

# Envolvimento social e suporte social percebido na velhice

## *Social involvement and perceived social support in old age*

Anita Liberalesso Neri<sup>1</sup>  
Ligiane Antonieta Martins Vieira<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Analisar relações entre envolvimento social e suporte social percebido em idosos comunitários, considerando as variáveis gênero, idade, escolaridade e localidade de residência. **Método:** 1.451 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, integrantes de amostras probabilísticas de um estudo multicêntrico sobre fragilidade realizado em quatro localidades com níveis socioeconômicos contrastantes foram entrevistados sobre seu envolvimento em atividades avançadas de vida diária de natureza social, produtiva, de lazer, cultural, organizacional e política, suporte social percebido e características sociodemográficas. **Resultados:** 65,5% dos idosos eram mulheres e 69,7% tinham entre 65 e 74 anos. A média de idade foi  $72,2 \pm 5,4$  e a média de anos escolaridade,  $4,23 \pm 3,8$ . As atividades avançadas de vida diária desempenhadas com maior frequência foram ir à igreja, fazer viagens curtas e ir a reuniões sociais; as interrompidas por mais idosos foram realizar trabalho remunerado, fazer viagens longas e ir a eventos culturais. O envolvimento social foi maior entre as mulheres, os idosos mais jovens, os com nível mais alto de escolaridade e os residentes nas localidades economicamente mais desenvolvidas. Foram observadas correlações positivas e significativas entre envolvimento social e suporte social percebido e correlações negativas entre envolvimento social e idade. **Conclusões:** A manutenção de atividades avançadas de vida diária de natureza social, de lazer, cultural, organizacional e política indica motivação para relações sociais, integração social e produtividade, elementos que integram o conceito de velhice bem-sucedida.

**Palavras-chave:** Participação social. Apoio social. Idosos. Estudo Fibra. Estudo de Casos.

### Abstract

**Objectives:** This study was aimed at analyzing relationships between social participation and perceived social support in community-dwelling elderly, according to gender, age, educational level and socioeconomic level and place of residence. **Method:** 1,451

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Financiamento: CNPq, processo nº 555082/2006-7; CAPES.

Correspondência / Correspondence  
Anita Liberalesso Neri  
E-mails: geronto@fcm.unicamp.br; anitalbn@uol.com.br

participants without cognitive deficit suggestive of dementia from randomized samples of four cities with contrasting socioeconomic levels were interviewed about their involvement in social, organizational, cultural, leisure and political advanced activities of daily living, perceived social support and socio-demographic characteristics. *Results:* 65.5% were women; 69.7% were 65-74 years old ( $M=72.2\pm 5.4$ ), and 52% had 1-4 years of schooling ( $M=4.23\pm 3.8$ ). The most performed advanced activities of daily living were church attendance, short trips and participation in social meetings; the most interrupted were paid work, long trips and participation in cultural events. Social participation was higher among women, the youngest, those with higher educational level and those who have lived in localities with higher socioeconomic conditions. Social participation was positive and significantly correlated with perceived social support and educational level, and was negatively correlated with age. *Conclusion:* The continuity of social, cultural, leisure, organizational and political advanced activities of daily living indicates motivation for social relationships, social integration and productivity, key elements that integrate the concept of successful aging.

**Key words:** Social Involvement. Social Support. Age. Fibra Study. Case Studies.

## INTRODUÇÃO

O termo “atividades avançadas da vida diária” (AAVD) foi introduzido na literatura gerontológica por Rubenstein et al.<sup>1</sup> para fazer referência a uma classe de atividades de vida diária relacionada com participação e envolvimento social, excedendo aquelas relacionadas com a solução de problemas práticos no ambiente próximo, autocuidado e sobrevivência. As AAVD colocam os idosos em contato com ações e papéis sociais no trabalho, na família e em outras instituições sociais, permitindo que sejam vistos e valorizados como ativos e produtivos em termos sociais, físicos, de lazer, intelectuais, organizacionais e políticos.<sup>2</sup> O desempenho de AAVD requer funcionalidade física e cognitiva preservadas, e não apenas isso: envolve decisões, metas, expectativas e preferências, que por sua vez são influenciadas por fatores econômicos, educacionais e socioculturais.<sup>3,4</sup>

O envolvimento social é considerado elemento central do envelhecimento ativo e saudável.<sup>3,5-8</sup> Na proposição de sua política do envelhecimento ativo, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup> enfatizou a otimização da saúde, da funcionalidade, da atividade e da participação social como requisitos para a boa qualidade de vida na velhice. Segundo a OMS, é importante que os idosos percebam seu potencial de desenvolvimento e que se

mantenham participativos em termos físicos, sociais, econômicos, culturais, espirituais e cívicos. Essas noções são compatíveis com o modelo biomédico de velhice bem-sucedida,<sup>9</sup> baseado em dados de pesquisa que indicaram saúde e funcionalidade preservadas, atividade e envolvimento social como elementos centrais do construto, que realça a participação do indivíduo na determinação desses desfechos positivos.

O desempenho de AAVD tem relação com a diminuição do risco de morte e de desenvolvimento de incapacidades, o bem-estar emocional, a redução de sintomas depressivos e melhor funcionamento cognitivo.<sup>8,10-13</sup> Ausência de doenças e ótima funcionalidade física não são o aspecto crítico do desempenho de AAVD. Em vez disso, mecanismos de seleção, otimização e compensação adotados para lidar com as perdas associadas ao envelhecimento e realizar um manejo eficaz do ambiente são o aspecto central da adaptação.<sup>14</sup> Limitações e interrupções do desempenho de AAVD predizem problemas de saúde e incapacidade, o que faz da avaliação dessa classe de comportamentos um importante instrumento de diagnóstico precoce de incapacidades físicas e cognitivas.<sup>15</sup>

O desempenho de AAVD envolve a realização de intercâmbios dentro de redes de relações sociais, definidas como conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços afetivos,

sociais e de convivência caracterizados por dar e receber apoio e aceitação.<sup>16</sup> As redes de relações sociais podem ser categorizadas quanto à estrutura (tamanho, grau de envolvimento entre os membros e estabilidade); à natureza das relações (formais e informais) e ao tipo de interação que oferecem (afetiva, material, instrumental e informativa). Caracterizam-se como formais aquelas que essencialmente excluem relações de intimidade e que são de natureza profissional ou institucional. As redes informais envolvem relacionamentos com familiares, amigos e vizinhos, que interagem com base em princípios de afeto, retribuição, solidariedade e ajuda mútua.<sup>6</sup> São as primeiras a serem acionadas e a suprir as necessidades de ajuda dos idosos.

O apoio ou suporte social é um produto da atuação das relações sociais e pode ser classificado nas seguintes classes: apoio material (p.ex., ajuda financeira e com alimentos); apoio instrumental (auxílio em tarefas domésticas e transporte); apoio informativo (sobre saúde e legislação ou na tomada de decisões); apoio afetivo (inclui expressões como amor, afeição e encorajamento). Entende-se por suporte social percebido (SSP) a percepção da pessoa sobre a qualidade, a frequência e a adequação das ajudas que lhe são oferecidas, considerando-se suas necessidades. As avaliações subjetivas que os idosos fazem dos apoios sociais de que dispõem explicam de forma mais satisfatória desfechos em saúde, atividade e bem-estar subjetivo do que explicações baseadas em medidas objetivas do tamanho das redes de relações, da frequência de contatos ou da proximidade geográfica de seus membros.<sup>17</sup>

Estudando o suporte social entre idosos mexicanos de baixa renda, Villafuerte et al.<sup>18</sup> verificaram que a família é a fonte principal de apoio informal para os idosos e que os apoios mais solicitados por eles são o material e o instrumental. Os autores apontam a falta de apoio formal do governo e a escassez de apoio emocional como problemas, situação que se repete no Brasil. Souza et al.<sup>19</sup> investigaram as trocas de apoio em 442 mulheres idosas e

encontraram que a maioria fornece mais apoio do que recebe (58,3% contra 29,3%). Entre os tipos de suporte recebido da família estão: dinheiro (61,1%), cuidados pessoais (31,5%), companhia para se locomover (18,5%) e moradia (13%). Entre as atividades que se configuram como oferta de apoio pelos idosos, estão tomar conta dos netos, cuidar da moradia e manejar o dinheiro da família. As mulheres que mais recebem suporte da família são as mais velhas, que vivem sozinhas.

O tamanho das redes de relações sociais informais tende a diminuir com a idade, na medida em que a mudança na perspectiva de tempo futuro e a percepção de que é necessário otimizar recursos pessoais e sociais para enfrentar as perdas do envelhecimento provocam alterações na motivação dos idosos para contatos sociais. Enquanto os jovens e os adultos relacionam-se socialmente em busca de informações, status e outras vantagens que derivam da participação em redes numerosas, amplas e diversificadas, os idosos buscam nos seus parceiros sociais experiências emocionais positivas, confirmação de valores e conforto emocional.<sup>20</sup> Nessa perspectiva, independentemente do tamanho das redes, os idosos que têm laços sociais fortes e eficazes para proporcionar-lhes a ajuda de que precisam tendem a desfrutar de melhor saúde física e mental do que aqueles que têm pouco acesso a apoios sociais informais, e tendem a avaliar os apoios de que dispõem de forma altamente positiva.<sup>4,5,21,22</sup>

O tamanho das redes de relações sociais e o suporte social fornecido por elas variam de acordo com o gênero e com variáveis socioeconômicas. As mulheres têm rede social mais ampla e oferecem mais apoio do que os homens. Os homens tendem a restringir os contatos à esposa ou companheira e a outros membros próximos da família, e participam menos de atividades sociais do que as mulheres.<sup>19</sup> A perda dos papéis ocupacionais são um poderoso determinante do afastamento social dos homens, principalmente porque durante a vida produtiva não desenvolveram redes de relações independentes do trabalho. Idosos de baixa renda e de baixa

escolaridade tendem a participar menos de atividades que proporcionam interações sociais, principalmente quando exigem compensação financeira.<sup>23</sup> Estudo europeu comparando idosos de países mediterrâneos e não mediterrâneos mostrou que, nestes, os idosos são mais engajados em atividades sociais e participam de mais trocas sociais fora do ambiente domiciliar (dar e receber ajuda) do que nos países mediterrâneos, onde mais idosos pontuaram para sintomas depressivos, baixa renda e nível mais baixo de escolaridade.<sup>24</sup> A residência em regiões caracterizadas por alta vulnerabilidade social provavelmente priva os idosos de equipamentos sociais e de oportunidades de interação dependentes de recursos financeiros e educacionais pessoais e da comunidade. Por outro lado, pode dar origem a iniciativas de organização de atividades sociais e religiosas e de outras manifestações culturais que favorecem a coesão grupal.

Não estão disponíveis publicações contendo dados brasileiros relativos a relações entre suporte social percebido e envolvimento social indicado pelo desempenho de AAVD, em idosos comunitários. Dados dessa natureza podem contribuir para aprofundar o conhecimento teórico sobre aspectos psicossociais do envelhecimento e oferecer subsídios para a prática educacional e social.

Esta pesquisa foi planejada para analisar os padrões de envolvimento social indicado por AAVD de natureza social e os padrões de percepção de suporte social em idosos comunitários com 65 anos e mais, bem como para analisar as relações entre as duas variáveis, considerando-se gênero, idade, escolaridade e localidade de residência dos participantes.

## MÉTODOS

Foram utilizados dados do banco eletrônico do Estudo Fibra, desenvolvido por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas em colaboração com grupos sediados em instituições parceiras. Fibra é o acrônimo de Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, coordenada por pesquisadores das Universidades

de São Paulo, Federal de Minas Gerais, do Estado do Rio de Janeiro e Estadual de Campinas. É dedicada à investigação das relações entre fragilidade e variáveis sociodemográficas, de saúde, funcionalidade, cognição e psicossociais. Detalhes sobre a metodologia desse estudo, cujos dados foram coletados entre junho de 2008 e setembro de 2009, aparecem em Neri et al.<sup>25</sup>

## Participantes

Compuseram a amostra 1.451 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, residentes em Parnaíba-PI, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo-SP, Campinas-SP e Ivoti-RS. Os critérios de inclusão utilizados por ocasião do recrutamento realizado em domicílio, em setores censitários urbanos selecionados por critério de amostragem simples, foram: ter 65 anos de idade ou mais, ter residência permanente no domicílio e no setor censitário, compreender as instruções e concordar em participar. Os critérios de exclusão foram os mesmos usados na pesquisa sobre fragilidade que resultou no modelo operacional utilizado pela rede Fibra: a) déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e comunicação informados por um familiar ou observados pelos recrutadores; b) uso de cadeira de rodas ou retenção provisória ou definitiva ao leito; c) sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade; e) graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação; e f) estar em estágio terminal.<sup>26</sup>

No início da sessão de coleta de dados, os idosos foram submetidos à avaliação do status cognitivo mediante o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). As notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre um e quatro anos; 24 para os com escolaridade entre cinco e oito anos; e 26 os que tinham nove anos ou mais anos de escolaridade,<sup>27</sup> menos

um desvio-padrão. Os que pontuaram abaixo da nota de corte participaram de um bloco de medidas de identificação, sociodemográficas, antropométricas, de pressão arterial, saúde bucal e fragilidade e, em seguida, foram dispensados. Os que pontuaram acima da nota de corte no MEEM participaram de um segundo bloco de medidas de autorrelato sobre condições de saúde, funcionalidade, expectativa de cuidado, sintomas depressivos, suporte social percebido e satisfação, entre as quais estavam as variáveis de interesse para este estudo.

Todos os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que, juntamente com o projeto, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, conforme o parecer nº 208/2007.

#### Instrumentos e medidas

- 1) *Gênero, idade, escolaridade e localidade de residência - de cada uma delas.* A avaliação foi feita por meio de questões de autorrelato dirigidas aos idosos. Gênero incluiu as alternativas “masculino” e “feminino”. A informação sobre a idade foi derivada da data de nascimento que os idosos informaram. As idades foram agrupadas em quatro faixas: 65-69, 70-74, 75-79, e 80 anos e mais. Escolaridade correspondeu à escolha de uma dentre seis alternativas, que depois foram categorizadas em: nunca fui à escola; alfabetização de adultos; 1-4, 5-8, 9-11 e 12 e mais anos de escolaridade. O dado sobre a localidade de residência foi recuperado diretamente dos registros de cada um deles.
- 2) *Desempenho de atividades avançadas de vida diária (AAVD).* Foi utilizado um inventário construído com base na literatura,<sup>2</sup> o qual continha questões fechadas sobre a participação em AAVD de natureza social, de lazer, produtiva, organizacional, cultural e política. Como opções de resposta, os 13 itens do inventário apresentavam “nunca fiz”, “parei de fazer”, “ainda faço”, com relação às seguintes atividades: fazer visitas;

receber visitas; ir à igreja, a reuniões sociais; frequentar eventos culturais; guiar automóvel; fazer viagens de curta distância e duração; fazer viagens de longas distância e duração; exercer trabalho voluntário; trabalhar por remuneração; participar de diretorias; frequentar universidade da terceira idade e ir a grupos de convivência para idosos. Foram calculados os percentuais de atividades mantidas, considerando-se as que os idosos desempenhavam anteriormente. Os valores da distribuição foram divididos em faixas: <61%; 61% a 85% e >85%, assumidas como indicadoras de menor, intermediário e maior envolvimento social.

- 3) *Suporte social percebido.* O instrumento continha cinco questões escalares e foi construído com base na *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*.<sup>28</sup> Como opções de respostas, havia “nunca”, “às vezes”, “na maioria das vezes”, “sempre”, com relação às seguintes perguntas: “O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho?”; “O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares?”; “O/a senhor/a teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente?”; “O/a senhor/a tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com um problema?”; “O/a senhor/a tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente?”. Os itens acima medem disponibilidade de suporte socioemocional, instrumental, informativo e afetivo.

#### RESULTADOS

Entre os 1.451 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência selecionados pelo escore superior à nota de corte no MEEM, considerando-se os anos de escolaridade, 65,5% eram mulheres e 69,7% tinham entre 65 e 74 anos. A média de idade foi  $72,2 \pm 5,4$  anos e a média de anos escolaridade foi  $4,23 \pm 3,8$  (ver tabela 1). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à distribuição dos participantes nas localidades, conforme essas variáveis.

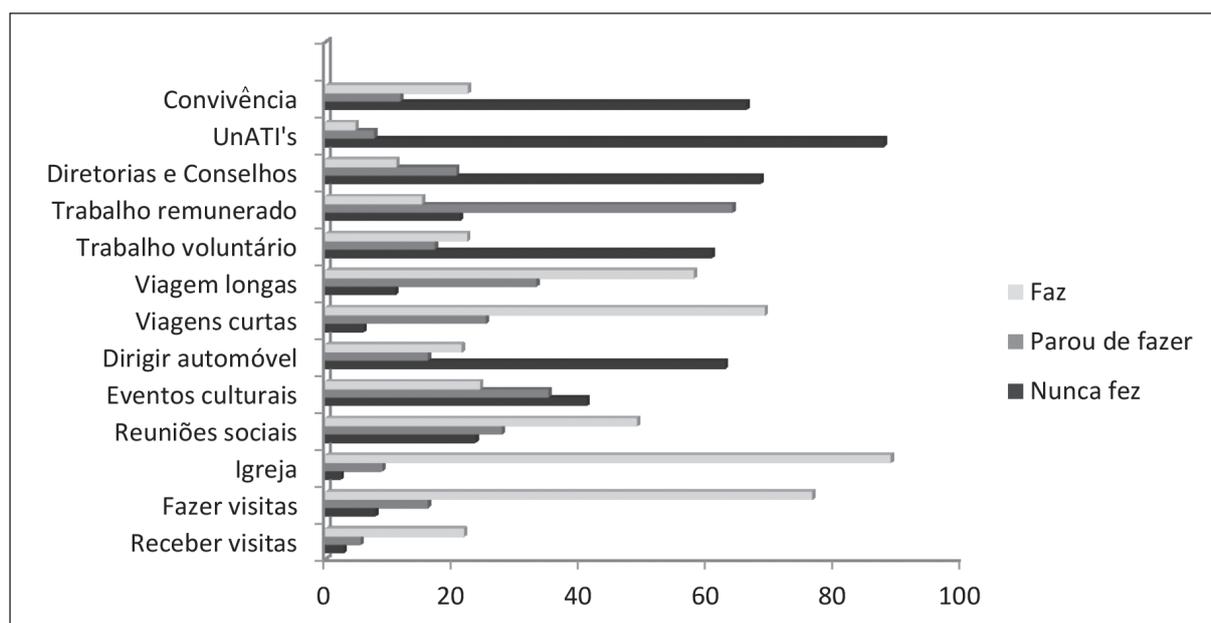
**Tabela 1** - Idosos segundo variáveis sociodemográficas. Estudo Fibra – Parnaíba-PI; subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo-SP; Campinas-SP e Ivoti-RS, 2008-2009.

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Localidades	Parnaíba (PI)	299	20,6
	Subdistrito de Ermelino Matarazzo (SP)	302	20,8
	Campinas (SP)	689	47,6
	Ivoti (RS)	160	11,0
Gênero	Masculino	501	34,5
	Feminino	950	65,5
Grupos de Idade	65-69	549	37,8
	70-74	662	31,8
	75-79	272	18,7
	80 e +	168	11,6
Escolaridade	Sem escolaridade formal	288	19,9
	Primário	761	52,5
	Ginásio	238	16,4
	Colegial ou Médio	75	5,2
	Superior	87	6,0

As somas das frequências das quatro variáveis são divergentes entre si porque ocorreram diferentes números de não respostas.

Na figura 1, são mostradas as frequências percentuais relativas ao desempenho de AAVD pelos idosos das quatro localidades. As AAVD mais desempenhadas foram: ir à igreja, fazer

visitas e viagens curtas. As mais interrompidas foram: trabalho remunerado, fazer viagens longas e ir a eventos culturais.



**Figura 1** - Percentuais de idosos segundo alternativas de desempenho de AAVD. Estudo Fibra – Parnaíba-PI; subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo-SP; Campinas-SP e Ivoti-RS, 2008-2009.

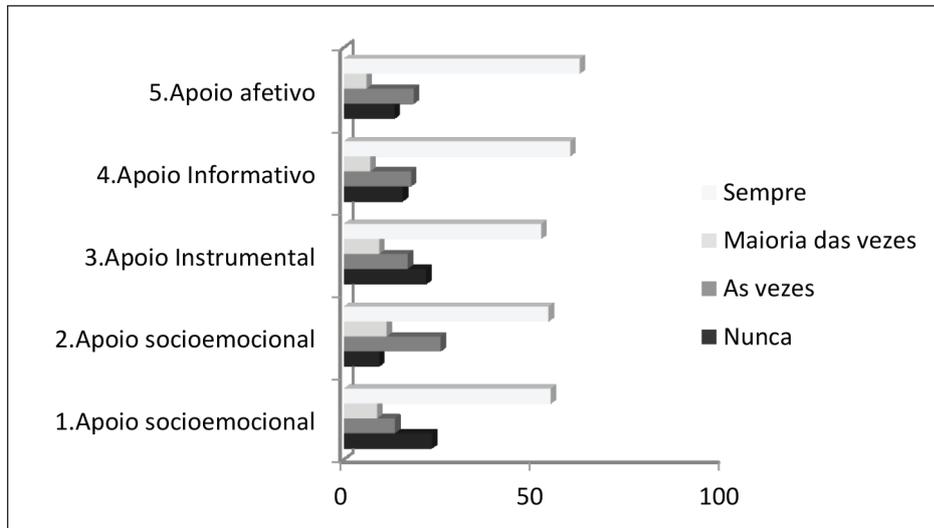
Com base no teste qui-quadrado, foram feitas comparações relativas às frequências das AAVD, considerando-se as localidades de residência dos idosos. Foram observadas as seguintes diferenças estatisticamente significantes (para valor  $p \leq 0,05$ ): em Ivoti-RS foi encontrada a maior frequência percentual de idosos que faziam visitas (93,1%); em Parnaíba-PI foi observada a maior frequência de idosos que deixaram de desempenhar esta atividade (19,7%); e em Ermelino Matarazzo-SP, a maior frequência dos que nunca a desempenharam (11%). Essas diferenças entre Ivoti e Parnaíba se repetiram em relação às atividades “receber visitas”, “ir à igreja” e “participar de reuniões sociais”, nas quais os idosos de Ivoti superaram os de Parnaíba. Os idosos de Parnaíba apresentaram o maior percentual de respostas “nunca fiz” para a atividade “participar de eventos culturais” (56,8%). Em Ivoti e Campinas-SP foi observada a maior frequência de idosos que relataram participar de eventos desse tipo (respectivamente, 37,1% e 28,3%). Entre os idosos de Ermelino Matarazzo e Parnaíba, foram encontrados os maiores percentuais dos que relataram nunca ter dirigido automóvel (74,7% e 65,1%, respectivamente); em Ivoti e Campinas, os maiores percentuais dos que relataram que dirigiam (respectivamente, 28,3% e 24,9%).

Considerando-se ainda as diferenças estatisticamente significativas, indicadas pelo teste qui-quadrado, observou-se que em Ivoti e Campinas foram encontrados os maiores percentuais de idosos que relataram fazer viagens de um dia para fora da cidade (82,3% e 69,2%) e nas cidades mais pobres, os menores percentuais (8,8% em Parnaíba e 9% em Ermelino Matarazzo), relação que se repetiu em “fazer viagens de longa duração para fora da cidade ou do país” e “para fazer trabalho voluntário”. Em Ermelino Matarazzo

e Parnaíba, ocorreram os maiores percentuais de idosos que relataram nunca ter participado de diretorias ou conselhos (64,5%); em Ivoti foi encontrado o maior percentual dos que relataram realizar essa atividade (27%). Em Ermelino Matarazzo foi observado o maior percentual de idosos que nunca haviam participado de grupos de convivência (73,6%) e em Ivoti, a maior frequência dos que participavam (57,9%).

Foram consideradas as relações entre AAVD e gênero, idade e escolaridade. Para tanto, foram estatisticamente comparadas as frequências observadas, mediante o teste qui-quadrado, com valor  $p \leq 0,05$ . Dirigir automóvel foi mais comum entre os idosos com 12 ou mais anos de escolaridade (34,1%) e mais raro entre os sem escolaridade formal (67,8%). A mesma relação foi observada quanto a “fazer viagens de um dia para fora da cidade” e “realizar trabalho voluntário”. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os percentuais de idosos que pararam de trabalhar. Observou-se, no entanto, um percentual significativamente mais alto de mulheres do que de homens que nunca trabalharam e uma proporção mais alta de homens do que de mulheres que ainda trabalhavam (17,7% dos homens e 13,7% das mulheres). Percentual mais alto de homens (11,3%) do que de mulheres (5,8%) havia abandonado a UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) e havia um percentual maior de mulheres (5,2%) do que de homens (3,8%) que participavam dessa atividade.

Foram tabuladas as quatro intensidades de respostas aos itens que avaliaram suporte social percebido. As frequências de idosos que responderam na intensidade máxima (4) foram altas em todos os itens. Esse dado se refletiu na mediana da amostra total: para uma variação entre 1 e 20, o valor dessa medida foi 18 (figura 2).



**Figura 2** - Frequência de respostas às quatro intensidades das escalas que avaliaram suporte social percebido. Estudo Fíbra – Parnaíba-PI; subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo-SP; Campinas-SP e Ivoti-RS, 2008-2009.

O valor da mediana da amostra total, em AAVD, foi 66,6. Com base nos testes de Mann Whitney para dois grupos independentes e Kruskal-Wallis para três ou mais grupos independentes, foram comparadas as distribuições dos valores obtidos pelos idosos em envolvimento social e em suporte social percebido, considerando-se as variáveis “localidades”, “gênero”, “idade” e “anos de escolaridade”. Idosos residentes em Ivoti,

cidade com nível elevado de desenvolvimento econômico, mulheres, idosos de 65 a 69 anos e idosos com 12 anos ou mais de escolaridade tiveram pontuação significativamente mais alta em envolvimento social do que os demais grupos. Pontuação mais alta em suporte social também foi encontrada em Ivoti. Não foram observadas outras diferenças estatisticamente significativas entre as médias de suporte social percebido (tabela 2).

**Tabela 2** - Comparação entre as médias dos escores em envolvimento social e em suporte social percebido, conforme as localidades, os gêneros, as idades e os anos de escolaridade. Estudo Fibra – Parnaíba-PI; subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo-SP; Campinas-SP e Ivoti-RS, 2008-2009.

	Envolvimento social			Suporte social percebido		
	n	Média	DP	n	Média	DP
Localidade		<i>p</i> <0,001			<i>p</i> <0,001	
E. Matarazzo	300	63,8	23,0	295	16,9	3,4
Campinas	673	65,7	21,9	662	16,9	3,4
Ivoti	159	<b>73,5</b>	16,6	158	<b>18,8</b>	2,2
Parnaíba	293	64,5	21,1	289	16,7	3,4
Gênero		<i>p</i> <0,001			<i>p</i> = 0,717	
Masculino	492	63,2	20,07	485	17,2	3,3
Feminino	933	<b>67,4</b>	22,2	919	17,1	3,4
Idade		<i>p</i> <0,001			<i>p</i> = 0,341	
65-69 anos	538	<b>69,2</b>	21,1	530	17,3	3,4
70-74 anos	456	65,5	21,5	448	17,3	3,1
75-79 anos	269	63,4	20,7	264	17,0	3,5
80 anos e +	165	60,9	23,4	162	16,5	3,8
Escolaridade		<i>p</i> <0,001			<i>p</i> = 0,559	
Sem esc. formal	277	63,1	22,0	274	17,0	3,2
1 a 4 anos	753	65,0	21,8	739	17,0	3,4
5 a 8 anos	236	69,0	20,3	234	17,2	3,3
9 a 11 anos	74	67,7	21,1	73	17,3	3,0
12 anos e +	83	<b>75,2</b>	17,2	82	17,6	3,1

As somas das frequências das quatro variáveis diverge entre si em virtude de ter ocorrido número diferente de não respostas em cada uma delas.

Foram analisadas correlações entre anos de escolaridade, idade, escore de AAVD e escore de suporte social percebido, controladas por gênero e localidade de residência. Para tanto, foi usado o teste de correlação de postos de Spearman. Resultaram correlações baixas, mas estatisticamente significativas entre os escores de suporte social e os escores em AAVD ( $\rho = 0,250$ ;  $p < 0,001$ ) e entre os escores em AAVD e os anos de escolaridade ( $\rho =$

$0,130$ ;  $p < 0,001$ ), indicando que quanto maior a pontuação em suporte social percebido, maior é o envolvimento social e que, igualmente, quanto mais alto o nível de escolaridade, maior o envolvimento social. Foram observadas correlações negativas entre o suporte social percebido e a idade dos entrevistados ( $\rho = -0,154$ ;  $p = 0,001$ ), indicando que quanto mais alto o escore em AAVD, menor a idade dos entrevistados.

## DISCUSSÃO

A distribuição das amostras por gênero e idade é compatível com dados do censo brasileiro.<sup>29</sup> Replica a distribuição dos participantes de outros estudos brasileiros e estrangeiros, que igualmente relataram maior participação de idosos de 65 a 74 anos e de mulheres.<sup>13</sup> A presença majoritária de mulheres terá sido favorecida pelo fato de os recrutadores terem sido agentes comunitárias de saúde ou estudantes, que, em sua maioria, eram mulheres. Outra condição que terá contribuído para a super-representação das mulheres terá sido a realização do recrutamento em horário comercial, em que geralmente os homens estão ausentes. Neste caso, os homens poderiam estar trabalhando ou participando de atividades de lazer fora de casa. Além disso, as mulheres são mais participativas e aderem mais a propostas de autocuidado e saúde, como a implícita na pesquisa. Esta relação mais forte com cuidados à saúde é provavelmente devida ao fato de as mulheres serem as cuidadoras preferenciais na família. Mais da metade dos idosos da amostra (52,5%) haviam cursado somente o ensino primário e 19,9% não tinham escolaridade formal. Esses dados são semelhantes aos do estudo Pensa,<sup>30</sup> realizado em Juiz de Fora-MG, no qual se observou média de 6,73 anos de estudo e 43,87% dos idosos com curso primário.

As AAVD mais interrompidas pelos idosos deste estudo foram: trabalho remunerado, provavelmente por motivo de aposentadoria; fazer viagens longas e frequentar eventos culturais. Estas últimas dependem da disponibilidade de oportunidades nos municípios e também do status econômico e educacional dos idosos. Ermelino Matarazzo e Parnaíba tiveram o maior número de idosos que relataram nunca ter dirigido automóvel. Em Ivoti e Campinas foram observados os maiores percentuais dos que dirigiam, confirmando a relação entre desempenho de AAVD e condições econômicas e educacionais.

Os dados apontaram que havia mais mulheres participando de UNATIs. Para as atuais coortes

de idosas, o envelhecimento abre possibilidades para atividades menos prováveis de ocorrer entre idosas de coortes anteriores, que eram mais dedicadas à família e à casa. Boa parte das idosas de hoje transitaram de um mundo totalmente regrado com relação a gênero, para outro onde podem criar as próprias regras. Entre as novas possibilidades que se abrem para o exercício da autonomia e da sociabilidade pelas idosas estão os programas de lazer oferecido pelo Sesc (Serviço Social do Comércio) e por grupos comunitários, assim como os programas de educação não formal oferecidos pelas universidades.

A diminuição do envolvimento em atividades sociais, organizacionais, educativas, produtivas e de lazer pode estar associada a perdas decorrentes do processo de envelhecimento, que se traduzem em déficits de mobilidade e força muscular. Pode também estar relacionada ao processo de seletividade socioemocional, que afeta a escolha de atividades e de parceiros sociais. De acordo com a teoria da seletividade socioemocional, os idosos tendem a diminuir sua rede de relações sociais, mas a qualidade das relações e a qualidade do engajamento são mantidas por meio de processos de seleção e otimização.

Os idosos procuram escolher atividades nas quais se sentem mais competentes, menos ameaçados e mais parecidos com seus contemporâneos, ou cujo desempenho favorece a autoestima e a autoeficácia. Tendem a abandonar atividades sociais que lhes oferecem menos possibilidades de obter esses desfechos. Relacionam-se com pessoas que lhes oferecem conforto emocional, em vez de investir na busca de informações e no status social. Conservam atividades sociais realizadas em ambientes próximos e deixam de lado aquelas realizadas em ambiente aberto, até mesmo porque existem regras sociais implícitas que restringem a participação dos idosos em atividades sociais.<sup>20</sup>

A interrupção de AAVD é determinada não somente por incapacidades físicas, como também por fatores ligados a papéis etários e de gênero, às oportunidades disponíveis ao longo da história de vida e pelas limitações sociais e físicas

relacionadas com a idade. Maior envolvimento social é mais comum entre idosos jovens, de 65 a 69 anos, que sofrem menos limitações físicas e estão menos expostos a restrições sociais do que os idosos mais velhos.<sup>3</sup>

Nas localidades de Ivoti e Campinas foi observado maior envolvimento em AAVD, provavelmente devido ao fato de o nível de desenvolvimento socioeconômico desses municípios ser mais elevado do que o de Parnaíba e o do subdistrito de Ermelino Matarazzo, conforme sugerem os indicadores socioeconômicos dessas localidades. As cidades mais ricas oferecem mais oportunidades de envolvimento social que as mais pobres, onde se obteve maior frequência de respostas “nunca fiz” para as atividades. É provável que até mesmo as regiões socialmente mais vulneráveis de Campinas e Ivoti ofereçam contextos mais ricos e positivamente desafiadores a seus idosos, do que suas congêneres mais pobres.

Os idosos com 80 anos e mais apresentaram escores mais baixos na medida de envolvimento social que os idosos mais jovens. A restrição de atividades sociais pode relacionar-se com as alterações fisiológicas do envelhecimento, entre elas a lentidão de marcha, os problemas de mobilidade e equilíbrio corporal, a baixa força de preensão palmar, a sarcopenia, as comorbidades e o uso de medicamentos, entre outros.<sup>31</sup>

Os idosos mais envolvidos socialmente eram de Ivoti (cidade mais rica), mulheres (normalmente mais envolvidas, por questão de gênero), idosos de 65 a 69 anos (têm mais competência física) e com melhor nível de escolaridade (abre mais oportunidades de acesso e valorização das atividades sociais e culturais). Esses dados são semelhantes aos de estudos nacionais e internacionais, nos quais idosos mais jovens e com nível educacional mais alto têm maior contato com a rede social e são mais engajados em atividades sociais.<sup>30</sup> Apresentam menos sintomas depressivos, menor risco para doenças cardiovasculares e rede de relacionamento social maior.<sup>13</sup> Idosos com nível

educacional mais elevado são mais envolvidos em atividades sociais e apresentam menos limitações cognitivas.<sup>22</sup> Os fatores que mais impedem a realização de atividades sociais são falta de dinheiro, problemas de saúde, falta de tempo, falta de companhia e obrigações familiares.<sup>32</sup>

Os dados das análises de correlação confirmaram a relação entre suporte social percebido e envolvimento social: quanto maior a pontuação no primeiro, maior foi o resultado no segundo; quanto maior o envolvimento social, mais alto o nível educacional do idoso. Além disso, quanto maior o envolvimento em AAVD, menor a idade dos idosos entrevistados, o que pode relacionar-se tanto com nível mais alto de escolaridade como com funcionalidade mais preservada.

Tanto no domínio do suporte social percebido quanto no do envolvimento em AAVD, os idosos pontuaram alto, provavelmente de forma compatível com o próprio delineamento, pois se tratava de idosos independentes, que se deslocavam para o local da coleta de dados. Outro fator importante a ressaltar foi que a exclusão de idosos com déficit cognitivo terá aumentado a chance de inclusão de idosos mais saudáveis e envolvidos.

A avaliação do suporte social percebido foi altamente positiva, ou seja, a maioria dos idosos respondeu que sempre podem contar com pessoas que lhes oferecem apoio afetivo, instrumental, informativo e socioemocional. Em Alecrim-RS os idosos também apresentaram bom nível de apoio social percebido, proveniente da rede familiar e de amizades.<sup>33</sup> No Estudo SABE, realizado no município de São Paulo-SP, o suporte social percebido foi pior para os idosos mais velhos, que não eram casados e com nível mais baixo de escolaridade.<sup>23</sup> Villafuerte et al.<sup>18</sup> apontaram a escassez de apoio afetivo em idosos mexicanos de baixa renda.

Neste estudo, os idosos pontuaram positivamente em suporte social percebido e a maioria relatou que podia contar com apoio afetivo. Durante o processo de envelhecimento,

os idosos tendem a abandonar metas de expansão e crescimento, a fim de investir em relações emocionais significativas, minimizando conflitos e emoções negativas.<sup>17</sup> Para um bom envelhecimento, é necessário que o idoso se mantenha ativo e socialmente participativo.<sup>7</sup> Ao contrário, baixo suporte social objetivo e subjetivo contribui para a ocorrência de déficits cognitivos em idosos com e sem depressão.<sup>34</sup> A qualidade dos contatos sociais e a satisfação com as atividades sociais ajudam a diminuir o impacto de eventos de vida estressantes, cuja ocorrência se torna mais provável na velhice. A disponibilidade de recursos sociais ajuda a compensar as desvantagens produzidas pelo declínio da saúde e do status social na velhice.<sup>35</sup> O envolvimento social é a principal via pela qual as redes sociais influenciam a vida das pessoas, satisfazendo suas necessidades de afiliação e de serem apreciadas, apoiadas, aceitas e merecedoras de credibilidade.

## CONCLUSÕES

O envolvimento em atividades de natureza social traz benefícios para a cognição, a saúde física, a longevidade e a funcionalidade, contribui para a manutenção da rede social do idoso, possibilita trocas sociais e favorece o sentir-se útil, o senso de pertencimento e os intercâmbios de ajuda. A importância de investigar o desempenho dos idosos em atividades avançadas

da vida diária reside no fato de as perdas nessa categoria serem precursoras de déficits em atividades instrumentais da vida diária e em atividades básicas da vida diária.

Esta pesquisa contribui para a compreensão das relações entre a sociabilidade e atividades sociais complexas em mulheres e homens idosos de vários grupos de idade. Ao mostrar relações entre essas variáveis, gênero, escolaridade e nível socioeconômico da cidade onde residiam os idosos, ela oferece uma contribuição útil à teoria e à intervenção. Outras pesquisas no mesmo banco de dados poderão investigar as relações entre esses aspectos da velhice, na presença de condições de saúde física, fragilidade, funcionalidade e sintomas depressivos. Pesquisas longitudinais poderão oferecer dados sobre as trajetórias da sociabilidade, da funcionalidade e da atividade, controlando-se aspectos históricos (coortes) e socioeconômicos.

## AGRADECIMENTOS

A Ludgleydson Fernandes de Araújo (UFPI, campus de Parnaíba); Monica Sanches Yassuda (EACH/USP, São Paulo-SP); Geraldine Alves dos Santos (FEEVale, Novo Hamburgo-RS); Flavia Silva Arbex Borim, Stella Vital de Souza Torres, Efigenia Passarelli Mantovani e Andrea Cristina Garofe Fortes-Burgos (Unicamp, Campinas-SP).

## REFERÊNCIAS

1. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989;37(6):562-9.
2. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scales to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc* 1990;38(8):855-61.
3. Neri AL, Costa TB, Maríncolo JCS, Ribeiro LHM. Atividade física, envolvimento social, produtividade e satisfação com a vida. In: Neri AL, Guariento ME, organizadores. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Alínea; 2011.
4. Del Sindaco D, Zuccalà G, Pulignano G, Cocchi A. La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiaco. *Italian Heart Journal* 2004;5(S10):26-36.
5. George LK. Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc* 2010;65B(3):331-9.
6. Krause N. Social relationships in late life. In: Binstock RH, George LK, editors. *Handbook of aging and the social sciences*; 2006. p.182-201.

7. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
8. Phelan EA, Larson EB. Successful aging: where next? *J Am Geriatr Soc* 2002;50(7):1306-8.
9. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Pantheon Books; 1998.
10. Chiao C, Weng LJ, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health* 2011;11:292.
11. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Rev Ter Ocup* 2011;22(1):45-51.
12. d'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):685-92.
13. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66(4):467-73.
14. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, Editors. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.
15. Neri AL. Dependência e autonomia. In: Guariento ME, Neri AL, organizadores. *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas: Alínea; 2010; p. 31-44.
16. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes PB, Brim OB, editors. *Life-span development and behavior*. New York: Academic Press; 1980. p. 253-68.
17. Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira AA, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri AL, Guariento ME, organizadores. *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Alínea; 2011.
18. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad Saúde Pública* 2011;27(3):460-70.
19. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm* 2010;23(5):625-31.
20. Scheibe S, Carstensen LL. Emotional aging: recent findings and future trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65B(2):135-44.
21. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(5):2603-11.
22. Thomas PA. Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65B(3):351-7.
23. Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(12):2982-92.
24. Litwin H. Social networks and well-being: a comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65B(5):599-608.
25. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* 2013;29(4):778-92.
26. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-56.
27. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-psiquiatr* 2003;61(3B):777-81.
28. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman H. Measuring the functional components of social support. In: Sarason GI, Sarason BR, editors. *Social support: theory, research and applications*. The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff; 1995. p. 73-94.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica n. 27* [acesso em 12 maio 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf). Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
30. Ribeiro PCC, Neri AL, Cupertino APFB, Yassuda MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicol Estud* 2009;14(3):501-9.
31. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva* [acesso em 12 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

32. Doll J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: Neri AL, organizadora. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC; 2007. p. 109-24.
33. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(2):250-7.
34. Dickinson WJ, Potter GG, Hybels CF, McQuoid DR, Steffens DC. Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(12):1267-74.
35. Martin M, Grünendahl M, Martin P. Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(4):P214-22.

Recebido: 27/3/2013

Revisado: 11/4/2013

Aprovado: 30/4/2013