12,94%	10	11,76%	37	43,52%
80 a 89 anos	4	4,71%	5	5,88%	3	3,53%	8	9,41%	20	23,53%
90 anos ou mais	1	1,18%	1	1,18%	6	7,06%	0	0,00%	8	9,42%
Total									85	100,00%
Situação Conjugal										
casado/amasiado	4	4,71%	3	3,53%	9	10,59%	14	16,47%	30	35,30%
solteiro	1	1,18%	2	2,34%	2	2,34%	1	1,18%	6	7,04%
viúvo	7	8,24%	12	14,12%	13	15,29%	12	14,12%	44	51,77%
separado/divorciado	0	0,00%	1	1,18%	3	3,53%	1	1,18%	5	5,89%
Total									85	100,00%

Ao analisar a dimensão de apoio de informação, no que diz respeito à disponibilidade de aconselhamentos, sugestões e informações, verificou-se que tanto entre os homens, quanto entre as mulheres, houve predomínio de idosos nos intervalos de melhor nível de apoio social. Nos intervalos de menor nível de apoio social houve predomínio de idosos residentes em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social, enquanto que nos intervalos de melhor nível de apoio social houve predomínio de idosos residentes em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Com relação a faixa etária observou-se que entre 60 e 69 anos houve maior número de idosos no segundo intervalo de apoio social. Já entre 70 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 anos ou mais houve predomínio de idosos nos intervalos de melhor nível de apoio social. A respeito da situação conjugal, idosos solteiros e viúvos apresentaram os melhores níveis de apoio social em relação aos outros (TABELA 9).

Tabela 9 – Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio de informação, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Apoio de informação									
	I ₁		I ₂		I ₃		I ₄		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	3	3,53%	7	8,24%	18	21,17%	11	12,94%	39	45,88%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	7	8,24%	16	18,82%	9	10,59%	14	16,47%	46	54,12%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	10	11,76%	16	18,82%	21	24,71%	17	20,00%	64	75,29%
Masculino	0	0,00%	7	8,24%	6	7,06%	8	9,41%	21	34,71%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	2	2,34%	8	9,41%	4	4,71%	6	7,06%	20	23,52%
70 a 79 anos	4	4,71%	8	9,41%	17	20,00%	8	9,41%	37	43,53%
80 a 89 anos	4	4,71%	4	4,71%	5	5,88%	7	8,23%	20	23,53%
90 anos ou mais	0	0,00%	3	3,53%	1	1,18%	4	4,71%	8	9,42%
Total									85	100,00%
Situação Conjugal										
casado/amasiado	4	4,71%	10	11,76%	8	9,41%	8	9,41%	30	35,29%
solteiro	1	1,18%	1	1,18%	2	2,35%	2	2,35%	6	7,06%
viúvo	4	4,71%	11	12,94%	16	18,82%	13	15,29%	44	51,76%
separado/divorciado	1	1,18%	1	1,18%	1	1,18%	2	2,35%	5	5,89%
Total									85	100,00%

Por fim, a análise da dimensão de apoio de interação social positiva, que se refere a ter alguém com quem se distrair e fazer coisas agradáveis mostrou que entre as mulheres houve predomínio de idosas nos intervalos de menor nível de apoio social. Já entre os homens, houve maior número de idosos nos intervalos de melhor nível de apoio social. Com relação ao IPVS, idosos que relataram menor nível de apoio social residiam em regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social, enquanto que os idosos que referiram melhor nível de apoio social residiam em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Com relação à faixa etária, observou-se que nenhum idoso de 90 anos ou mais se apresentou no intervalo de melhor nível de apoio social na dimensão de interação social positiva. Verificou-se ainda que os idosos viúvos apresentaram menor nível de apoio social para esta dimensão (TABELA 10).

Tabela 10 – Distribuição dos idosos por intervalos de classe, de acordo o apoio de informação, segundo IPVS, sexo, faixa etária e situação conjugal. São Carlos, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Interação social positiva									
	I ₁		I ₂		I ₃		I ₄		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IPVS										
Alta e muito alta vulnerabilidade	8	9,41%	9	10,59%	13	15,29%	9	10,59%	39	45,88%
Muito baixa, baixa e média vulnerabilidade	14	16,47%	15	17,65%	10	11,76%	7	8,24%	46	54,12%
Total									85	100,00%
Sexo										
Feminino	17	20,00%	19	22,35%	14	16,47%	14	16,47%	64	75,29%
Masculino	5	5,88%	5	5,88%	9	10,59%	2	2,36%	21	24,71%
Total									85	100,00%
Faixa etária										
60 a 69 anos	2	2,35%	8	9,41%	4	4,71%	6	7,06%	20	23,53%
70 a 79 anos	12	14,12%	7	8,24%	13	15,29%	5	5,88%	37	43,53%
80 a 89 anos	6	7,06%	5	5,88%	4	4,71%	5	5,88%	20	23,53%
90 anos ou mais	2	2,35%	4	4,71%	2	2,35%	0	0,00%	8	9,41%
Total									85	100,00%
Situação Conjugal										
casado/amasiado	5	5,88%	7	8,24%	11	12,94%	7	8,24%	30	35,30%
solteiro	2	2,34%	1	1,18%	3	3,53%	0	0,00%	6	7,05%
viúvo	15	17,65%	14	16,47%	6	7,06%	9	10,59%	44	51,77%
separado/divorciado	0	0,00%	2	2,35%	3	3,53%	0	0,00%	5	5,88%
Total									85	100,00%

O bom nível de apoio social percebido pelos idosos avaliados também foi relatado em outros estudos da literatura. Um estudo realizado em Taquarituba-SP, teve como objetivo descrever as características do apoio social e identificar associações entre as variáveis sociodemográficas e categorias de suporte social, em 52 idosos. Os resultados mostraram que a população caracterizou-se por mulheres, predominantemente da raça branca, entre 60 a 69 anos, casadas e/ou vivendo em concubinatos, de baixa renda e residindo em domicílios multigeracionais. Com relação ao apoio social, foram encontrados escores de apoio médios elevados. A dimensão de apoio que apresentou pior nível foi a de "interação social positiva". A análise bivariada demonstrou uma diferença significativa entre escore de apoio afetivo e de apoio emocional com número de pessoas no domicílio e maior frequência de escores altos de interação social em idosos do sexo masculino e naqueles com maior grau de escolaridade. O estudo apontou ainda que

escores de apoio social menores foram mais freqüentes em mulheres, analfabetos, viúvos ou solteiros, idosos com renda entre um e dois salários mínimos (PINTO et al., 2006).

Outro estudo, realizado no município de Alecrim - RS, já citado anteriormente, revelou predomínio de idosos do sexo feminino (61,8%), casados (61,5%), na faixa etária de 60 a 69 (56,2%), coabitando com cônjuge (49,7%). Com relação ao apoio social, os resultados mostraram que um significativo percentual (87%) dos idosos possui uma rede familiar e social que lhes fornecem suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando uma interação social positiva, o que garante convívio familiar e social, e possibilita viver com dignidade e qualidade de vida (LEITE et al., 2008).

A aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, considerando um nível de significância de 5%, demonstra que não existe correlação estatisticamente significativa das variáveis apoio material, apoio afetivo e apoio de informação com a covariável IPVS. Porém, as variáveis apoio emocional e de interação social positiva apresentam correlação significativa com a covariável IPVS. Esta correlação é positiva, o que indica que ao passo que o índice de vulnerabilidade social aumenta o apoio emocional e de interação social positiva também aumentarão, o que confirma a hipótese desse estudo (QUADRO 2).

Quadro 2 - Coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis apoio material, apoio efetivo, apoio emocional, apoio de informação e de interação social positiva e a covariável IPVS. São Carlos, 2010.

	Coeficiente correlação spearman	P-value
Apoio Material e IPVS	0,11	0,31
Apoio Afetivo e IPVS	0,07	0,52
Apoio Emocional e IPVS	0,23	0,04
Apoio Informação e IPVS	0,14	0,21
Interação Social Positiva e IPVS	0,24	0,03

Considerando que em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social o nível de apoio social para idosos com alterações cognitivas é maior, e que este tem efeito protetor para saúde, estes achados contribuem para uma compreensão mais profunda dos aspectos que envolvem a vida em contexto de pobreza, uma vez que a maioria dos estudos descreve a relação entre pobreza e

situação de saúde somente de forma negativa. A pobreza está intimamente relacionada a vários comportamentos que afetam a saúde. No Reino Unido, por exemplo, os mais pobres fumam e bebem mais, têm uma dieta menos adequada, são mais sedentários e mais obesos. A pobreza também está claramente relacionada às condições de saúde de indivíduos ou de populações (MARMOT; WILKINSON, 1999; BERKMAN; KAWACHI, 2000). Um estudo realizado no Brasil em 1998, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio, verificou que as desigualdades sociais afetavam as condições de saúde e o uso de serviços de saúde, tanto entre idosos quanto entre os mais jovens (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002).

O Coeficiente de Correlação de Spearman também demonstrou correlação estatisticamente significativa entre a variável apoio afetivo, e a covariável Renda Familiar. Sendo uma correlação positiva, indica que conforme a renda familiar aumenta o apoio afetivo também aumenta. Observou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre apoio material, emocional, de informação e de interação social positiva e a covariável renda familiar (QUADRO 3).

Quadro 3 - Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva e a covariável renda familiar. São Carlos, 2010.

	Coeficiente de Correlação Spearman	P-value
Apoio material e renda familiar	0,13	0,24
Apoio afetivo e renda familiar	0,22	0,04
Apoio emocional e renda familiar	0,17	0,12
Apoio de informação e renda familiar	0,19	0,08
Interação social positiva e renda familiar	0,07	0,52

Após aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson, adotando nível de significância de 5%, por meio do p-value, observou-se que apenas a variável apoio emocional apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a covariável número de pessoas no domicílio, indicando que na medida em que o número de pessoas no domicílio aumenta, o apoio emocional também aumentará (QUADRO 4).

Quadro 4 - Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva e a covariável número de pessoas no domicílio. São Carlos, 2010.

	Coeficiente de Correlação de Pearson	P-value
Apoio material e número de pessoas no domicílio	0,15	0,17
Apoio afetivo e número de pessoas no domicílio	0,16	0,15
Apoio emocional e número de pessoas no domicílio	0,24	0,02
Apoio informação e número de pessoas no domicílio	0,09	0,45
Interação social positiva e número de pessoas no domicílio	0,16	0,18

Também foram encontradas correlações significativas entre a dimensão de apoio emocional e a presença de crianças no domicílio. A tabela 11 apresenta a relação entre as dimensões de apoio social e presença de crianças no domicílio dos idosos, indicando correlação significativa entre essas variáveis, ou seja, quando há presença de crianças na casa do idoso, o apoio emocional do mesmo é maior.

Este achado pode estar relacionado ao fato de os idosos dão muita importância ao relacionamento com os netos e vice-versa, o que pode ter sido um fator que influenciou no dado de que idosos convivendo com crianças relatam receber mais apoio emocional do que idosos que não convivem. O que acontece muitas vezes é uma troca de experiências entre as gerações, já citada em trabalhos anteriores (OLIVEIRA, 1998; DEBERT; SIMÕES; 2006; GOLDFARB; LOPES, 2006; AGUIAR, 2007; HERÉDIA; CASARA; FLORES, 2008).

Tabela 11 – Relação entre as dimensões de apoio social e a presença de crianças no domicílio do idoso. São Carlos, 2010.

	PRESEÇA			AUSÊNCIA			Teste-t	
	N	Média	D.P.	N	Média	D.P.	T	GI
Apoio material	18	92,22	16,55	67	87,61	19,23	1,01	30,52
Apoio afetivo	18	80,36	21,62	67	78,05	21,89	0,4	27,12
Apoio emocional	18	81,11	15,67	67	68,28	23,84	2,16*	83,00
Apoio de informação	18	73,05	18,71	67	70,14	21,49	0,56	30,20
Apoio de interação social positiva	18	69,16	21,43	67	60,37	23,5	1,51	21,97

Nota: * $p < 0,01$.

Já a tabela 12 apresenta a relação entre as dimensões de apoio social e os resultados do Questionário de Pfeffer. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as dimensões de apoio emocional e de interação social positiva e o grau de dependência, indicando que a capacidade de realização das atividades instrumentais de vida diária influencia no nível de apoio emocional e de interação social recebido pelos idosos.

Tabela 12 – Relação entre as dimensões de apoio social e os resultados apresentados pelos idosos no Questionário do Pfeffer. São Carlos, 2010.

	INDEPENDENTE			DEPENDENTE			Teste-t	
	N	Média	D.P.	N	Média	D.P.	T	GI
Apoio material	41	80,90	21,34	44	88,29	16,10	0,14	74,24
Apoio afetivo	41	80,97	21,41	44	76,28	22,03	0,99	82,84
Apoio emocional	41	78,17	21,02	44	64,31	22,76	2,92*	83,00
Apoio de informação	41	74,51	19,13	44	67,27	22,00	1,62	82,61
Apoio de interação social positiva	41	70,60	23,21	44	54,43	20,60	3,39*	80,12

Nota: * $p < 0,01$.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as dimensões de apoio social e as variáveis sexo, faixa etária, raça, situação conjugal, escolaridade, religião, renda do idoso, classe econômica e Índice de Katz.

Rede de Apoio Social de idosos com alterações cognitivas residentes em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social

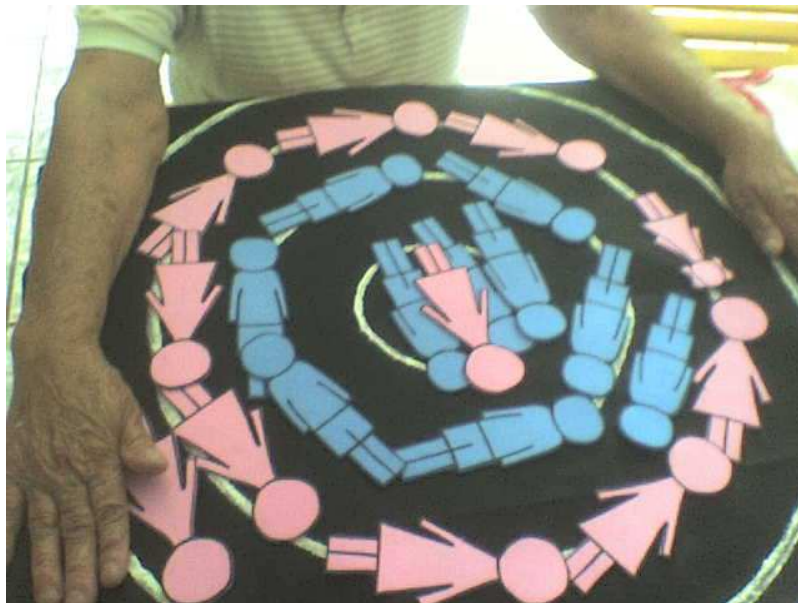
A subamostra de sujeitos que participou da segunda fase do estudo foi de 38 idosos residentes em Unidades de Saúde da Família classificadas como de alta e muito alta vulnerabilidade social. Destes idosos, 68,4% eram mulheres e 31,6% homens.

Os resultados referentes a essa fase do estudo serão apresentados em duas seções: uma que trata dos aspectos estruturais, e a outra que trata dos aspectos funcionais das redes sociais.

Aspectos estruturais da rede de apoio social dos idosos

Os 38 idosos referiram um total de 470 integrantes das redes sociais, o que resulta em redes com uma média de 12,4 pessoas.

O círculo mais interno, onde são colocadas as pessoas mais próximas do entrevistado (pessoas sem as quais seria difícil viver), foi o que apresentou maior número de integrantes (350), com uma média de 9,2 pessoas nesse círculo, na rede de cada idoso. A fotografia 1 representa a rede social de uma idosa com grande número de integrantes no primeiro círculo.



Fotografia 1 – Rede de apoio social da idosa “Margarida”. São Carlos. 2010.

Ainda considerando as pessoas mais próximas aos idosos, no primeiro círculo houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (54%), e da faixa etária entre 31 e 40 anos (24,3%). A maioria dessas pessoas eram filhos (as) dos idosos (45,7%), seguidos pelos netos (21,4%). Sendo assim, na maioria das vezes, os idosos conhecem os integrantes do primeiro círculo há 40 anos, e a frequência de contato é diária ou até mesmo vivem juntos (64,0%). A distância entre a casa dos idosos e da maioria dos integrantes do primeiro círculo é de até 15 minutos (44,6%). Ainda com relação à proximidade das casas, em segundo lugar aparecem os idosos que moram juntos com os integrantes desse círculo (23,4%).

No círculo intermediário, onde os idosos colocaram pessoas que não são tão próximas, mas que ainda assim são muito importantes para ele, foram

dispostas 116 pessoas, com uma média de três indivíduos nesse círculo em cada rede. Houve predomínio de pessoas do sexo feminino (54,3%), e com 60 anos ou mais de idade (23,3%). A maioria dessas pessoas (34,5%) é classificada como outro membro da família que não o cônjuge, filhos ou netos. Assim como no primeiro círculo, os netos são as pessoas que aparecem em segundo lugar no círculo intermediário (28,4%). Com relação ao tempo de conhecimento, na maior parte das vezes (25,9%), os idosos conhecem os integrantes do segundo círculo há no máximo 10 anos, e a frequência de contato entre eles é diária, ou até mesmo moram juntos (37,1%). Com relação à proximidade, a maioria dos idosos está a uma distância de até 15 minutos dos integrantes do segundo círculo (46,5%), a diferença é que em segundo lugar aparecem os integrantes que estão a uma distância de mais de uma hora da residência dos idosos (34,5%).

No terceiro círculo, o mais distante do entrevistado, foram colocadas as pessoas que ainda não haviam sido mencionadas, mas que são próximas e importantes o suficiente para integrarem a rede social do idoso. Dos 38 idosos, apenas três colocaram pessoas nesse círculo. Esses idosos mencionaram um total de quatro pessoas no círculo externo, resultando numa média de 0,1 pessoas nesse círculo em cada rede. Todas estas pessoas eram do sexo feminino, três estavam na faixa etária entre 51 e 60 anos, e um na faixa etária entre 31 e 40 anos. Três foram mencionadas como amigas e uma como outro membro da família que não o cônjuge, os filhos ou netos. A proximidade entre a casa dos idosos e todas as pessoas que foram colocadas no terceiro círculo é de no máximo 15 minutos, sendo que a frequência de contato é diária e o tempo de conhecimento é de até 20 anos.

As características estruturais da rede dos idosos avaliados são semelhantes às características de um estudo realizado com 312 idosos coreanos, que teve como objetivo identificar os tipos de rede social dos idosos e as relações com o estado de saúde dos mesmos. O resultados mostraram que a rede desses idosos é predominantemente familiar (34,0%). O estado de saúde dos entrevistados diferiram significativamente pelo tipo de rede. Idosos inseridos em mais de uma rede tinham estado de saúde significativamente mais elevado do que os idosos inseridos em redes isoladas (CHEON, 2010).

Aspectos funcionais da rede de apoio social dos idosos

Os aspectos funcionais da rede de apoio social dos idosos foram avaliados por meio de seis tipos de apoio diferentes: confidenciar coisas importantes; ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; ser respeitado; ser cuidado em situação de doença; conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e conversar sobre a própria saúde. Além de indicar de quais pessoas da rede o idoso recebe cada tipo de apoio, os entrevistados indicaram quais pessoas da rede fornecem cada tipo de apoio.

Conforme a literatura, a qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante à adaptação dos idosos do que a quantidade de membros da rede e a frequência de contatos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; BLAZER, 1982; KESSLER; McLEOD, 1985; WETHINGTON; KESSLER, 1986).

A análise das seis categorias de apoio revelou que, para todos os tipos de apoio, os idosos fornecem e recebem apoio, em sua maioria, de filhos, pessoas do sexo feminino, da faixa etária entre 30 e 39 anos, que estão a uma distância de no máximo 15 minutos, e que a frequência de contato é diária ou até mesmo moram juntos.

O Quadro 5 apresenta a distribuição percentual dos tipos de apoio que os integrantes das redes sociais oferecem e recebem dos idosos.

Quadro 5 – Apoio social oferecido e recebido pelos integrantes das redes sociais dos idosos. São Carlos, 2010.

Tipo de Apoio	Pessoas da rede que oferecem apoio ao idoso	Pessoas da rede que recebem apoio do idoso	Pessoas da rede que oferecem e recebem apoio do idoso	Pessoas da rede que não oferecem e nem recebem apoio do idoso	Total
Confidenciar coisas importantes	7,70%	12,30%	7,70%	72,30%	100,00%
Ser tranquilizado e estimulado	16,00%	16,60%	10,60%	56,80%	100,00%
Ser respeitado	2,80%	0,20%	89,70%	7,30%	100,00%
Ser cuidado	7,90%	35,10%	25,50%	31,50%	100,00%
Conversar quando esta triste	9,80%	7,70%	6,20%	76,40%	100,10%
Conversar sobre a própria saúde	11,10%	6,80%	20,80%	61,30%	100,00%

Com relação a confidenciar coisas importantes, dos 470 sujeitos que integram as redes dos idosos, 72,3% não oferecem e nem recebem esse tipo de apoio dos mesmos, apenas 7,7% oferecem esse tipo de apoio ao idoso, 12,3% recebem esse apoio do idoso e 7,7% oferecem e recebem esse apoio dos idosos.

Já o apoio que envolve ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza não é fornecido nem recebido por 56,8% dos 470 integrantes de rede. Os idosos recebem esse apoio de 16% dos integrantes da rede, e fornece a 16,6%. As pessoas que recebem esse apoio e também o fornecem ao idoso somam 10,6% dos integrantes.

O tipo de apoio social que envolve maior número de integrantes da rede é o “respeitar e ser respeitado”. Os idosos fornecem e recebem esse apoio de 89,7% dos integrantes da rede. As pessoas que apenas fornecem esse apoio ao idoso somam 2,8%, as que apenas recebem esse apoio dos idosos somam 0,2%, e as que não fornecem e nem recebem somam 7,3%.

Ser cuidado em situação de doença foi outro tipo de apoio avaliado, sendo encontrado que de todos os integrantes de rede, 31,5% não fornecem nem recebem esse apoio do idoso. Apenas 7,9% dos integrantes fornecem esse apoio ao idoso. Já as pessoas que recebem esse tipo de apoio do idoso somam 35,1% dos integrantes, e as pessoas que recebem e também fornecem esse tipo de apoio são 25,5% da rede.

Os idosos não recebem e nem fornecem o apoio que diz respeito a conversar quando está triste, nervoso ou deprimido de 76,4% dos integrantes da rede. O número de integrantes que recebem esse apoio dos idosos é de 7,7%, os que fornecem são 9,8%, e os recebem e fornecem são apenas 6,2% dos integrantes da rede.

Finalmente, com relação a conversar sobre a própria saúde, a maioria dos integrantes da rede não recebem e nem fornecem esse tipo de apoio ao idoso (61,3%). Os integrantes que fornecem esse apoio ao idoso somam 11,1%, os que recebem esse apoio do idoso somam 6,8%, e os que recebem e também fornecem esse apoio somam 20,8%.

As características socioeconômicas predominantes na população estudada assemelham-se com as características encontradas em outros estudos, como por exemplo, um estudo realizado na cidade de São Carlos – SP, com 523 idosos. Nesse estudo houve predomínio de mulheres, na faixa etária entre 60-69

anos, casados, com baixo nível de renda e escolaridade⁽¹³⁾. Um outro estudo realizado em Jequié – BA, com 117 idosos dependentes, revelou um perfil de idosos do sexo feminino, analfabetos, viúvos e com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (TORRES; REIS; FERNANDES, 2009).

Um estudo que descreveu a distribuição das redes sociais e de apoio em 1568 idosos no Município de São Paulo revelou que as melhores condições nas redes sociais foram observadas nos menores patamares de renda e as piores entre os mais velhos e os “não casados”. Para as mulheres, as chances de estarem “não casadas” aumentaram significativamente quanto menor o seu nível educacional. O “status de coabitação” foi o que mais influenciou o apoio funcional, onde “morar só” aumentou significativamente as chances de não ocorrerem as trocas sociais. Os modelos de regressão logística múltipla construídos separadamente por gênero sugerem que idade, estado civil, renda per capita e escolaridade estão associados com as redes sociais entre os idosos. No entanto, essas relações manifestam-se de modos desiguais entre gêneros e entre as características sócio-demográficas para as diferentes dimensões da rede social (ROSA et al., 2007).

Os resultados que evidenciam maior percentual de mulheres podem estar relacionados à maior longevidade destas em relação aos homens, o que tem sido atribuído a menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco encontrados no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto a atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (SILVA et al., 2006).

Uma investigação realizada na Austrália com 2589 homens e 3152 mulheres com idade entre 72 e 78 anos teve como objetivo comparar entre os dois grupos o tamanho da rede social e a satisfação idoso com a mesma. As mulheres relataram redes significativamente maiores do que homens. No entanto, ser separado, divorciado ou solteiro, impactou significativamente as redes sociais dos homens. Esse estudo ainda verificou associação entre prejuízo à saúde mental e sensorial de idosos e redes menores, ou insatisfação com o suporte, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres (McLAUGHLIN et al., 2010).

Com relação às redes de apoio social dos idosos, a importância de se conhecer o número e pessoas que integram a rede social está no fato de que a presença de poucos contatos sociais se relaciona intimamente com o

desenvolvimento de incapacidades e diminuição da função física (STUCK et al., 1999).

Os dados encontrados no presente estudo corroboram com os achados do estudo de adaptação do instrumento Diagrama de Escolta, no que diz respeito à disposição dos integrantes na rede dos idosos. O estudo de adaptação do instrumento avaliou 15 idosos, sendo que também houve predomínio de integrantes no primeiro círculo, com uma média de 4 pessoas por rede (PAULA-COUTO et al., 2008).

A presença de um maior número de mulheres como integrantes da rede em todos os círculos pode ser explicada pelo fato de que as mulheres apresentam mais competências interpessoais, possibilitando que mantenham relações mais calorosas e íntimas. Assim, suas relações sociais são de maior qualidade do que as relações entre os homens, e suas redes de apoio social composta por um maior número de pessoas do que a de homens. Outro aspecto importante tem origem no âmbito familiar, uma vez que as mulheres são apontadas como as principais cuidadoras dos demais membros da família ao longo de suas vidas, e que isso pode estar associado à manutenção deste papel social ou à possibilidade de receber o cuidado dos familiares como retribuição (PIMENTA et al., 2009; NERI, 2005).

Uma consideração importante pode ser feita com base no tipo de relação entre o idoso e os integrantes de sua rede. Os contatos sociais de adultos são predominantemente seus cônjuges, porém com o envelhecimento esse papel vai se invertendo, ou seja, os cônjuges dão lugar aos filhos como principais integrantes da rede social dos idosos. É possível que este fato esteja relacionado com o estado de viuvez, no entanto, a presença de jovens e principalmente crianças na rede dos idosos promove bem-estar psicológico nos mesmos. Além do importante papel nas questões psicológicas, os filhos são indispensáveis na ajuda para realização de atividades de vida diária (MELÉNDEZ-MORAL; TOMÁS-MIGUEL; NAVARRO-PARDO, 2007).

Conforme pôde ser observado em cada tipo de apoio, os idosos relataram fornecer mais apoio do que receber, o que pode ser benéfico, uma vez que os idosos que se envolvem em papéis de ajuda aos outros, sofrem um efeito positivo na redução do sofrimento psíquico, devido ao sentimento de utilidade e envolvimento com a família e a comunidade. Além disso, assistência em excesso

aos idosos pode causar-lhes sofrimento, sendo importante nessas situações, oferecer oportunidade aos idosos de agir reciprocamente, a fim de que não se sintam muito dependentes ou como sobrecarga para os outros (LIANG; KRAUSE; BENNETT, 2001).

No presente estudo não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as características das redes sociais dos idosos e a capacidade funcional, contrariamente, a relação entre apoio social e funcionalidade foi demonstrada por um estudo realizado na Dinamarca com 1396 idosos. Este estudo teve como objetivo estabelecer as relações sociais como determinante de incapacidade em idosos, e obteve resultados que demonstram que a diversidade das relações sociais e a participação em atividades sociais são fatores-chave na manutenção da funcionalidade em idosos de 75 anos ou mais. Ainda nesse sentido, uma revisão sistemática realizada nas bases MEDLINE, PsycINFO, SOCA, EMBASE entre 1985 e 1997, concluiu que poucos contatos sociais se relacionam com o desenvolvimento de incapacidades e diminuição da função física (STUCK et al., 1999).

Além da relação entre apoio social e funcionalidade é de extrema importância considerar a especificidade, quanto à presença de alterações cognitivas, da população estudada. O convívio social e diferentes atividades de lazer podem ser fator de proteção para o declínio cognitivo, porque estes aspectos ajudam a manter o idoso autônomo dentro do seu contexto familiar e sociocultural, o que é fundamental para suas funções cognitivas e para seu bem-estar psicológico. O declínio cognitivo dificulta a realização das atividades da vida diária e as relações sociais e familiares, prejudicando gradativamente a autonomia do idoso. Além disso, com o envelhecimento, a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à capacidade do idoso de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária, e conseqüentemente manter-se independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

CONCLUSÃO

As características socioeconômicas da população estudada retratam aspectos já amplamente discutidos na literatura. Ao analisar os diferentes contextos de vulnerabilidade social, observou-se que entre as mulheres, a maior parte residia em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social. Já entre os homens, a maioria era residente de regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Nos dois contextos houve predomínio de idosos que referiram raça branca e religião católica, e renda mensal de até um salário mínimo.

Com relação à situação conjugal, entre as mulheres residentes em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade, o número de viúvas e casadas/amasiadas foi o mesmo. Já em regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade, houve predomínio de viúvas. Entre os homens, em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade houve predomínio de casados/amasiados, e em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade, predomínio de separados/divorciados.

Nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade houve maior número de idosos analfabetos, enquanto que em contexto de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade, predomínio de idosos com escolaridade de 1 a 3 anos. Com relação ao número de pessoas residentes no domicílio, em ambos os contextos houve predomínio de residências ocupadas por mais uma pessoa além do idoso. Já o número de idosos coabitando com crianças foi maior em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social.

A respeito do nível de declínio cognitivo, observou-se que nas diferentes regiões de vulnerabilidade houve maior número de idosos com resultado no MEEM de 4 a 6 pontos abaixo da nota de corte de acordo com a escolaridade.

O desempenho dos idosos nas atividades básicas e instrumentais de vida diária revelou que entre os idosos independentes, a maior parte reside em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social. Entre os dependentes, a maioria é residente de regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade.

A avaliação do apoio social dos idosos com alterações cognitivas revelou diferenças entre o apoio percebido pelos idosos nos diferentes contextos de vulnerabilidade social. Em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social os níveis de apoio social nas dimensões de apoio material, emocional, de informação e interação social positiva são melhores quando comparados com o contexto de muito

baixa, baixa e média vulnerabilidade. A exceção é para dimensão de apoio afetivo, onde ocorre o inverso.

Em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, idosos com alterações cognitivas tem uma rede social grande, com predomínio de integrantes no círculo mais interno, porém poucos integrantes desempenham papéis funcionais. Os integrantes das redes desses idosos que fornecem ou recebem apoio são em sua maioria filhos, pessoas do sexo feminino, da faixa etária entre 30 e 39 anos, que estão a uma distância de no máximo 15 minutos da residência do idoso, e uma frequência de contato diária ou até mesmo moram juntos.

As correlações estatisticamente significativas entre as dimensões de apoio social e as variáveis IPVS confirmam a hipótese de que há diferença entre o apoio social de idosos com alterações cognitivas residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Além disso, a correlação entre apoio social e renda familiar, número de pessoas residentes no domicílio, presença de crianças co-habitantes com idosos e Pfeffer ressaltam a importância da avaliação do apoio social de idosos, uma vez que essas associações reforçam a idéia de que há uma relação direta entre relacionamentos sociais satisfatórios, declínio cognitivo, saúde e manutenção da capacidade funcional em idosos. Fato esse que é fundamental para o desenvolvimento e direcionamento de ações de saúde ao idoso que garantam atenção integral, e que levem em consideração redes de contatos que satisfaçam suas necessidades de apoio, e assim melhorem a qualidade de vida e condição de saúde dos mesmos.

Sendo o idoso a prioridade para o SUS na política nacional de saúde, e a funcionalidade o paradigma do envelhecimento, é imprescindível o estabelecimento de uma linha de cuidado integral que consiga manter a capacidade funcional do idoso. Tomando a família (principal fonte de cuidado no Brasil) como ponte para o estabelecimento de redes sociais satisfatórias, é possível atuar na oferta de apoio social ao idoso na atenção básica, o que afeta positivamente sua capacidade funcional e condição cognitiva.

A respeito do Diagrama de Escolta, pode-se dizer que foi um instrumento de fácil aplicação e útil para a avaliação da rede de apoio social dos idosos com alterações cognitivas, uma vez que apresenta características lúdicas durante a aplicação. Os sujeitos avaliados participaram de forma espontânea e interessada, além de não apresentarem problemas de compreensão durante a

aplicação do instrumento. Já com relação ao Medical Outcomes Study (MOS), sugere-se a validação do questionário especificamente para população idosa, uma vez que tem sido um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do apoio social nessa população, e ainda não foi testado quanto à sua especificidade e sensibilidade.

Algumas limitações deste estudo devem ser observadas. Por exemplo, o fato de não terem sido controladas as variáveis gênero e faixa etária. Outro exemplo foi a exclusão de sujeitos com comprometimento grave de linguagem e compreensão, permitindo, portanto afirmar que os resultados se referem a idosos com qualquer tipo de alteração cognitiva. Cabe ressaltar também que os dados refletem a percepção dos sujeitos em um momento específico da coleta de dados, não permitindo, portanto que os resultados sejam amplamente generalizados.

Considerando as limitações apontadas, podemos afirmar que os resultados encontrados respondem a pergunta de pesquisa ao demonstrarem que há diferença entre o apoio social dos idosos avaliados com alterações cognitivas residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social. O nível de apoio social aos idosos residentes em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade é maior.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil – 2008**. São Paulo; 2008. Disponível em:

<http://www.abep.org/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>. Acesso em: 12/01/2009.

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, L. H. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev Psiquiatr Clín.** v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.

AGUIAR, J. E. **A experiência da co-residência para idosos em família intergeracional**. 108p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica**. 2008.236f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ANDRADE, C. R. **Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde**. 2001. 67 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

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

ANDREW, M. K.; ROCKWOOD, K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. **Alzheimers Dement.**, v. 6, n. 5, jul., p. 319-325, 2010.

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.

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**. Londres, v. 47, n. 5, p. 635-643, set.1998.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2005.

BATISTONI, S. S. T. **Sintomas depressivos na velhice**: Estudo prospectivo de suas relações com variáveis sociodemográficas e psicossociais. 2007. 181f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

BERLE, B. B.; PINSKY, R. H.; WOLF, S. A clinical guide to prognosis in stress diseases. **J Am Med Assoc**, Chicago, v. 149, n.18, p. 1624-28, ago. 1952.

BERKMAN, L. Assessing the physical health effects of social networks and social support. **Annual Reviews of Public Health**, v. 5, sem número, p. 413-32, maio. 1984.

BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. **Social epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população em geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-psiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BLAZER, D. G. Social support and mortality in na elderly community population. **American Journal of Epidemiology**, v.115, n.1, p. 686-94, 1982.

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**, Ribeirão Preto, v. 16, n.1, jan./fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf. Acesso em 1108/2009.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurements Scales**. Baltimore: Open University Press, 1997. p. 91-109.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2. ed. ampl. Brasília, DF, 2003. (Séries Cadernos técnicos-CNS).

BRASÍLIA. World Health Organization . **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005, 62p.

BRITO, R. C. **Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária**. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1999.

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, p. 115-126, 1999.

BURGOS, A. C. G. F. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade. 2010. 228f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 2010.

CALERO, D. M.; NAVARRO, E. Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline. **Arch Clin Neuropsychol**, Londres, v. 19, n. 5, p. 653-60, ago. 2004.

CAMARANO, A. A. (Org.), **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p.

CAMARANO, A. A. **Idosos brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República, Sub-secretaria de Direitos Humanos. 2005.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S, K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Texto para Discussão nº 950. Rio de Janeiro, Ipea, 2003.

CAPLAN, G. **Support Systems and Community Mental Health**. Nova York: Behavioral Publications, 1974. 267 p.

CARVALHO, J. A. M. **O novo padrão demográfico brasileiro e as mudanças no perfil das demandas sociais por parte da população jovem e idosa 1990/2000.** Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1993.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região da Américas. In: BARATA, R. B. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997. p. 137-60.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHARCAT-FICHMAN H, et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 27, n. 12, p. 79-82, mar. 2005.

CHEON, E. Y. Correlation of social network types on health status of Korean elders. *J Korean Acad Nurs.*, v. 40, n.1, feb., p. 88-98, 2010.

CHIRIBOGA, D. A. Crisis, Challenge and stability in the middle years. In: LACHMAN, M. E.; JAMES, J. B. (Orgs.) **Multiple paths of midlife development.** Chicago: University of Chicago Press, 1997, p. 293-343.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, Providence, v. 38, n. 8, p. 300-314, fev. 1976.

COCKERHAM, W. **This aging society.** New Jersey: Prentice Hall, 1991.

COHEN, S. Social relationships and health. **American Psychologist**, v. 59, n. 8, p. 676-684, 2004.

CORREIA, M. V. G., et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís-MA. **Rev Psiq Clín.**, v. 35, n. 4, p. 131-137, 2008.

DEAN, K. et al. Measurement issues in research on social support and health. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 48, n. 2, p. 201-206, abr. 1994.

DEBERT, G.G.; SIMÕES, J.A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1366-1373.

DEDECCA, C. S. Anos 90: a estabilidade com desigualdade. In: SANTANA, M. A.; RAMALHO, J. R. **Além da fábrica**: trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. São Paulo: Boitempo, 2003. p. 109-139.

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, set.1997.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.) **SABE. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. 2003, p. 185-200.

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

DUPERTUIS, L. L.; ALDWIN, C. M.; BOSSÉ, R. Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes?: Findings from the Normative Aging Study. **Journal of Aging and Health**, v. 13, n. 1, p. 494-510, 2001.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov./dez. 2004.

FICKER, L. J. et al. Cognition and perceived support among live-alone urban elders. **Journal of Applied Gerontology**, v. 21, n. 4, p. 437-451, 2002.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 431-438, ago. 2002.

FLORES, G. C. **“Eu cuido dela e ela me cuida”**: um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. 2008. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 2, n.1, p. 74-82, 2008.

FRATIGLIONI, L. et al. Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. **Lancet**, v. 355, n. 9212, p. 1315-1319, 2000.

FREIRE, S. A.; SOMMERHALDER, C. Envelhecer nos tempos modernos. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 125-135.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1666p.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/ipvs.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2009.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun., p.1260-1270, 2008.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, abr./jun. 2005.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1374-1382.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

GUERREIRO, T. C. **Desempenho de memória em alunos da UnATI-UERJ que participam de um programa de otimização cognitiva.** 2006. 102 p. Tese (Doutorado em Biologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GURALNIK, J. M. et al. Lower extremity function and subsequent disability : consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. **Journal of Gerontology Medical Sciences.** v. 55^a, n. 11, p. 221-231, 2000.

GURALNIK, J. M. et al. A short physical performance battery assessing low extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology Medical Sciences.* v. 49, n. 2, p. 85-94, 1994.

HABIB, A. L. C. M.; CALDAS, C. P. O trabalho de consciência corporal humanizado em idosos com transtorno cognitivo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./abr. 2008. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24/04/2009.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007. Disponível em: < http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2010.

HERRERA, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc. Disord**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

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.

HUISMAN, M. et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. **J Epidemiol Community Health**, Londres, v. 58, n.6, p. 468-75, jun. 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 28 de abril de 2009 a partir de www.ibge.gov.br.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000.** Rio de Janeiro; 2002. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>. Acesso em 10/11/2008

_____. **Tábuas completas de mortalidade – 2005.** Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2005/default.shtm>. Acesso em 07/12/2008.

_____. **Cidades@.** Rio de Janeiro; 2011. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>. Acesso em: 10/01/2011.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf. Acesso em 28/04/2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do Ipea - Nº 64 PNAD 2009 – Primeiras Análises: Tendências Demográficas. Brasília; 2010. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101013_comunicadoipea64.pdf Acesso em: 25/10/2010.

JÚNIOR, C. S. D.; COSTA, C. S.; LACERDA, M. A. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.18-22, set. 2006.

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

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

KATZ, S. et al. Studies of fitness in the aged: the Index of ADL; a Standard Measure of biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v. 185, p. 914-919, 1963.

KATZ, L.; RUBIN, M. **Mantenha o seu cérebro vivo.** São Paulo: Sextante, 2000.
KESSLER, R. C.; McLEOD, J. Social support and mental health in community samples. In: COHEN, S.; SYME, S. L. (Orgs.), **Social support and health.** New York: Academic Press. 1985, p. 219-240.

- LAKS, J. et al. O mimi exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.61, n. 3B, p. 782-785, 2003.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, coping and appraisal. New York: Springer. 1984, 445p.
- LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS. 2003
- LEBRÃO, M. L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, Jun. p. 127-141, 2005.
- LEITE, R. C. B. O. **O idoso dependente em domicílio**. 1995. 173 p. (Tese de Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.
- LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, abr./jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10/11/2008.
- LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, set/dez, p. 170-179, 2006.
- LEMONS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.), **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002, p. 892-897.
- LIANG, J.; KRAUSE, N. M. ; BENNETT, J. M. Social exchange and well-being : Is giving better than receiving. **Psychology and Aging**. v. 16, n. 3, p. 511-523, 2001.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-57, jun. 2003.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, PNAD/98. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813-24, sem mês. 2002.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LOPES, M. A. Estudo Epidemiológico de Prevalência de Demência em Ribeirão Preto. 2006. 140f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

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

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, out/dez, p. 587-94, 2006.

MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10/11/2008.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 2, Jun., p. 178-189, 2007.

MACKENBACH et al., Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. **International Journal of Epidemiology**, v. 32, n. 1, p. 830–837, 2003.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. **Social determinants of health**. Oxford: Oxford University Press, 1999.

MARRA, T. A. et al . Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 4, ago., p. 267-273, 2007.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Educação, ciência e tecnologia**. Santa Catarina, v. 1, n. 2, p. 128-134, jul. 2005.

MAULIK, P. K.; EATON, W. W.; BRADSHAW, C. P. The effect of social networks and social support on common mental disorders following specific life events. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 122, n.2, aug., p. 118-128, 2010.

McDOWELL, I; NEWELL, C. **Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires**. Nova York: Oxford University Press, 1996. 505 p.

McLAUGHLIN, D. et al. Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. **J Health Psychol.**, v. 15, n.5, jul., p. 671-679, 2010.

MELÉNDEZ-MORAL, J. C.; TOMÁS-MIGUEL, J. M.; NAVARRO-PARDO, E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de La entrevista Manheim. **Salud pública de México**, v. 49, n. 6, p. 408-414, nov./dez. 2007.

MENDES, M. R. S. S. B. **O cuidado com os pés do senescente**: um processo em construção. 2000. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MENDES, et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10/11/2008.

MENESES, M.P.R. **Redes sociais-pessoais**: conceitos, práticas e metodologia. 2007. 136f. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2007.

MILKIE, M. A.; BIERMAN, A.; SCHIEMAN, S. How adult children influence older parent's mental health: integrating stress-process and life-course perspectives. *Social Psychology Quarterly*, v. 71, n. 1, p. 86-105, 2008.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, dez., p. 302-308, 2005.

MOREIRA, M.M. de. **Envelhecimento da população brasileira**. 1997, 149p. Tese (Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

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

NERI, A. L. Envelhecimento cognitivo. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1236-51.

NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p. 47-64.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 63, n. 3-A, p. 713-727, 2005.

NORBECK, J.S., LINDSEY, A.M., CARRIERI V.L. The development of an instrument to measure social support. **Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 264-269, set./out. 1981.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 5, p. 410-418, 2005.

- OLIVEIRA, P. S. Cultura e co-educação de gerações. **Psicologia USP**, São Paulo, v.9, n.2, p.261-296, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200011>. Acesso em 27 jan. 2010.
- OLIVEIRA, S.D.F.; DUARTE, Y.A.O; LEBRÃO, M.L. Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.81-89, 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.
- PAYNE, R.L.; JONES, G. Measurement and Metodological Issues in Social Support. In: KASL, C.; COOPER, C. L. **Stress and Health: issues in research methodology**. Nova York: John Wiley & Sons,1987. p. 167-205.
- PARAHYBA, M. I.; SIMOES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez., p. 967-974, 2006.
- PAULA-COUTO et al. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. **Univ. Psychol. Bogotá**. Colômbia, v. 7, n. 2, p. 493-505, mai./ago., 2008.
- PAVARINI, S.C.I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.17, n.3, mai/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_15.pdf>. Acesso em 13 jan. 2010.
- PAZ, A. P.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul./set., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10/11/2008.
- PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10/11/2008.
- PFEFFER, R. I. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J. Gerontol.**, v. 37, p. 323-329, 1982.
- PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.
- PINTO, J. L. G. et al . Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006.

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, out./dez. 2007.

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

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

REIS L. A. et al. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, **Revista Baiana de Saúde Publica**, Salvador, v. 31, n. 2, jul./set., p. 322-330. 2007.

REZENDE, L. K.; MENDES, I. J. M.; SANTOS, B. M. O. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.** Araraquara, v. 28, n.1, p.107-111, 2007.

ROBLES, L. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 557-560, abr./jun. 2000.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez., p. 2982-2992, 2007.

SAAD, P. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.), **SABE. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. 2003, p. 185-200.

SCHULZ, R.; HECKHAUSEN, J.; O'BRIEN, A. T. Control and the disablement process in the elderly. **Journal of Social Behavior and Personality**, v. 9, n. 1, p. 139-152, 1994.

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

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 705-714, sem mês. 1991.

SILVA, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceara. **Acta Paul. de Enferm.** v. 19, n. 2, p. 14-20, 2006.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 137 p.

STUCK, A. E. et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic review. **Soc Sci Med.** v. 48, n. 4, p. 445-469, 1999.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Revista Espaço para a Saúde.** v. 10, n. 2, p. 12-17, 2009.

TRONCOSO, M.; ALVAREZ, C.; SEPÚLVEDA, R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revision del tema. **Rev de Psiquiatria (Santiago de Chile)**, v. 12, n. 3-4, p. 163-172, jun./dez. 1995.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002. 190 p.

XAVIER, F. M. F. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 62-70, 2001.

WETHINGTON, E.; KESSLER, R. C. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. **Journal of Health Social Behavior**, v. 27, n. 1, p. 78-89, 1986.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICE 1

Caracterização Sócio-Econômica

1- Data de Nascimento: ____/____/____

2- Sexo (1) Masculino (2) feminino

3- Raça: (1) branca (2) negra (3) parda (4) outras

4- Situação conjugal: (1) casado/amasiado (2) solteiro (3) viúvo (4) separado/divorciado

5-Escolaridade: (1) Analfabeto; (2) 1 a 3 anos de escolaridade; (3) 4 a 7 anos de escolaridade; (4) 8 anos de escolaridade; (5) 9 a 11 anos de escolaridade; (6) 12 anos de escolaridade; (7) mais de 12 anos de escolaridade

6-Pessoas residentes no domicílio: () 1 () 2 () 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () mais de 9

7-Religião: () católica () evangélica () espírita () não tem religião () outras

Renda

Do idoso

Até ½ salário mínimo (R\$ 232,50).....

De ½ a 01 salário mínimo (entre R\$ 232,50 e R\$ 465,00).....

De 01 a 02 salários mínimos (entre R\$ 466,00 e R\$ 930,00).....

De 02 a 03 salários mínimos (entre R\$ 931,00 e R\$ 1.395,00).....

De 03 a 04 salários mínimos (entre R\$ 1.396,00 e R\$ 1.860,00).....

De 04 a 05 salários mínimos (entre R\$ 1.861,00 e R\$ 1.750,00).....

De 05 a 06 salários mínimos (entre R\$ 1.751,00 e R\$ 2.790,00).....

De 06 a 07 salários mínimos (entre R\$ 2.791,00 e R\$ 3.255,00).....

De 07 a 08 salários mínimos (entre R\$ 3.256,00 e R\$ 3.720,00).....

De 08 a 09 salários mínimos (entre R\$ 3.721,00 e R\$ 4.185,00).....

De 09 a 10 salários mínimos (entre R\$ 4.186,00 e R\$ 4.650,00).....

Mais que 10 salários mínimos (R\$ 4.651,00 ou mais)

Da família (valor bruto total)

- Até ½ salário mínimo (R\$ 232,50).....
- De ½ a 01 salário mínimo (entre R\$ 232,50 e R\$ 465,00).....
- De 01 a 02 salários mínimos (entre R\$ 466,00 e R\$ 930,00).....
- De 02 a 03 salários mínimos (entre R\$ 931,00 e R\$ 1.395,00).....
- De 03 a 04 salários mínimos (entre R\$ 1.396,00 e R\$ 1.860,00).....
- De 04 a 05 salários mínimos (entre R\$ 1.861,00 e R\$ 1.750,00).....
- De 05 a 06 salários mínimos (entre R\$ 1.751,00 e R\$ 2.790,00).....
- De 06 a 07 salários mínimos (entre R\$ 2.791,00 e R\$ 3.255,00).....
- De 07 a 08 salários mínimos (entre R\$ 3.256,00 e R\$ 3.720,00).....
- De 08 a 09 salários mínimos (entre R\$ 3.721,00 e R\$ 4.185,00).....
- De 09 a 10 salários mínimos (entre R\$ 4.186,00 e R\$ 4.650,00).....
- Mais que 10 salários mínimos (R\$ 4.651,00 ou mais)

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Idosos com alterações cognitivas: estudando o apoio social em contexto de alta vulnerabilidade social**”.
2. O conhecimento que este trabalho poderá trazer ao investigar as variáveis apoio familiar, características sócio-econômicas e declínio cognitivo, poderá contribuir para a identificação do perfil do idoso mais vulnerável e as deficiências no apoio social, favorecendo a estruturação apropriada das ações de saúde e auxiliando na implantação da política de atenção a saúde do idoso. A coleta de dados será composta por questionário com questões relativas ao apoio material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva por meio do Medical Outcomes Study (MOS). Ainda será aplicado o Mini Exame do Estado Mental para reavaliação das condições cognitivas, as escalas de avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Katz), e das atividades Instrumentais da Vida Diária (Questionário de Pfeffer), e o Critério de Classificação Econômica Brasil.
 - a - Você foi selecionado por ter mais de 60 anos e ser cadastrado na Unidade de Saúde da Família escolhida para estudo. Sua participação não é obrigatória.
 - b - O objetivo do estudo é identificar a relação entre apoio social e idosos com alterações cognitivas morando em contexto de alta vulnerabilidade social, e que residem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de São Carlos.
 - c - Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões dos instrumentos de avaliação funcional, avaliação do apoio social e sobre sua classificação econômica.
3. Este estudo não oferece qualquer risco, despesa ou desconforto para você. Caso se perceba qualquer risco ou dano a sua saúde não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o(a) senhor (a) será encaminhado para o serviço de saúde do município. Caso haja algum desconforto durante a entrevista pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo.
4. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
5. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Unidade de Saúde da Família onde é atendido.
6. Sua participação contribuirá para o conhecimento sobre o apoio social para idosos. Você terá como benefício a oportunidade de ser avaliado em relação ao apoio social.
7. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Asseguramos que você não será identificado. As informações que você nos deu serão guardadas no Laboratório da UFSCar.
8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Tábatta Renata Pereira de Brito

End: Rodovia Washington Luiz, Km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13. 565-905- São Carlos/ SP - fone: 16 3351 8336

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do sujeito da pesquisa e do seu familiar responsável

ANEXO 1

Critério de Classificação Econômica Brasil

Pontuação total: _____ Classe: _____

Posse de itens:

Quantidade de itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	1	2	3	4
Automóvel	0	4	5	6	7
Empregada mensalista	0	4	7	9	9
Aspirador de pó	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou a parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe da família:

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto / Primário incompleto	0 ()	Analfabeto/até a 3ª série fundamental
Primário completo	1 ()	4ª série fundamental
Ginásial completo	2 ()	Fundamental completo
Colegial completo	4 ()	Médio completo
Superior completo	8 ()	Superior completo

Pontos de cortes das classes:

CLASSES	PONTOS DE CORTE	RESULTADO ENCONTRADO
A1	42 a 46 pontos	
A2	35 a 41 pontos	
B1	29 a 34 pontos	
B2	23 a 28 pontos	
C1	18 a 22 pontos	
C2	14 a 17 pontos	
D	8 a 13 pontos	
E	0 a 7 pontos	

ANEXO 2

Medical Outcomes Study (MOS)

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de tudo o que quiser).

Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos: _____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
2 Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.	1	2	3	4	5
3 Alguém para lhe ouvir quando você precisa falar.	1	2	3	4	5
4 Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	1	2	3	4	5
5 Alguém para levá-lo ao médico.	1	2	3	4	5
6 Alguém que demonstre amor e afeto por você.	1	2	3	4	5
7 Alguém para se divertir junto.	1	2	3	4	5
8 Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.	1	2	3	4	5
9 Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas.	1	2	3	4	5
10 Alguém que lhe dê um abraço.	1	2	3	4	5
11 Alguém com quem relaxar.	1	2	3	4	5
12 Alguém para preparar suas refeições se você não puder prepará-las.	1	2	3	4	5
13 Alguém de quem você realmente quer conselhos.	1	2	3	4	5
14 Alguém com quem distrair a cabeça.	1	2	3	4	5
15 Alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente.	1	2	3	4	5
16 Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.	1	2	3	4	5
17 Alguém para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	1	2	3	4	5
18 Alguém com quem fazer coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
19 Alguém que compreenda seus problemas.	1	2	3	4	5
20 Alguém que você ame e que faça você se sentir querido.	1	2	3	4	5

DIMENSÃO DE APOIO					TOTAL	SCORE
Material						
Afetivo						
Emocional						
Interação Social Positiva						
Informação						

ANEXO 3

Mini-Exame do Estado Mental / MEEM

SOMATÓRIA DOS PONTOS:

Resultado obtido	Nota de corte

Notas de corte:

- Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não freqüentou a escola)18 pontos
- Alfabetização de adultos (1 a 3 anos de escolaridade).....21 pontos ou mais
- Ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos de escolaridade) 24 pontos ou mais
- Ensino fundamental completo (8 anos de escolaridade) 26 pontos ou mais
- Ensino médio incompleto (9 a 11 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino médio completo (12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino superior incompleto (mais de 12 anos de escolaridade).....26 pontos ou mais
- Ensino superior completo (mais de 12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais

Pontuação máxima.....30 pontos

Caso a pontuação seja menor que as notas de corte considerando a escolaridade dos indivíduos, é indicativo de que ele apresenta perdas cognitivas.

- Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.

AS PERGUNTAS E ORIENTAÇÕES QUE O EXAMINADOR DEVE FAZER AO ENTREVISTADO ESTÃO EM NEGRITO.

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

-
- 1) **Que dia da semana é hoje?**
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
 - 2) **Que dia do mês é hoje?**
 - 3) **Em que mês nós estamos?**
 - 4) **Em que ano nós estamos?**
 - 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
 - 6) **Em que local específico nós estamos?**
 - Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.

7) **Que local é este aqui?**

- Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere.
Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.

8) **Qual é o endereço onde estamos?**

- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.

9) **Em que cidade nós estamos?**

10) **Em que estado nós estamos?**

11) **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**

Vaso

Carro

Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12) **Quanto é 100 menos 7?**

- Depois da resposta, pergunte novamente: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das resposta

a) $100 - 7$ (93)

b) $93 - 7$ (86)

c) $86 - 7$ (79)

d) $79 - 7$ (72)

e) $72 - 7$ (65)

13) **Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?**

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da seqüência em que foram ditas.

_____ _____ _____

14) O que é isto?

- Pergunte mostrando o *relógio*.
- Faça o mesmo com a *caneta*

Relógio

Caneta

15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:

- Apenas 1 tentativa

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

Pegue o papel com sua mão direita.....

Dobre-o ao meio.....

Ponha-o no chão.....

17) Leia e faça o que está escrito

- Mostre a frase “Feche os olhos”, que está escrita em letras grandes, no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto;

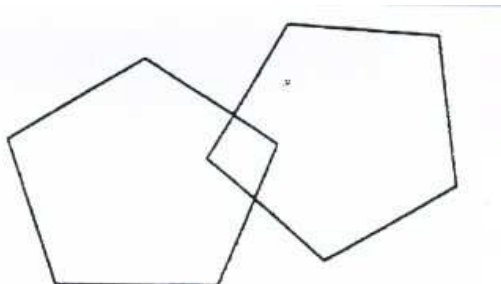
"FECHE OS OLHOS"

18) **Escreva uma frase:**

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados

19) **Copie este desenho:**.....

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Veja observação sobre pontuação no início deste teste.



ANEXO 4

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – Katz

Resultado	
	Independência (5 a 6)
	Dependência parcial (3 a 4)
	Dependência importante (0 a 2)

PONTUAÇÃO (somatória das respostas “SIM”):

Instruções: “Por favor, serão feitas algumas perguntas sobre atividades do seu dia-a-dia e gostaria que respondesse da melhor forma possível.”

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	NOME DE QUEM AJUDA	GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO
1	Em relação ao Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	1	0		
2	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0		
3	Quanto à Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0		
4	Em relação à Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0		
5	Quanto à Continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0		
6	Em relação à Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0		

Possíveis respostas referentes ao item: GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO

1 – Profissional	7- Nora	13- Outro não-parente(especificar)
2 – Esposo / Companheiro	8 – Irmão	
3 – Esposa / Companheira	9 – Irmã	
4 – Filho / enteado	10- Neto	
5 – Filha / enteada	11 – Neta	
6 – Genro	12 – Outro parente (especificar)	

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS - Pfeffer

(OBSERVAÇÃO: QUESTIONÁRIO APLICADO AO FAMILIAR/CUIDADOR)

Resultado	
	(<5) INDEPENDENTE
	(>5) DEPENDENTE

SOMATÓRIA DOS PONTOS:

Por favor, responda as perguntas que serão feitas de acordo com o seu entendimento sobre o nível ou grau de independência e autonomia que o seu (sua) acompanhante apresenta para a realização das tarefas do dia-a-dia.

	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca o fez, mas poderia fazê-lo	Nunca o fez e agora teria dificuldade	Nome de quem o ajuda	Grau de parentesco com o idoso
1. Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	0	1	2	3	0	1		
2. Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0	1	2	3	0	1		
3. Ele(a) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	0	1	2	3	0	1		
4. Ele(a) é capaz de preparar uma refeição?	0	1	2	3	0	1		
5. Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	0	1	2	3	0	1		
6. Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	0	1	2	3	0	1		
7. Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	0	1	2	3	0	1		
8. Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	0	1	2	3	0	1		
9. Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	0	1	2	3	0	1		

	Normal	Sim, mas com precauções	Sim, por períodos curtos	Não poderia	Nunca ficou, mas poderia ficar agora	Nunca ficou e agora teria dificuldade		
10. Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1		

Possíveis respostas referentes ao item: **GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO**

1 – Profissional
2 – Esposo / Companheiro
3 – Esposa / Companheira
4 – Filho / enteado
5 – Filha / enteada
6 – Genro
7 – Nora
8 – Irmão
9 – Irmã
10 – Neto
11 – Neta
12 – Outro parente (especificar): _____
13 – Outro não-parente (especificar): _____

ANEXO 6

Diagrama da Escolta

- 1) Como é seu dia-a-dia? (Tente explorar bem a resposta)
- 2) E o seu final de semana? (Tente explorar bem a resposta)

Apresente o diagrama

Proponha que o entrevistado pense nas pessoas que são importantes na sua vida neste momento. Então peça a ele que coloque seus nomes em um dos 3 círculos do diagrama baseado no quão próximo ele se sente a elas. Explique que no círculo mais próximo ao do centro (onde está representado o entrevistado), ele deve colocar as pessoas das quais ele se sente mais próximo. Pergunte: “Há uma pessoa ou pessoas tão próximas à você que seria difícil viver sem elas?” Para o círculo seguinte (intermediário), deve-se seguir o mesmo procedimento, mas nele devem ser colocadas as pessoas não tão próximas, mas que ainda assim são muito importantes pra ele. No círculo externo, o entrevistado deve ser instruído a colocar os nomes das pessoas que ainda não foram mencionadas, mas que são próximas e importantes o suficiente para integrarem sua rede social. Ao final questione se há mais alguém que o entrevistado gostaria de colocar no diagrama. Se a resposta for negativa, registre as seguintes informações sobre as pessoas mencionadas: idade, sexo, tipo de relação com o entrevistado, tempo de conhecimento, proximidade e frequência do contato. Após, explique o seguinte: Agora gostaria que você indicasse (em relação às dez primeiras pessoas incluídas no diagrama) a quem você recorre para a) confidenciar coisas importantes, b) ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza, c) ser respeitado, d) ser cuidado em situação de doença, e) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido, f) conversar sobre a própria saúde, e quem recorre a você para solicitar os mesmos tipos de apoio mencionados (a, b, c, d, e, f).

Instruções:

Idade: em anos

Sexo: F (feminino) e M (masculino)

Tipo de relação: cônjuge, filho, filha, outro membro da família, amigo(a), neto.

Frequência de contato: 1 irregularmente, 2 anualmente, 3 mensalmente, 4 semanalmente, 5 diariamente ou vivem juntos.

Proximidade: em tempo de deslocamento medido em minutos (ex: 60min., 50min.)

	Nome	Idade	Sexo	Tipo de relação	Tempo de conhecimento	Proximidade	Frequência de contato
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tipo de Suporte	De quem recebe?	A quem fornece?
Confidenciar coisas importantes		
Ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza		
Ser respeitado		
Ser cuidado em situação de doença		
Conversar quando esta triste, nervoso ou deprimido		
Conversar sobre a própria saúde		

