

Apoio social entre mulheres e homens idosos compreendido por meio da modelagem de equações estruturais

Social support among older adults understood through structural equation modeling
Apoio social entre mujeres y hombres mayores entendido a través de modelos de ecuaciones estructurales

Débora Aparecida Silva de Jesus¹

ORCID: 0000-0002-3386-3967

Nayara Gomes Nunes Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-4170-8761

Neilzo Nunes Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-8581-5369

Alisson Fernandes Bolina^{II}

ORCID: 0000-0002-1364-0176

Gianna Fiori Marchiori¹

ORCID: 0000-0001-6363-0059

Darlene Mara dos Santos Tavares¹

ORCID: 0000-0001-9565-0476

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Como citar este artigo:

Jesus DAS, Oliveira NGN, Oliveira NN, Bolina AF, Marchiori GF, Tavares DMS. Social support among older adults understood through structural equation modeling. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 4):e20220188. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0188pt>

Autor Correspondente:

Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa
EDITOR ASSOCIADO: Jules Teixeira

Submissão: 08-04-2022

Aprovação: 02-07-2022

RESUMO

Objetivos: analisar os fatores associados, direta e indiretamente, ao menor apoio social de idosos, segundo o sexo. **Métodos:** estudo transversal, com 941 idosos de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. Realizaram-se análises descritiva e de trajetórias ($p < 0,05$). **Resultados:** observaram-se, nos grupos de mulheres e homens, associações diretas e significativas entre menor rede social ($p < 0,001$; $p < 0,001$), moradia unipessoal ($p = 0,046$; $p < 0,001$), maior número de sintomas depressivos ($p < 0,001$; $p = 0,010$) e menor participação nas atividades avançadas ($p < 0,001$; $p = 0,005$) com menor apoio social, respectivamente. Nas mulheres, a menor idade se associou direta e significativamente ao desfecho ($p < 0,001$). Nos homens, a maior idade, mediada pela menor participação nas atividades avançadas, associou-se indiretamente ao desfecho. **Conclusões:** os homens e mulheres apresentaram menor apoio social associado à rede social, arranjo de moradia, sintomatologia depressiva e participação nas atividades avançadas. A compreensão do contexto do apoio social entre idosos possibilita o estabelecimento de medidas mais eficazes na melhoria do cuidado.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Gênero e Saúde; Apoio Social; Modelos Estatísticos.

ABSTRACT

Objectives: to analyze factors associated, directly and indirectly, with lower social support of older adults, according to sex. **Methods:** a cross-sectional study, with 941 older adults from a health micro-region in Minas Gerais. Descriptive and trajectory analyzes were carried out ($p < 0.05$). **Results:** in groups of women and men, direct and significant associations were observed between a smaller social network ($p < 0.001$; $p < 0.001$), single-person housing ($p = 0.046$; $p < 0.001$), greater number of depressive symptoms ($p < 0.001$; $p = 0.010$) and lower participation in advanced activities ($p < 0.001$; $p = 0.005$) with lower social support. In women, younger age was directly and significantly associated with outcome ($p < 0.001$). In men, older age, mediated by lower participation in advanced activities, was indirectly associated with outcome. **Conclusions:** men and women showed less social support associated with social network, housing arrangement, depressive symptoms and participation in advanced activities. Understanding the context of social support among older adults makes it possible to establish more effective measures to improve care.

Descriptors: Aged; Health of the Elderly; Gender and Health; Social Support; Models, Statistical.

RESUMEN

Objetivos: analizar los factores asociados, directa e indirectamente, al menor apoyo social de los ancianos, según sexo. **Métodos:** estudio transversal con 941 ancianos de una microrregión de salud de Minas Gerais. Se realizaron análisis descriptivos y de trayectoria ($p < 0,05$). **Resultados:** en los grupos de mujeres y hombres se observaron asociaciones directas y significativas entre menor red social ($p < 0,001$; $p < 0,001$), vivienda unipersonal ($p = 0,046$; $p < 0,001$), mayor número de síntomas depresivos ($p < 0,001$; $p = 0,010$) y menor participación en actividades avanzadas ($p < 0,001$; $p = 0,005$) con menor apoyo social, respectivamente. En las mujeres, la menor edad se asoció directa e indirectamente con el resultado ($p < 0,001$). En los hombres, la mayor edad, mediada por una menor participación en actividades avanzadas, se asoció indirectamente con el resultado. **Conclusiones:** hombres y mujeres mostraron menor apoyo social asociado a la red social, arreglo de vivienda, síntomas depresivos y participación en actividades avanzadas. Comprender el contexto de apoyo social entre los ancianos permite establecer medidas más eficaces para mejorar la atención.

Descritores: Anciano; Salud del Anciano; Género y Salud; Apoyo Social; Modelos Estadísticos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno mundial, ocorre de maneira acelerada no Brasil, que possui 13,8% da população composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade⁽¹⁾. Essa alteração no perfil demográfico suscita novas demandas no cuidado ao idoso, reforçando a necessidade de modelos tecnoassistências que considerem, além dos determinantes de saúde, os aspectos sociais como estratégia de apoio para gestão do cuidado integral à população idosa⁽²⁾.

O apoio social, caracterizado como o conjunto de recursos oferecidos por outros indivíduos, representando a totalidade das relações que uma pessoa tem ao seu dispor⁽³⁾, é parte essencial da atenção à saúde do idoso⁽²⁾, por contribuir com melhorias na saúde física e mental desta população⁽⁴⁾. Nas pesquisas desenvolvidas com idosos, verificou-se que o apoio social é determinado por uma complexa rede de fatores, como sexo, idade, renda⁽⁵⁻⁶⁾, arranjo de moradia⁽⁷⁾, rede de apoio social⁽⁸⁾, sintomatologia depressiva^(4,6,9-10) e capacidade funcional^(5,11-12). Esse contexto mostra a relevância dos aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde no estabelecimento e manutenção do apoio social neste grupo etário.

Apesar de escassos os estudos nacionais⁽⁶⁾ e internacionais⁽⁵⁾ que analisaram o apoio social em relação ao sexo, investigações sugerem diferenças entre homens e mulheres idosos⁽⁵⁻⁶⁾. Pesquisa desenvolvida com idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Recife observou que o apoio social, quando analisado concomitante à sintomatologia depressiva, ao estado mental e à resiliência, foi menor entre as mulheres⁽⁶⁾. Inquérito realizado em Gana, na África, identificou que a frequência e o tipo de apoio social recebido pelos idosos, como contatos familiares e amigos, vínculo emocional com outras pessoas, participação em eventos sociais e recebimento de filhos e parentes distantes, impactaram positivamente no seu bem-estar psicológico⁽⁵⁾. A disparidade no apoio social dos idosos ocorreu de acordo com a escolaridade, renda, comorbidades, limitações funcionais e sexo; contudo, não foram realizadas análises de fatores individuais entre homens e mulheres⁽⁵⁾. Esses achados suscitam a necessidade de analisar a perspectiva das diferenças entre mulheres e homens idosos na vivência em seus papéis e oportunidades ao longo da vida⁽¹³⁾, reforçando a necessidade de tal abordagem no planejamento de políticas públicas.

Ademais, embora haja literatura sobre o tema⁽²⁻⁹⁾, são raras as pesquisas que analisaram os fatores explicativos da relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde com o menor apoio social de mulheres e homens idosos, por meio de modelos previamente testados em análises de mediação, ou seja, relações indiretas, e isso justifica a realização do presente estudo. Nesta perspectiva, para melhor compreensão do evento, são necessárias análises que considerem os efeitos diretos e de mediação, como os modelos de equações estruturais⁽¹⁴⁾.

Assim, diante dos resultados das investigações com esta temática⁽⁵⁻¹²⁾, subentende-se que o menor apoio social possa ser influenciado por características sociodemográficas, econômicas e de saúde do idoso, sem, contudo, esmiuçar quais desses fatores atuam de forma direta ou com mediação, diferindo-se segundo o sexo, o que suscita a análise da relação dessas variáveis, para melhoria do cuidado ao idoso.

OBJETIVOS

Analisar os fatores associados, direta e indiretamente, ao menor apoio social de idosos, segundo o sexo.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma universidade no Triângulo Mineiro. As entrevistas foram realizadas após a anuência dos idosos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal e analítico, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁵⁾, e desenvolvido com idosos residentes na área urbana de uma microrregião de saúde no estado de Minas Gerais. A coleta dos dados foi realizada de maio de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista direta. Ainda que os dados tenham sido coletados antes da pandemia, considera-se uma temática atemporal, tendo em vista que o período pandêmico evidenciou de forma enfática a necessidade de apoio social ao idoso.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção da população, utilizou-se a técnica de amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio, considerou-se o sorteio arbitrário por amostragem sistemática de 50% dos setores censitários de cada município da microrregião de saúde. Calculou-se, para cada município, a quantidade de domicílios a ser selecionada proporcionalmente ao número total de idosos residentes nas oito cidades da referida microrregião. Em seguida, a quantidade de domicílios foi dividida pelo número de setores censitários, obtendo-se o número semelhante de idosos a serem entrevistados em cada setor censitário. Por último, em cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente, e os demais, em sentido horário padronizado, até saturar a amostra do setor. Ademais, recrutou-se um idoso por domicílio, e caso existisse mais de uma pessoa com 60 anos ou mais de idade residindo no local, entrevistou-se a que teve o primeiro contato com o entrevistador.

O cálculo do tamanho amostral considerou o coeficiente de determinação $R^2=0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com 10 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha=0,05$ e erro do tipo II de $\beta=0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size*, versão 13, introduziram-se os valores acima descritos, obtendo-se tamanho amostral de, no mínimo, 798 idosos. Considerando perda de amostragem de 20%, o número final de tentativas de entrevista foi de 958.

Foram incluídos no estudo os idosos com 60 anos ou mais de idade e residentes na área urbana da microrregião de saúde. Excluíram-se aqueles com declínio cognitivo, avaliados por meio do Mini-Exame do Estado Mental⁽¹⁶⁾, com sequelas graves de acidente vascular cerebral com perda de força muscular nos membros inferiores e superiores, doença de Parkinson em estágio

grave ou instável, com comprometimentos da motricidade, fala e/ou afetividade.

No total, foram entrevistados 956 idosos, dos quais 15 apresentaram declínio cognitivo. Assim, a amostra final foi composta por 941 idosos.

Protocolo do estudo

Para a coleta dos dados, foram selecionados dez entrevistadores da área da saúde, os quais passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa. Ressalta-se que os entrevistadores foram treinados pelos pesquisadores, membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, e acompanhados até demonstrarem as habilidades necessárias para aplicação dos instrumentos utilizados no atual estudo.

Os dados sociodemográficos, econômicos e morbidades foram obtidos mediante a aplicação do questionário estruturado elaborado pelos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Para verificação dos sintomas depressivos, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, validada no Brasil, composta por 15 questões e com escore total que varia de 0 a 15 pontos⁽¹⁷⁾.

Em relação à capacidade funcional, foram avaliadas as atividades da vida diária básicas (ABVD)⁽¹⁸⁾, instrumentais (AIVD)⁽¹⁹⁾ e avançadas (AAVD)⁽²⁰⁾. As ABVD foram mensuradas por meio do Índice de Katz, adaptado à realidade brasileira e composto por seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado⁽¹⁸⁾. Para as AIVD, utilizou-se a Escala de Lawton & Brody, adaptada no Brasil, com pontuação que varia de 7 (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), categorizando o idoso em dependente total (7 pontos), parcial (8 a 20 pontos) e independente (21 pontos)⁽¹⁹⁾. As AAVD foram verificadas por intermédio da Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária, que avalia a participação do idoso nas atividades: fazer e receber visitas; ir à igreja, reuniões sociais e a eventos culturais; dirigir automóvel; realizar viagens e trabalho voluntário e/ou remunerado; e participar de diretorias, universidades abertas à terceira idade e grupos de convivência. A escala é composta por 13 perguntas de natureza social, com as opções de respostas: nunca fiz, parei de fazer e ainda faço⁽²⁰⁾. Considerou-se o desempenho nas atividades em cada uma das escalas, sendo que as maiores pontuações foram para as ABVD, e as menores, para as AIVD, e AAVD indicaram maior incapacidade funcional.

Para identificar a rede e o apoio social, foi utilizada a Escala de Rede e de Apoio Social, traduzida e validada no Brasil⁽³⁾. A rede social foi mensurada por meio de duas questões, dentre elas: "Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?" e "Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?". O apoio social foi medido pela frequência com que o idoso dispõe de apoio material, ou seja, a provisão de recursos práticos e materiais como: ajuda no trabalho e/ou auxílio financeiro; interação social positiva/apoio afetivo que refletem na possibilidade de se ter alguém para realizar atividades de lazer e oferecer demonstrações físicas de amor e afeto; e apoio emocional/de informação, que consiste na habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais quanto aos problemas emocionais e no fato de poder contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem⁽³⁾. A avaliação das dimensões do apoio

social foi realizada de modo a gerar um escore padronizado para cada dimensão. O escore foi calculado pela razão entre a soma dos valores obtidos nas perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. O escore final, para cada uma das dimensões, variou de 20 a 100 pontos, sendo que, quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social⁽³⁾.

As variáveis independentes sociodemográficas estudadas foram: sexo (feminino, masculino); faixa etária, em anos completos (60-70; 70-80; 80 ou mais); idade (média dos anos de vida completos); raça/cor (branca, não branca); arranjo de moradia (mora só, mora acompanhado); e rede social (número de amigos e parentes com quem pode contar). A variável econômica foi: renda mensal individual, em salários mínimos (sem rendimento; <1; 1; 1-3; 3-5 e >5). E as variáveis de saúde foram: morbidades (média do número de morbidades); sintomas depressivos (média do número de sintomas depressivos); e capacidade funcional (média dos escores ABVD; AIVD; AAVD). A variável dependente foi: apoio social (médias dos escores: apoio social total, apoio material, interação social positiva/apoio afetivo e apoio emocional/de informação). Ressalta-se que, na análise de modelagem de equações estruturais, as variáveis foram utilizadas na forma quantitativa, com exceção do sexo (feminino; masculino), arranjo de moradia (mora só; mora acompanhado) e renda mensal individual, em salários mínimos (sem rendimento; <1; 1; 1-3; 3-5 e >5), que são variáveis qualitativas.

Análise dos resultados e estatística

No programa *Excel*, construiu-se o banco de dados eletrônico, realizando-se a dupla digitação. As inconsistências foram verificadas entre as bases de dados, sendo realizada a correção, quando necessária. As análises foram realizadas nos programas *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 24, e *Analysis of Moment Structures (AMOS)*, versão 24.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências, absoluta e relativa, para variáveis categóricas, e média e desvio padrão, para as quantitativas.

Para a construção do modelo, considerou-se que as características sociodemográficas, econômicas e de saúde estão associadas ao apoio social mediante trajetórias diretas e indiretas. Assim, foi elaborado um modelo hipotético (Figura 1), testado por meio da análise de trajetórias⁽¹⁴⁾, que foi composto por variáveis observadas, representadas por retângulos, classificadas como endógenas e exógenas. As variáveis endógenas recebem setas direcionais, e são atribuídos erros de mensuração, especificados por "e" nos modelos⁽¹⁴⁾.

A partir do modelo hipotético especificado (Figura 1), procederam-se às etapas para a análise de modelagem de equações estruturais, ou seja, recolha dos dados, estimação do modelo e avaliação da qualidade de ajustamento. Os parâmetros foram estimados pelo método de Distribuição Assintótica Livre, e as qualidades de ajustes dos modelos foram avaliadas conforme Teste do Qui-Quadrado (χ^2) $p > 0,05$, *Goodness of Fit Index (GFI)* $\geq 0,95$, *Comparative Fit Index (CFI)* $\geq 0,95$, *Tucker-Lewis Index (TLI)* $\geq 0,90$ e *Root Mean Error of Approximation (RMSEA)* $\leq 0,05$ ⁽¹⁴⁾. O modelo hipotético foi testado e, posteriormente, foram realizadas as reespecificações. Para tanto, foram eliminadas as vias não significativas ($p > 0,05$), realizando os cálculos dos índices de modificações (≥ 1)⁽¹⁴⁾.

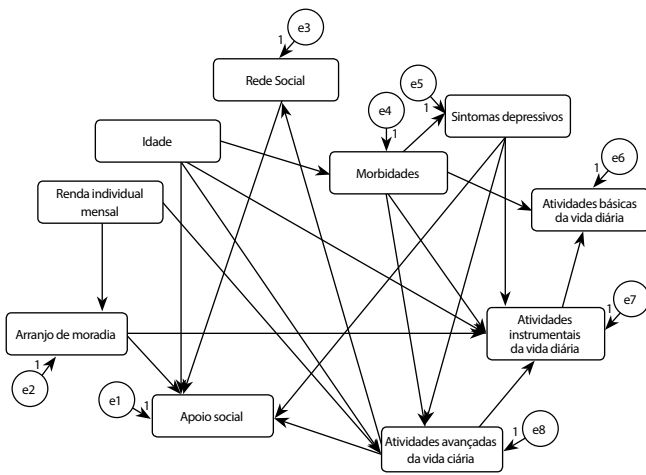


Figura 1 – Modelo hipotético

As associações diretas foram apresentadas por meio das estimativas dos coeficientes padronizados nas trajetórias entre as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde e o apoio social. As indiretas (efeitos de mediação) foram determinadas a partir das trajetórias intermediárias entre as variáveis supracitadas. Os coeficientes padronizados indiretos foram obtidos por meio da multiplicação dos coeficientes das trajetórias diretas entre as variáveis, sendo a significância avaliada com o Teste de Goodman. Em todos os testes, foi fixado o erro tipo I em 5% (valor- $p < 0,05$)⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Em ambos os grupos, mulheres (n=631) e homens (n=310), os maiores percentuais foram para faixa etária 70-80 anos (39,6%; 46,0%), raça/cor branca (63,8%; 58,9%) e morar acompanhado (a) (80,9%; 81,6%), respectivamente. Quanto à renda mensal individual, houve predomínio de idosas que recebiam um salário mínimo (51,3%) e de homens com 1-3 salários mínimos (46,6%).

Tabela 1 - Distribuição das medidas de tendência central das dimensões da Escala de Apoio Social segundo o sexo dos idosos residentes na área urbana da microrregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021

Dimensões de apoio social	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Apoio material	91,83	17,65	92,30	17,18
Interação social positiva/apoio afetivo	86,94	19,10	88,16	18,39
Apoio emocional/de informação	86,52	20,06	87,92	19,07
Apoio social total	88,43	16,40	89,46	16,37

Tabela 2 – Distribuição das médias e do desvio padrão das variáveis sociodemográficas, de saúde e o apoio social incluídas no modelo segundo o sexo dos idosos residentes na área urbana da microrregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021

Variáveis	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Idade (anos completos)	72,99	8,11	73,69	7,80
Morbidades	7,15	3,36	5,20	3,07
Sintomas depressivos (escala de 0 a 15)	3,86	3,42	2,82	2,89
Atividades básicas da vida diária (escala de 0 a 6)	0,08	0,34	0,11	0,51
Atividades instrumentais da vida diária (escala de 7 a 21)	17,94	3,09	17,80	3,34
Atividades avançadas da vida diária (escala de 0 a 13)	5,17	2,38	5,59	2,47
Rede social	4,81	4,07	5,89	6,03
Apoio social (escala de 20 a 100)	88,43	16,40	89,46	16,37

Ao se considerar as três dimensões da Escala de Apoio Social, a média do escore total alcançada pelas idosas foi de 88,43 ($\pm 16,40$), e para os homens, 89,46 ($\pm 16,37$). Na análise de cada dimensão, observou-se maior escore de apoio material em ambos os sexos, feminino (91,83 $\pm 17,65$) e masculino (92,30 $\pm 17,18$) (Tabela 1).

Na Tabela 1, estão apresentadas as dimensões da Escala de Apoio Social, segundo o sexo dos idosos residentes na área urbana da microrregião de saúde (MG).

A média e o desvio padrão das variáveis quantitativas incluídas no modelo, segundo o sexo dos idosos residentes na área urbana da microrregião de saúde (MG), estão descritas na Tabela 2.

Nos dois grupos, mulheres e homens, observou-se que a menor rede social ($\beta=0,23$; $p<0,001$; $\beta=0,23$; $p<0,001$), a moradia unipessoal ($\beta=0,08$; $p=0,046$; $\beta=0,32$; $p<0,001$), o maior número de sintomas depressivos ($\beta=-0,31$; $p<0,001$; $\beta=-0,37$; $p=0,010$) e a menor participação nas AAVD ($\beta=0,17$; $p<0,001$; $\beta=0,15$; $p=0,005$) se associaram diretamente ao menor escore de apoio social, respectivamente. Entre as idosas, a menor idade ($\beta=0,09$; $p=0,007$) também se associou diretamente ao desfecho (Tabela 3).

Os estimadores diretos e indiretos das associações entre as variáveis testadas e o apoio social, segundo o sexo dos idosos da microrregião de saúde (MG), estão apresentados na Tabela 3.

Observou-se, ainda, entre as mulheres e homens, que o maior número de morbididades ($\beta=-0,09$; $\beta=-0,05$), mediado pelo maior número de sintomas depressivos, associou-se indiretamente ao menor escore de apoio social, assim como a menor renda mensal individual ($\beta=0,03$; $\beta=0,02$), mediada pela menor participação nas AAVD, respectivamente (Figura 2).

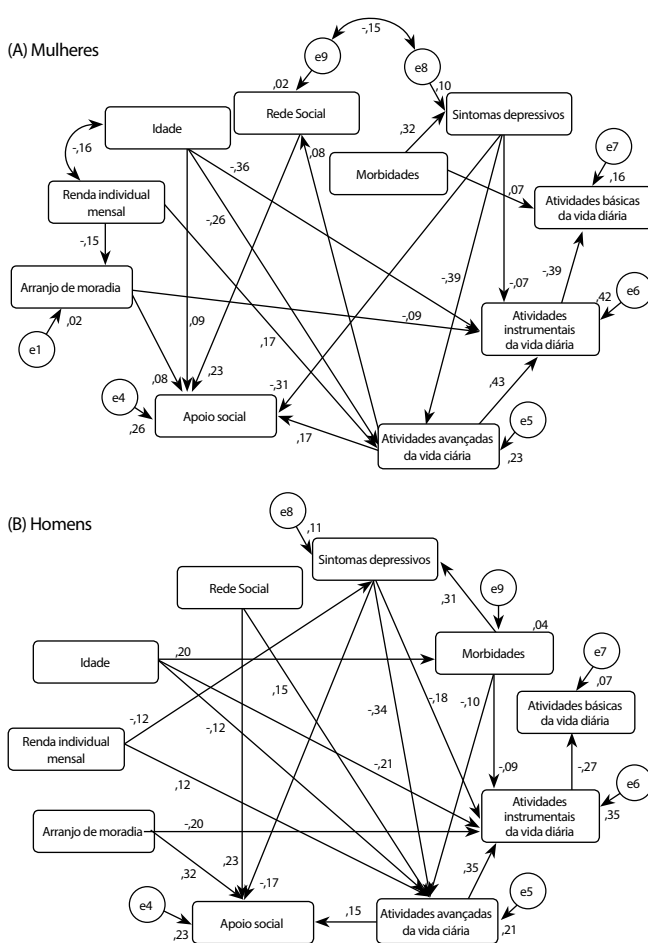
No grupo das mulheres, a menor renda mensal individual, mediada pela moradia unipessoal ($\beta=-0,01$), e no dos homens, o maior número de morbididades ($\beta=-0,02$) e a maior idade ($\beta=-0,02$), mediados pela menor participação nas AAVD, associaram-se indiretamente ao menor escore de apoio social (Figura 2).

A Figura 2 apresenta os modelos com as associações diretas e indiretas entre as variáveis testadas e o apoio social, segundo o sexo dos idosos da microrregião de saúde: (A) Mulheres e (B) Homens.

Tabela 3 – Coeficientes padronizados diretos e indiretos para as variáveis associadas ao apoio social segundo o sexo dos idosos residentes na área urbana da microrregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021

Associações diretas e indiretas	Sexo feminino		Sexo masculino	
	Estimador	p*	Estimador	p*
Associações diretas				
Idade → Apoio social	0,09	0,007	-	-
Rede social → Apoio social	0,23	<0,001	0,23	<0,001
Arranjo de moradia → Apoio social	0,08	0,046	0,32	<0,001
Sintomas depressivos → Apoio social	-0,31	<0,001	-0,17	0,010
Atividades avançadas da vida diária → Apoio social	0,17	<0,001	0,15	0,005
Associações indiretas				
Número de morbidades → Sintomas depressivos → Apoio social	-0,09	<0,001	-0,05	<0,001
Renda mensal individual → Atividades avançadas da vida diária → Apoio social	0,03	<0,001	0,02	<0,001
Renda mensal individual → Arranjo de moradia → Apoio social	-0,01	<0,001	-	-
Número de morbidades → Atividades avançadas da vida diária → Apoio social	-	-	-0,02	<0,001
Idade → Atividades avançadas da vida diária → Apoio social	-	-	-0,02	<0,001

*p<0,05.



Índices de qualidade de ajuste do modelo - (A) (χ^2 (gl=26) = 27,13; p=0,402; CFI = 0,99; GFI = 0,99; TLI = 0,98; RMSEA = 0,008); (B) (χ^2 (gl=27) = 35,17; p=0,135; CFI = 0,96; GFI = 0,97; TLI = 0,93; RMSEA = 0,031).

Figura 2 - Modelos com as associações diretas e indiretas entre as variáveis testadas e o apoio social segundo o sexo dos idosos da microrregião de saúde: (A) Mulheres e (B) Homens

DISCUSSÃO

O menor apoio social entre as mulheres, comparado aos homens, está em consonância com estudos entre idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Recife, Pernambuco⁽⁶⁾.

Contudo, escore inferior de apoio social foi verificado na pesquisa com idosas de um município do estado do Rio Grande do Sul (79,47±17,76)⁽²¹⁾. Esses achados podem estar relacionados à maior longevidade das mulheres⁽¹⁾, o que aumenta as chances de enviuvarem e de viverem só⁽²²⁻²³⁾. O apoio social envolve vínculo, assistência, conforto e recursos disponíveis⁽³⁾, além de favorecer a integração social e ser fundamental para o bem-estar físico e psicológico⁽²⁴⁾. Nessa perspectiva, abordagens que fortaleçam o apoio social e possibilitam integrar a família e componentes da rede social à assistência são recursos que devem ser considerados pelos gestores e profissionais em busca da atenção integral à saúde da população idosa^(2,4).

Em ambos os sexos, o maior escore na dimensão de apoio material também foi verificado entre idosos residentes no município de Natal, Rio Grande do Norte⁽²⁾, e em uma microrregião de Minas Gerais⁽⁴⁾. Isso sugere que a solicitude e o apoio fornecidos durante a realização de atividades, como a ajuda no trabalho ou auxílio financeiro⁽³⁾, são aceitáveis para esses idosos. A avaliação do apoio social, além de indicar o quão integrado socialmente o idoso está, também identifica o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções e lhes oferecem suporte em momentos de crise ou readaptação⁽²⁵⁾. Portanto, todas as dimensões devem estar equilibradas, inclusive para que o idoso tenha com quem compartilhar suas preocupações, solicitar informações, sentir-se amado e ter momentos de prazer e relaxamento⁽³⁾.

Corroborando os nossos achados, estudos apontaram que, na velhice, a rede social pode tornar-se mais restrita, com enfoque na família, em razão de mudanças, como perda do cônjuge e/ou problemas de saúde⁽⁴⁾, o que pode se associar negativamente ao apoio social. Em inquérito brasileiro, observou-se que a rede domiciliar se destacou na oferta de apoio social ao idoso, por conta do menor número de integrantes⁽⁸⁾. Ressalta-se que a rede de apoio social protege o indivíduo em seus aspectos físico, mental e psicoafetivo⁽⁴⁾. Assim, a identificação de suas características, tais como o número de amigos, a frequência e intensidade dos contatos, a existência ou não de pessoas ítimas, poderá contribuir com o desenvolvimento de práticas sociais^(4,8). Tais questões são essenciais na prevenção de vulnerabilidade e de isolamento social no decorrer do processo de envelhecimento humano^(4,8).

Semelhante ao que identificamos, observou-se, entre os idosos norte-americanos⁽⁹⁾ e chineses⁽⁷⁾ que residiam sozinhos,

menor propensão ao recebimento de recursos financeiros e apoio emocional de seus familiares, em comparação àqueles viviam com a família^(7,9). Entretanto, sabe-se que viver com a família, por si só, não garante apoio nos momentos de necessidade, pois os membros da família eventualmente não estão preparados para lidar com as especificidades do envelhecimento, em especial pela restrição em oferecer suporte instrumental no cotidiano⁽²³⁾. Portanto, o arranjo de moradia unipessoal pode representar uma conquista do idoso que vivencia o decorrer da idade com mais privacidade e independência⁽²²⁾; contudo, pode ser fator de risco para o menor apoio social^(7,9), como observado no nosso estudo, com destaque para o sexo masculino. Nesse contexto, é mister atentar-se para a solidão entre os idosos e a diminuição de seus laços sociais como fatores eminentes na relação com o apoio social. A família é reconhecida como fonte de apoio social que impacta positivamente na saúde mental e no grau de satisfação com a vida desses indivíduos^(6,23).

Estudos nacionais^(4,6) e internacionais⁽⁹⁻¹⁰⁾ corroboram com nossos resultados, ao evidenciarem associação entre a presença de sintomas depressivos e o menor apoio social nos idosos da comunidade^(4,6,9-10). Há evidências de que os aspectos sociais e de saúde deixem os idosos mais vulneráveis à ocorrência de eventos estressores, favorecendo o surgimento de sintomas depressivos⁽⁴⁾, o que pode impactar negativamente na percepção do apoio social recebido^(6,9-10). As práticas integrativas e complementares do Sistema Único de Saúde, como a terapia comunitária integrativa, têm sido consideradas ferramentas de cuidado eficaz na atenção à saúde mental da população idosa, por favorecer a construção de vínculos, que reflete o sentimento de pertencimento a um grupo, aumentando a sensação de bem-estar e de apoio social recebido⁽⁴⁾.

A participação em atividades sociais, como as AAVD, também favorece o apoio social para a população idosa, como identificado no estudo desenvolvido no Brasil, que identificou correlação entre funcionalidade de idosos e o apoio social⁽⁸⁾, corroborando em partes com nossos resultados. É essencial que os profissionais de saúde estimulem o engajamento da pessoa idosa em atividades sociais, visando ampliar a sua rede de contatos e, portanto, oferecer suporte nos momentos de necessidades⁽⁸⁾.

No atual estudo, constatamos que, entre as mulheres, a menor idade se associou diretamente ao menor escore de apoio social, o que reforça estudo realizado com idosas residentes em uma região de baixa renda no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, no qual se observou que, quanto menor a idade, menor o apoio social recebido⁽²⁶⁾. Em oposição a esses dados, evidenciou-se em estudo realizado com amostra predominantemente de mulheres que os idosos apresentaram menor rede de apoio social com o avançar da idade⁽⁸⁾. As políticas sociais devem considerar a situação das mulheres idosas, especialmente aquelas mais suscetíveis ao isolamento social.

Em outro inquérito de base populacional, identificou-se, entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Maringá, Paraná, que as doenças crônicas aumentaram as chances de sintomas depressivos em idosos⁽²⁷⁾, podendo, por tanto se relacionar ao menor apoio social percebido⁽⁶⁾. Tais dados contribuem para a compreensão dos nossos resultados, e evidenciam a necessidade de o profissional de saúde, durante a avaliação geriátrica, rastrear a sintomatologia depressiva, em

especial entre os idosos com morbidades, visando propiciar e estimular o apoio social.

A vulnerabilidade socioeconômica relacionada às condições adversas de saúde, incluindo as incapacidades funcionais, pode afetar o apoio social de idosos⁽¹¹⁾, o que coaduna com o presente estudo, ao verificar que a menor renda mensal individual, mediada pela menor participação nas AAVD, associou-se indiretamente ao menor apoio social. Destaca-se que não foram identificadas, na literatura científica, pesquisas que avaliaram o papel mediador da participação nas AAVD na associação entre essas variáveis. Contudo, pesquisas desenvolvidas na região Sudeste do Brasil⁽²⁸⁾ e em outras regiões⁽²⁹⁾ verificaram que idosos com baixa renda tiveram menor participação nas AAVD⁽²⁸⁻²⁹⁾. Tal resultado pode estar relacionado ao fato de os idosos com menor renda, geralmente, residirem em áreas mais vulneráveis socialmente⁽³⁰⁾ e, portanto, apresentarem menor participação em atividades sociais, como as AAVD, devido ao acesso restrito nessas áreas a serviços para a comunidade e, sobretudo, pelas limitações sanitárias e de infraestrutura urbana nessas localidades⁽³¹⁾.

Consequentemente, a baixa participação nessas atividades interfere na satisfação com as relações pessoais, além de limitar a interação e o suporte social entre membros da comunidade⁽³²⁾, podendo impactar negativamente na percepção do apoio social recebido.

Eventualmente, os idosos, por meio da aposentadoria, são os provedores fundamentais da família, mesmo que os filhos tenham se casado⁽³³⁻³⁴⁾. Partindo do pressuposto que a família é considerada o principal suporte social para as atividades fora do ambiente doméstico⁽³⁵⁾, é possível que aqueles com melhor rendimento mensal e que colaboram financeiramente com o sustento do núcleo familiar recebam maior auxílio e incentivo na participação nas AAVD e, consequentemente, percebam de forma mais positiva o apoio social recebido.

Nossos achados reforçam a importância de o profissional de saúde se atentar para aspectos relacionados aos impactos dos determinantes sociais e de saúde no apoio social de idosas com baixa renda, especialmente daquelas que vivem sozinhas. Sabe-se que os domicílios fornecem o primeiro núcleo de interação e apoio social, influenciando, assim, o acesso a bens e recursos⁽²²⁻²³⁾; quando são unipessoais, cabe verificar se o idoso possui apoio social, particularmente quando tem baixa renda.

Em relação aos homens, pesquisa realizada em sete municípios do Brasil ratifica parcialmente nosso estudo, uma vez que os idosos do sexo masculino, mais velhos e com três ou mais doenças autorreferidas apresentaram menor engajamento nas AAVD⁽²⁹⁾, embora não tenha avaliado o efeito de mediação desta variável. Esse fato pode ocorrer em razão do processo de envelhecimento humano, que é marcado pela maior vulnerabilidade para o surgimento de condições crônicas de saúde e barreiras sociais⁽³⁵⁾, que podem diminuir a participação nessas atividades. Idosos do sexo masculino com limitações funcionais, decorrentes do avançar da idade ou de condição de saúde, são menos participativos socialmente, e esse menor engajamento nas AAVD pode interferir negativamente na sua percepção de apoio social recebido⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Tais dados revelam a necessidade de estimular os homens idosos, especialmente aqueles com idade avançada e com

condições cônicas de saúde, a participarem de atividades sociais, visando ao fortalecimento da sua rede de apoio social. Dessa forma, os profissionais da Atenção Primária à Saúde podem propor atividades educativas em grupo destinadas aos idosos do sexo masculino, tendo em vista a potencial melhoria da assistência à saúde e a integração social⁽⁶⁾.

Limitações do estudo

O fato de a presente pesquisa ter excluído idosos com indicativo de declínio cognitivo pode ter ocasionado uma amostra mais seleta de idosos saudáveis. No entanto, é importante ressaltar que a possibilidade de viés de seleção foi minimizada, uma vez que todos os idosos elegíveis foram entrevistados. Ressalta-se a necessidade de realização de pesquisas longitudinais e multicêntricas, com amostras representativas desta população nos diversos estados brasileiros, a fim de contribuir com a melhoria da atenção à saúde do idoso.

Contribuições para enfermagem, saúde e políticas públicas

O estudo foi realizado com uma amostra representativa de uma microrregião de saúde composta por oito municípios. Utilizou-se a análise de modelagem de equações estruturais, segundo o sexo, para estimar os efeitos das variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde no apoio social entre idosos. Assim, os resultados identificados podem ajudar no planejamento de medidas direcionadas à população idosa e fornecem ferramentas ao enfermeiro para o rastreamento precoce de situações capciosas, considerando as especificidades de mulheres e homens, com o reconhecimento das características que representem maior risco de impacto negativo no apoio social em cada um desses

subgrupos, além do acompanhamento das necessidades individuais na Atenção Primária à Saúde.

Ademais, o fortalecimento e/ou implementação do apoio social entre idosos carrega melhorias para a saúde destes, e, portanto, deve ser estimulado⁽⁸⁾. Logo, os profissionais devem fomentar a formação de redes sociais entre familiares e amigos, em que o idoso possa, efetivamente, interagir, com a composição de relações que satisfaçam as necessidades desse grupo etário⁽⁸⁾.

CONCLUSÕES

Concluimos que as idosas apresentam menor nível de apoio social. Porém, independentemente do sexo, a menor rede social, a moradia unipessoal, o maior número de sintomas depressivos e a menor participação nas AAVD se associaram diretamente ao menor escore de apoio social. Identificamos também associações indiretas, em ambos os grupos, entre o maior número de morbidades, mediada pelo maior número de sintomas depressivos, e a menor renda, mediada pela menor participação nas AAVD com o desfecho. Ademais, observamos que a idade foi um fator que diferiu entre os sexos, sendo que, no grupo das idosas, a menor idade se associou diretamente ao menor apoio social. Já entre os homens, a maior idade, mediada pela menor participação nas AAVD, associou-se indiretamente ao desfecho.

Dessa forma, o estudo amplia a compreensão do contexto em que o apoio social se estabelece entre os idosos. Com isso, possibilita, por parte de profissionais assistentes e gestores, o estabelecimento de medidas mais eficazes de melhoria no cuidado ao idoso, com potencial de ampliar o apoio social, a exemplo daquelas que promovem grupos de participação social, capazes de contribuir para a capacidade funcional nas AAVD e melhorar o perfil da sintomatologia depressiva entre os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população por sexo e idade: indicadores implícitos na projeção - 2020/2060 [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>
2. Guedes MBOG, Lopes JM, Guedes TSR, Lima AL, Oliveira DCF, Lima KC. Validade e acurácia do Guedes Tool para avaliar o apoio social informal para idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(2):e200059. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200059>
3. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
4. Tavares DMS, Oliveira NGN, Santos PFC. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Cien Enferm*. 2020;26(9):1-12. <https://doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>
5. Gyasi RM, Phillips DR, Abass K. Social support networks and psychological wellbeing in community-dwelling older Ghanaian cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(7):1047-57. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001539>
6. Cordeiro RCC, Santos RC, Araújo GKN, Nascimento NM, Souto RQ, Ceballos AGC, et al. Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180191. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>
7. Mao X, Han WJ. Living arrangements and older adults' psychological well-being and life satisfaction in China: does social support matter? *Fam Relat*. 2018;67(4):567-84. <https://doi.org/10.1111/fare.12326>
8. Brito TRPD, Nunes DP, Duarte YAO, Lebrão ML. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 02). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>
9. Chan E, Procter-Gray E, Churchill L, Cheng J, Siden R, Aguirre A, et al. Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health*. 2020;7(3):521-34. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>

10. Mohd TAMT, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(7):e026667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>
11. Sant'Ana LA, D'Elboux AMJ. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde Debate*. 2019;43(121):503-19. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912117>
12. Guadalupe S, Cardoso J. The informal social support networks as sources of social provision in Portugal: the case of elderly population. *Soc Estado*. 2018;33(1):213-48. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
13. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00173317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173317>
14. Maroco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações. Peró Pinheiro: Report Number; 2014.
15. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624): 806-8. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):01-07. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2-B):421-26. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
18. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-12. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
20. Dias EN, Silva JV, Pais-Ribeiro JL, Martins T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatr Nurs*. 2019;40(1):7-12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.008>
21. Garces SBB, Figueiró MF, Hansen D, Rosa CB, Brunelli AV, Bianchi PD, et al. Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e o apoio social. *Estud Interdiscipl Envelhec[Internet]*. 2017 [cited 2021 Mar 20];22(1):9-30. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/43412/48373>
22. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):523-31. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>
23. Bolina AF, Araújo MC, Haas VJ, Tavares DMS. Associação entre arranjo domiciliar e qualidade de vida de idosos da comunidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29(e3401). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
24. López-Cerdá E, Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA. Social support for elderly people over 65 years in Spain. *Int Nursing Rev*. 2019;66(1):104-11. <https://doi.org/10.1111/inr.12468>
25. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano EC. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. *Trends Psychol*. 2018;26(1):387-99. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>
26. 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. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000500007>
27. Oliveira DV, Pivetta NRS, Oliveira GVN, Silva DA, Nascimento Júnior JRA, Cavaglieri CR. Factors influencing depression markers in elderly primary healthcare center patients in Maringá, Paraná, Brazil, 2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(3):e2018043. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000300010>
28. Veloso MV, Sousa NFS, Medina LPB, Barros MBA. Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200093. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200093>
29. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):7-20. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15044>
30. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Hass VJ. Fatores associados à vulnerabilidade social, individual e programática de idosos que vivem no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03429. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050103429>
31. Virgínio JP, Lopes AI, Carvalho JL, Andrade J, Lima MG, Bolina AF. Vulnerabilidade social e cobertura do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):297-304. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3955>
32. Oliveira NGN, Tavares DMS. Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 3): e20200110. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110>
33. Sant'Ana LA, D'Elboux AMJ. Comparison of social support network and expectation of care among elderly persons with different home arrangements. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e190012. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190012>
34. Sampaio TSO, Sampaio LS, Vilela ABA. Conteúdos e estrutura representacional sobre família para idosos em coresidência. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1309-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09122017>
35. Singer L, Green M, Rowe F, Ben-Shlomo Y, Morrissey K. Social determinants of multimorbidity and multiple functional limitations among the ageing population of England, 2002–2015. *SSM Popul Health*. 2019;8(1):e100413. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100413>

36. Harling G, Morris KA, Manderson L, Perkins JM, Berkman LF. Age and gender differences in social network composition and social support among older rural South Africans: findings from the HAALSI study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2020;75(1):148–59. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby013>
 37. Matud MP, García MC, Fortes D. Relevance of gender and social support in self-rated health and life satisfaction in elderly spanish people. *Int . Environ Rev Public Health.* 2019;16(15):1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152725>
-