

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública

*AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL EM
IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR PAULISTA*

Rodrigo Albuquerque Giacomini

Botucatu – SP
2009

Rodrigo Albuquerque Giacomini

*AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL EM
IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR PAULISTA*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Adjunta Tânia Ruiz

Botucatu – SP
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Giacomini, Rodrigo Albuquerque.

Avaliação do apoio social em idosos em um município do interior paulista /
Rodrigo Albuquerque Giacomini. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Tânia Ruiz

Assunto CAPES: 40600009

1. Idoso - Aspectos sociais 2. Saúde do idoso 3. Saúde coletiva

CDD 618.97

Palavras-chave: Apoio social; Idosos; Qualidade de Vida

Agradecimientos

À Prof. Dra. Tânia Ruiz, minha orientadora, pela paciência, estímulo, dedicação e competência que teve para comigo e pela contribuição que teve para a minha iniciação e desenvolvimento enquanto pesquisador.

Realizar um trabalho de mestrado é como descobrir um mundo novo, cheio de descobertas, receios, expectativas, dificuldades, sonhos, etc. e de uma forma direta ou indireta, várias pessoas acabam contribuindo para que este projeto se torne realidade.

A meus pais e irmãs que sempre me estimularam a continuar este projeto, mesmo em momentos de incertezas e dificuldades e que também vibraram a cada passo dado.

À minha família de um modo geral pelo estímulo e pela torcida para que eu concluísse este trabalho, e em especial a meu primo César, pesquisador, mestre e quase Doutor, que sempre me teceu palavras de estímulo, motivando-me a seguir em frente.

A Luceime Olívia Nunes e Lucilene Cabral, do Departamento de Saúde Pública, que me ajudaram objetivamente em várias fases deste projeto e a todos de um modo geral, deste mesmo departamento.

A todos os funcionários da biblioteca, pela atenção e disposição em me ajudar.

A Prof.^a Sílvia Bocchi, que com seu vasto conhecimento, suavidade, firmeza, ternura, também contribuiu muito de forma prática para a realização desta tese.

Aos amigos e colegas que direta ou indiretamente, às vezes mesmo à distância serviram de apoio para que eu seguisse firme em meu propósito, suavizando um pouco os percalços pelo caminho.

Especialmente aos idosos, que são a razão deste trabalho.

Resumo

RESUMO

Este trabalho surgiu a partir da constatação de que o aumento da população idosa vem ocorrendo em proporções cada vez maiores e de que ha uma relação positiva entre o apoio social e melhores condições de vida e saúde. Em face dessas considerações, faz se necessário o conhecimento das necessidades e condições de vida deste segmento etário para que possamos estar melhor preparados para oferecer serviços que possam garantir melhor qualidade de vida a esta população.

Este estudo é um trabalho epidemiológico do tipo transversal, populacional, com o objetivo de descrever as características demográficas e de apoio social relativamente aos idosos, no município de Botucatu – SP. Utilizou-se para tanto de perguntas da escala *Medical Outcome Study (MOS)*. A população caracterizou-se por um percentual maior de mulheres do que de homens, o percentual de homens casados foi maior do que o de mulheres casadas. Tanto homens quanto mulheres têm baixo nível de escolaridade, em geral ate a 4. série do 1. grau. A maioria dos idosos que ainda trabalhavam eram homens, e, um terço, não importando o gênero, tinha renda menor que um salário mínimo. A análise dos dados demonstrou que o idoso do município de Botucatu conta com apoio social razoável. Entretanto, os idosos não casados são os que apresentam menor apoio social e a categoria de apoio social “interação social positiva” pode ser incrementada através de políticas sociais, que, como sugestão, deveriam ser organizadas através da atenção básica em saúde.

Palavras Chaves: apoio social, idosos, qualidade de vida.

Abstract

ABSTRACT

The present work started with the verification that the increase of the aged population has been taking place in higher and higher proportions and there is a positive relation among social support and better life and health conditions. According to these considerations, it's necessary the knowledge of necessities and life conditions of this age group to provide better quality of life to this population.

This study is an epidemiological work of the transversal type, populational with the goal of describing demographic characteristics and social support to the aged in the municipality of Botucatu - SP. To measure social support, questions from the Medical Outcome Study(MOS) were used. The population was characterized by a higher percentage of women than men, by married men than married women, on the whole, both with elementary school (4. grade). Most aged that worked were men, and 30.1% of men and women earned less than one minimum wage. A data analysis has basically shown that the aged in the municipality of Botucatu present a reasonable level of social support. However, the "not married" elderly are those who have less social support and the category of social support " positive social interaction" could be increased through social policy that, as suggestion should be organized through a basic attention of health.

Keywords: social support, aged, quality of life.

*Lista de Tabelas, Gráficos
e Quadros*

LISTA DE TABELAS, GRAFICOS E QUADROS.

Tabela 1 –	Distribuição da população de 60 anos e mais por idade e sexo. Botucatu - 2006	30
Tabela 2 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo sexo e estado conjugal. Botucatu – 2006.....	30
Tabela 3 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo idade e estado conjugal. Botucatu – 2006.....	31
Tabela 4 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo escolaridade e idade. Botucatu – 2006	31
Tabela 5 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo sexo e aposentadoria. Botucatu – 2006	32
Tabela 6 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo faixa etária e renda em salários mínimos. Botucatu – 2006.....	33
Tabela 7 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém se ficarem de cama”. Botucatu – 2006.....	36
Tabela 8 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém para preparar suas refeições caso não possam prepará-las”. Botucatu – 2006.....	36
Tabela 9 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém para levar ao médico se precisarem”. Botucatu – 2006.....	37
Tabela 10 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém para ajudá-los nas tarefas diárias, caso fiquem doentes”. Botucatu – 2006.....	37
Tabela 11 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “sexo” e “se contam com alguém para ajudá-los nas diárias, caso fiquem doentes”. Botucatu – 2006.....	38
Tabela 12 –	Distribuição de população de 60 anos e mais segundo “sexo” e “se contam com alguém em que possam confiar ou de você sobre seus problemas”. Botucatu – 2006.....	38

Tabela 13 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “morar sozinho ou não” X “se contam com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos”. Botucatu – 2006.....	39
Gráfico 1 –	Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “se ainda trabalham” e “sexo”. Botucatu – 2006.....	32
Quadro 1 –	Distribuição de população de 60 anos e mais no município de Botucatu (2006) segundo suas respostas às perguntas utilizadas referente ao instrumento utilizado no “ <i>Medical Outcome Study</i> ” de 1991.....	35

Lísta de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
MOS	Medical Outcome Study
AVD	Escala de Atividades de Vida Diária
AIVD	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
CAGE	Avaliação de dependência de alcoolismo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
PSF	Programa Saúde da Família

Sumário

SUMÁRIO

I Introdução	15
II Objetivos	22
III Metodologia.....	24
Caracterização do Município	25
Método.....	25
IV Resultados	29
V Discussão	40
VI Conclusão	44
VII Sugestão.....	46
Referências Bibliográficas	48
Anexos	52
Questionário do Entrevistador.....	53

I Introdução

I INTRODUÇÃO

A população idosa tem proporção cada vez maior, a nível mundial, devido a várias causas e, dentre elas, destacam-se melhores condições de vida e tratamentos de saúde mais eficientes em razão de grandes inovações científicas e tecnológicas e mudanças nas taxas de natalidade (KALACHE, 1996).

A população brasileira vem também apresentando um crescimento acentuado na faixa etária dos idosos, o que é muito importante, particularmente no que se refere a suas implicações sociais (RAMOS, 1987).

De acordo com Coelho Filho e Ramos (1999), no período de 1980 a 2000, estimou-se um crescimento total da população brasileira de 56% para um crescimento da população idosa de mais de 100%.

Estima-se que a faixa etária da população brasileira com 60 anos e mais, passará de 5% da população total, em 1960, para 14%, em 2025, proporção esta que será semelhante ao que hoje apresentam os países desenvolvidos (COELHO FILHO E RAMOS, 1999).

Aproximadamente 75% dos idosos do Brasil vivem nas regiões Sudeste e Nordeste do país (IBGE, 1992).

Segundo Pinto et al. (2006), a população de 60 anos de idade ou mais aumentou em quase quatro milhões de pessoas, fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da expectativa de vida, e o segmento que mais cresceu, a partir da década de 80, foi aquele das pessoas de 75 anos ou mais. De acordo ainda com o IBGE, (2000) foi registrado, em seu último censo, aumento de nonagenários e até de centenários.

Conforme Coelho Filho e Ramos (1999), as precárias condições de vida e de oportunidades de emprego têm levado à migração de muitos jovens do Nordeste para outras regiões do país, acarretando com isso, efeitos sobre a rede de suporte familiar a idosos de nível socioeconômico mais baixo. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário.

Se por um lado o envelhecimento populacional traz a possibilidade de vivermos mais, por outro, gera questões quanto ao que fazer e como usar melhor

este tempo que está sendo adicionado a nossas vidas em relação à qualidade da mesma, já que com o acréscimo da expectativa de vida, há uma tendência maior de um percentual mais alto de pessoas com idades mais avançadas com mais problemas de saúde, maior número de idosos com dependência, e, portanto, suscetíveis de maiores cuidados. Isso gera muito interesse para que se estude o tema “apoio social”, pois é através das medidas que assim são socialmente definidas que esses idosos poderão incorporar qualidade de vida a esta maior longevidade. Diante desta realidade se torna importante a conceituação de Apoio Social como:

“A disponibilidade de alguém em prover ajuda ou suporte emocional para proteger indivíduos de algumas das conseqüências negativas das principais doenças ou de situações estressantes. O interesse no conceito de suporte social tem aumentado consideravelmente durante os últimos anos devido à crença de que a sua disponibilidade pode ter um impacto favorável na saúde de uma pessoa e em seu bem estar emocional” (STEWART, 1991).

Caplan (1974), define apoio social como *“um sistema de apoio formado por relações formais e informais através do qual um indivíduo recebe apoios emocionais, cognitivos e materiais, para enfrentar situações geradoras de stress”*.

Cobb (1976) se refere a 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 Norberck e col (1981) e Berkman (1984), *“apoio social envolve referências emocionais – alguém com quem contar em situações difíceis, auxílio material ou de informação, e percepção de valorização no contexto dos grupos dos quais o indivíduo faz parte”*.

Alguns autores fazem distinção entre os tipos de apoio social. Dentre eles Cramer, Henderson e Scott (1997), distinguem “apoio social percebido” e “apoio social recebido”, sendo o primeiro “o apoio que a pessoa percebe como disponível” e o segundo “o que foi recebido por alguém”.

Shebourne & Stewart (1991), refletem que os pesquisadores têm tentado medir os componentes funcionais do apoio social sob a crença de que o aspecto mais essencial do apoio social é a disponibilidade percebida do apoio funcional.

Apoio funcional, segundo tais autores, seria o grau com que as relações interpessoais suprem certas funções, tais como apoio emocional, afetivo, material, de informação e interação social positiva.

A maioria dos autores ressalta que relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde (HOUSE et AL. 1998).

Segundo Ramos (2002), os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são totalmente conhecidos. Sugere-se que a ajuda recebida e a ajuda oferecida contribuem para um senso de controle pessoal e isso tem uma influência positiva no bem estar psicológico.

Liang e col (2001) usam o conceito de “trocas sociais” como fator crítico para o bem estar. Para tal autor os efeitos do receber e oferecer apoio e os da reciprocidade são fundamentais para este bem estar.

Berkman (1999), afirma que o apoio social poderia tanto proteger os indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes – **efeito amortecedor** – quanto afetar direta e positivamente a saúde das pessoas – **efeito direto** - ao fornecer recurso (ajuda econômica, material, informações), melhor acesso ao cuidado à saúde e regulação de hábitos tais como o consumo de álcool e tabaco.

É importante observar que o “efeito direto” do apoio social tem repercussões sobre o indivíduo, esteja ele passando por situações estressantes ou não, ou seja, de que o apoio social pode tanto manter bem como contribuir para o bem estar físico e mental, independentemente de níveis de estresse ou doença.

Segundo Roth (1989), o apoio social é um conceito em construção que envolve ao mesmo tempo estrutura da rede de relacionamentos sociais e adequação de sua função, principalmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que desfruta.

A diferença entre rede social e apoio social é que a rede social pode ser definida como um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas, enquanto o apoio social enfoca a qualidade de interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo que os recebe (ROTH 1989), embora vários autores utilizem estas expressões indistintamente, além de outros termos como relações sociais, integração social, vínculos sociais e ancoragem social (CASTRO e col 1997).

De acordo com Thoits e Due et al. (1995 e 1999), o apoio social é composto de estrutura e função.

A estrutura se refere à organização do vínculo entre pessoas e pode ser descrita sob vários aspectos, tais como número de relações ou papéis sociais que uma pessoa tem, frequência de contatos com membros de uma determinada rede, etc. É composta por relações formais e informais.

As relações formais são mantidas devido a posições e papéis desempenhados na sociedade e incluem profissionais e instituições; já as informais – tidas como de maior importância pessoal e afetiva – são formadas por todos os indivíduos – família, amigos, vizinhos, colegas de comunidade, de trabalho, etc – e pela ligação afetiva com quem se tem uma relação familiar.

A função do apoio social abrange os aspectos qualitativos e comportamentais das interações que ocorrem dentro das redes sociais, incluindo os conceitos de ancoragem social e as relações de tensão.

A ancoragem social está ligada a um “sentimento de pertencimento como membro de um grupo” ou o “grau de enraizamento” a este grupo.

Embora tenhamos até aqui explicitado os efeitos positivos do apoio social, sabe-se que as relações sociais podem ser causa de tensão emocional ou instrumental por conflitos ou demandas excessivas – relações de tensão. Devido a este aspecto negativo que pode estar presente nas funções das relações sociais, alguns autores começaram a considerar, nas escalas de avaliação do apoio social, o apoio percebido ou a avaliação subjetiva do apoio (ROSA 2004).

“Medir” a estrutura da rede social permite avaliar o grau de isolamento ou integração social de um indivíduo e se este está socialmente conectado com os outros (THOITS, 1995, DUE e col 1999).

Visando operacionalizar o conceito de apoio social bem como encontrar instrumentos para medi-lo, foram propostas cinco dimensões funcionais de apoio social (BOWLING 1997, OSTERGREN 1991 e SHEUBORNE 1991):

1) **Material**: está ligada ao auxílio aos idosos caso necessitem, ao acesso dos mesmos a serviços práticos e recursos materiais, como por exemplo, ajuda financeira ou empréstimo de material, numa situação emergencial;

2) **Afetiva**: ligada a expressões de amor e afeto para com o idoso:

3) **Emocional**: envolve expressões de empatia, amor, carinho, confiança, estima, escuta e interesse;

4) **Informação:** relativo a informações que poderão ser utilizadas para se lidar com problemas. Pode ser medida considerando-se o acesso dos idosos a aconselhamentos, orientações, sugestões e informações;

5) **Interação Social Positiva:** observada pela disponibilidade dos idosos em ter com que se divertir e relaxar.

Alguns autores consideram que o número e a estrutura dos vínculos sejam menos significantes para a percepção de apoio recebido do que possuir pelo menos um vínculo que seja significativo, bastante próximo e de confiança (THOITS, 1995).

Outros entretanto, ressaltam que o tamanho, a coesão e o tipo de relacionamentos de uma rede social são fatores que influenciam o recebimento de vários tipos de apoio social (BARRERA 1986, WELLMAN e WORTLEY 1990, citado em THOITS 1995).

Segundo Pinto et al. (2006), o prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado muitos questionamentos sobre os determinantes das condições de saúde dos idosos na sociedade atual. Estes mesmos questionamentos desdobram-se gerando novas questões em razão da impossibilidade de explicar integralmente diferenças na distribuição de enfermidades físicas e mentais pelos contrastes socioeconômicos e biológicos presentes na população. Isto posto, explica a motivação de muitos pesquisadores a estudar o papel de fatores psicossociais.

Ao se considerar a correlação entre apoio social e condições gerais de saúde observa-se uma associação positiva entre elas, ou seja, quando o indivíduo tem acesso ao apoio social e /ou percebe tal apoio positivamente, as condições de saúde do mesmo tendem a ser melhores se comparadas à ausência ou baixo nível de apoio social (House et AL. 1998).

Há estimativas de que em 2050 não haverá adultos suficientes para cuidar dos idosos, havendo uma grande probabilidade de adolescentes e até mesmo crianças exercerem o papel de “cuidadores” (PALLONI, PELAEZ 2003).

Devido a esta projeção, torna-se fundamental pensarmos no desenvolvimento e criação de redes públicas de apoio social que possam dar conta da demanda crescente por este tipo de suporte.

É interessante se observar que, atualmente no sistema de atenção básica, encontramos vários programas destinados a diversos perfis da população em geral, como, por exemplo, programas para gestantes, saúde da mulher, crianças, adolescentes, porém nada mais abrangente relativo à saúde do idoso.

Portanto, trabalhar para que estes idosos não acrescentem apenas horas a mais em suas vidas, prolongando o sofrimento devido a limitações físicas, sociais, psicológicas, econômicas, contribuirá para que suas vidas melhorem em todos os aspectos relacionados à qualidade de vida. Desta forma, interessou-nos identificar qual a percepção que têm os idosos do município de Botucatu do apoio social que tem sido disponibilizado para os mesmos e localizar grupos de risco, tentando chamar atenção das equipes dos PSFs quanto à importância do apoio social enquanto fator condicionante de saúde.

Ao identificarmos estes dados, acreditamos que os mesmos poderão ser úteis para que o sistema de atenção à saúde básica possa estruturar uma eficiente rede de apoio social em sua área de abrangência, com prováveis resultados positivos sobre a saúde desta população.

II Objetivos

II OBJETIVOS

Estudar o apoio social da população de sessenta anos e mais do município de Botucatu, identificando grupos de risco em relação a este aspecto.

III Metodología

III METODOLOGIA

Caracterização do Município

Botucatu é um município do estado de São Paulo, localizado a 224,8 Km da cidade de São Paulo, na parte centro sul do Estado, tendo uma área de 1.482,87 km². As rodovias de acesso a São Paulo são a Marechal Rondon e a Castelo Branco. Os municípios que fazem divisa à cidade são Anhembi, Bofete, Pardinho, Itatinga, Avaré, Pratânia, São Manuel, Dois Córregos e Santa Maria da Serra (Wikipedia, 2007). É conhecida como cidade dos bons ares, pelo excelente clima e ar que se respira (Wikipedia, 2007). Possui clima ameno com temperaturas anuais em torno de 22° C. Sua densidade demográfica (hab./km²) é de 5,55.

Do ponto de vista da rede de saúde existente em Botucatu, de acordo com o IBGE(2002-2003) havia nessa época 39 estabelecimentos de saúde, 691 leitos hospitalares, dos quais 597 disponíveis ao SUS. Situa-se neste município o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, que oferece serviço de saúde terciário para a população local e regional, sendo referência para várias cidades da região e fornece um atendimento diferenciado à saúde de sua população. A Faculdade de Medicina também conta com serviço de atenção básica à saúde no Centro de Saúde Escola Achilles Luciano Dellevedove, melhorando ainda mais os serviços prestados a sua população. A expectativa de vida dos seus habitantes é de 70,8 anos e sua população total de 108.306 habitantes (IBGE, 2000). Segundo o Censo Demográfico – 2000, do IBGE, a população de 60 anos ou mais residentes em Botucatu era de 12.141 pessoas (IBGE, Censo Demográfico 2000).

Método

Realizou-se em Botucatu, no ano 2003, um inquérito populacional em indivíduos com idade igual e superior a sessenta anos. Neste estudo, foram sorteados idosos a partir da amostra estratificada de domicílios identificados no cadastro de atualização do censo de 2000. O tamanho da amostra foi calculado para prevalência de eventos não conhecidos (p igual a 0,5) e erro amostral igual a 0,05;

valor “z” igual a 1,96, relativo a um intervalo de confiança de 95% (α bilateral de 0,025). Através deste cálculo, o número de participantes necessário para o estudo foi de 364 idosos. Utilizou-se também o teste estatístico “Qui-quadrado” para se fazer as análises e ou associações de significância entre as variáveis consideradas mais importantes para o resultado deste estudo.

Retornou-se ao campo em 2006 para acompanhamento destes idosos e coleta de novos dados.

Todo o processo da pesquisa, com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução N^o 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), garantindo aos participantes, entre outros direitos, sigilo das informações e privacidade. A coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, em 11/11/02.

O inquérito de 2003 foi realizado nos meses de março a maio, por sete entrevistadores treinados para este fim e o instrumento aplicado investigava qualidade e estilo de vida.

O inquérito de 2006 foi programado para acompanhamento destes idosos. Nessa oportunidade, novos instrumentos foram aplicados, desta vez, para avaliação multifuncional do idoso e, incluída nele, a avaliação do “Apoio Social”.

No retorno ao campo os 80 óbitos e perdas da população de idosos foram repostos através de novo sorteio a partir do mesmo cadastro e dos domicílios da amostra de 2003.

Os instrumentos aplicados, todos validados por outros autores em estudos anteriores foram:

- ▶ Escala de Atividades de Vida Diária (AVD)
 - ▶ Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)
 - ▶ Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)
 - ▶ Avaliação cognitiva pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)
 - ▶ Aplicação de instrumento para avaliação de risco de internação hospitalar (Boult et al) e de adesão a tratamento (Morinsky et al)
 - ▶ Avaliação de dependência de alcoolismo (CAGE) tabagismo e enfermidade oculta (presença de perda ponderal significativa)
 - ▶ Outros dados referentes à avaliação dos diabéticos, de artrose de joelhos e registros de informações do atestado de óbito e de confirmação das
-

informações sobre as internações hospitalares informadas no inquérito pelos próprios idosos ou seus cuidadores.

Para avaliar o apoio social, foram aplicadas perguntas diretamente aos idosos, retiradas do instrumento utilizado no *Medical Outcome Study (MOS)* (SHERBOURNE 1991 & STEWART) (Anexo 1).

Este instrumento passou por um processo de tradução e versão (translation and back translation) (HERDMAN et al 1997). A última versão em inglês foi comparada em relação ao original por cinco epidemiologistas com pleno conhecimento sobre os dois idiomas e ambos consideraram equivalentes ao original em inglês. As perguntas aplicadas no inquérito foram retiradas deste instrumento traduzido.

A escolha deste questionário se justifica, pois embora haja na literatura diferentes propostas para a medida de apoio social, instrumentos brasileiros e de medida quantitativa são incomuns, difíceis de encontrar, e, além disso, muitas vezes direcionados a outros segmentos específicos da população (LANGER et al, 1998).

Este instrumento avalia o suporte social através de 5 dimensões:

- **Material:** está ligada ao auxílio aos idosos caso necessitem, ao acesso dos mesmos a serviços práticos e recursos materiais, como por exemplo, ajuda financeira ou empréstimo de material, numa situação emergencial;
- **Afetiva:** ligada a expressões de amor e afeto para com o idoso;
- **Emocional:** envolvem expressões de empatia, amor, carinho, confiança, estima, escuta e interesse;
- **Informação:** relativo a informações que poderão ser utilizadas para se lidar com problemas. Pode ser medida considerando-se o acesso dos idosos a aconselhamentos, orientações, sugestões e informações;
- **Interação Social Positiva:** observada pela disponibilidade dos idosos em ter com que se divertir e relaxar.

Partindo-se do conceito de que existe uma clara distinção entre a percepção que se tem a respeito do apoio social e o apoio social em si, foi priorizada a escolha de um instrumento que focasse a percepção que o idoso tem sobre o apoio social disponível a ele, percepção esta no sentido de saber se o indivíduo efetivamente

pode contar com tal apoio e que tal apoio possa de fato suprir funções como apoio emocional, material, etc.

Para facilitar a análise dos dados a respeito do estado conjugal, foram incorporados ao termo “não casado” os subgrupos de idosos “solteiro/viúvo//separado”.

Para os dois estudos, de 2003 e 2006, foram realizados estudos pilotos para teste do instrumento final, os entrevistadores de campo foram treinados para este fim e os dados foram codificados e analisados no programa SPSS (SPSS, 2008).

IV Resultados

IV RESULTADOS

Foram entrevistados neste estudo 364 idosos. Destes, 215 eram do sexo feminino (59,1%) e 149 do sexo masculino (40,9%).

O que se observa na distribuição dos idosos por sexo e idade é que a proporção de idosos do sexo feminino é maior que no masculino. Dezenove por cento e seis décimos das idosas do sexo feminino estão inseridas na faixa etária de 80 anos e mais, enquanto que para os do sexo masculino apenas 9,5% estão nesta mesma faixa. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da população de 60 anos e mais por idade e sexo. Botucatu – 2006.

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 a 69 anos	105	48,8	73	49	178	48,9
70 a 79 anos	67	31,2	61	40,9	128	35,2
80 anos e +	43	20	15	10,1	58	15,9
Total	215	100,0	149	100,0	364	100,0

A distribuição dos idosos por sexo e estado conjugal mostra um percentual maior de viúvos e/ou separados na população feminina ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo sexo e estado conjugal. Botucatu – 2006.

Estado conjugal	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	97	45,3	112	75,2	209	57,6
Viúvo	90	42,1	23	15,4	113	31,1
Separado e/ ou Solteiro	27	12,6	14	9,4	41	11,3
Total	214	100,0	149	100,0	363	100,0

$p < 0,05$

* não se tem informação de 1 idoso

Na tabela 3, evidenciou-se que quanto maior a faixa etária, menor o número de idosos que se declaravam “casados”.

Tabela 3 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo idade e estado conjugal. Botucatu – 2006.

Estado conjugal	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casado	115	65,0	79	61,7	13	23,2	207	57,3
Viúvo	38	21,5	36	28,1	39	69,6	113	31,3
Separado e/ ou Solteiro	24	13,5	13	10,2	4	7,2	41	11,4
Total	177	100,0	128	100,0	56	100,0	361	100,0

* não se tem informação de 3 idosos

Em relação à escolaridade, observou-se na amostra entrevistada que nas faixas etárias mais altas o grau de escolaridade era menor (Tabela 4), situação bastante condizente com a geração estudada.

Tabela 4 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo escolaridade e idade. Botucatu – 2006.

Escolaridade	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabetos	13	7,3	17	13,3	11	19,6	41	11,3
Primário completo	103	57,9	82	64	33	58,9	218	60,2
Colegial completo	45	25,3	17	13,3	10	17,9	72	19,9
Superior	17	9,5	12	9,4	2	3,6	31	8,6
Total	178	100,0	128	100,0	56	100,0	362	100,0

* não se tem informação de 2 idosos

Quanto à resposta dos idosos a “se ainda trabalhavam”, dos que responderam afirmativamente, apenas 31% eram do sexo feminino, enquanto que 69% eram do sexo masculino (Gráfico 1).

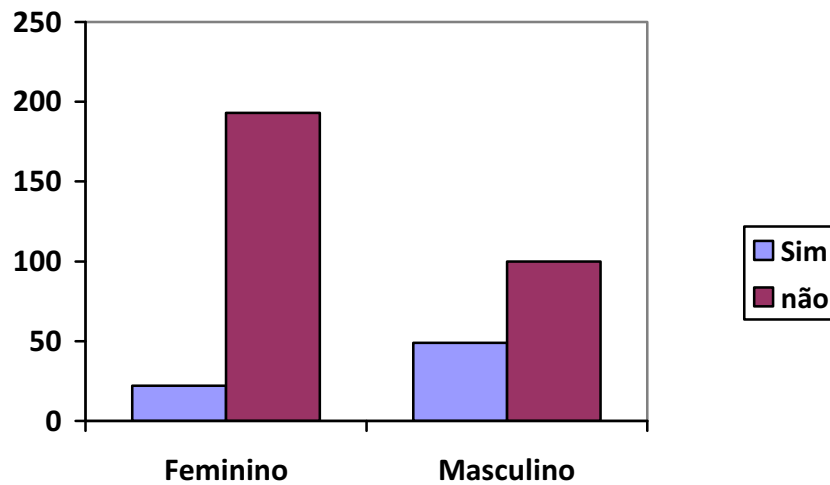


Gráfico 1 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “se ainda trabalham” e sexo. Botucatu - 2006.

Observa-se na Tabela 5 que, dos idosos que se declararam aposentados, os percentuais de idosos do sexo feminino e do sexo masculino eram bem distintos, já dos que se declararam “aposentados”, 80,5% eram do sexo masculino enquanto que 56,3% eram do sexo feminino.

Tabela 5 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo sexo e aposentadoria. Botucatu – 2006.

Aposentadoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não estar aposentado	94	43,7	29	19,5	123	33,8
Estar aposentado	121	56,3	120	80,5	241	66,2
Total	215	100,0	149	100,0	364	100,0

$p < 0,05$

Quanto à renda destes idosos, observou-se que a maioria tem uma renda entre 1 e 4 salários mínimos, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo faixa etária e renda em salários mínimos. Botucatu – 2006.

Renda	Idade						Total	
	até 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e +			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	57	32	36	28,1	16	28,6	109	30,1
1 a 4	64	36	49	38,3	19	33,9	132	36,5
>5	30	16,8	24	18,8	10	17,9	64	17,7
NS/NR	27	15,2	19	14,8	11	19,6	57	15,7
Total	178	100	128	100	56	100	362	100

* não se tem informação de 2 idosos

Em relação a “rendas extras”, 86,8% dos idosos disseram não contar com outras rendas além da aposentadoria ou salário.

Cinqüenta e um por cento e seis décimos dos idosos disseram ter “muita satisfação” com a vida em geral, 43,7% “média satisfação”, 4,4% “pouca satisfação” e “não sabe” apenas 0,3%.

Observou-se um percentual relativamente alto de respostas positivas dos idosos quanto à percepção do apoio social que eles têm, conforme quadro 1. Quando indagados se contavam com tal apoio, responderam “sempre/quase sempre” em 86,5% das vezes, percentual distribuído da seguinte forma entre as dimensões do apoio social:

Material – 89,9%

Afetiva – 89,8%

Emocional – 86,2%

Informação – 83,5%

Interação Social Positiva – 83,3%

De outro lado, quase 10% dos idosos responderam “às vezes, raramente ou nunca” quando questionados se contavam com tal apoio. Este é um numero que não pode ser desconsiderado e é exatamente o grupo em que o PSF precisa focar mais suas ações para tentar suprir esta falta de apoio. Esta media foi distribuída da seguinte forma entre tais dimensões:

Material – 5,8%

Afetiva – 6,1%

Emocional – 9,6%

Informação – 12,1%

Interação Social Positiva – 12,4%

Um dado positivo a se considerar é o percentual mais alto de apoio social encontrado na dimensão “material”, já que estes idosos se sentem apoiados quando estão numa situação de dependência, que é o que tal dimensão basicamente mede. O menor percentual entre as dimensões foi encontrado na dimensão “Interação Social Positiva”, o que demonstra que tais idosos não contam tanto com alguém para se divertir ou relaxar, e que sugere que sejam incrementadas políticas sociais que ajudem a melhorar tal satisfação quanto a tal dimensão.

Quadro 1 – Distribuição de população de 60 anos e mais no município de Botucatu (2006) segundo suas respostas as perguntas utilizadas referente ao instrumento utilizado no “*Medical Outcome Study*” de 1991.

	Sempre/ quase sempre	Às vezes / raramente	Nunca	Sem inform.
Contam com alguém se ficarem de cama	87,3%	4,4%	3,6%	4,7%
Contam com alguém para levá-los ao médico se precisarem	90,9%	3,3%	2,5%	3,3%
Contam com alguém para preparar suas refeições caso não possam prepará-las	91,2%	3%	1,4%	4,4%
Contam com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, caso fiquem doentes.	90,1%	2,5%	2,5%	4,9%
Contam com alguém que lhes demonstre afeto	91,4%	3,5%	0,8%	4,3%
Contam com alguém que lhe dê um abraço	86,8%	6,8%	2,2%	4,2%
Contam com “alguém que você ame e que faça você se sentir querido”.	91,2%	3%	1,9%	3,9%
Contam com alguém para lhes ouvir quando precisam falar.	88,2%	6,3%	1,4%	4,1%
Contam com “alguém em que possam confiar ou falar de você sobre seus problemas”	87,9%	6,5%	1,4%	4,2%
Contam com alguém para “compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos”	83,2%	9,9%	2,5%	4,4%
Contam com alguém que “compreenda seus problemas”	85,4%	8,5%	1,9%	4,2%
Contam com alguém para “lhes darem bons conselhos em uma situação de crise”	82,7%	9,9%	3,3%	4,1%
Freqüência com que contam com alguém para lhes darem informação que os ajude a compreender uma determinada situação	88,1%	5,2%	2,2%	4,5%
Contam com alguém de quem realmente querem conselho	79,9%	11,5%	4,1%	4,5%
Contam com alguém para se divertirem juntos	80,2%	8,5%	6,6%	4,7%
Contam com alguém para relaxarem	82,4%	8,2%	4,9%	4,5%
Contam com alguém para distraírem a cabeça	85,1%	7,7%	3,3%	3,9%
Contam com alguém com quem fazer coisas agradáveis	85,4%	6,5%	4,1%	4,0%

Para facilitar a análise dos dados a respeito do estado conjugal, foram incorporados ao termo “não casado” os subgrupos de idosos “solteiro-viúvos/viúvos/separados.

Observa-se na tabela 7 que os idosos “não casados” não têm, em proporção maior que os solteiros, alguém que os ajude se ficarem de cama e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 7 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo estado conjugal e “se contam com alguém se ficarem de cama”. Botucatu – 2006.

Estado Conjugal	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	192	96,0	8	4,0	200	100,0
Não casado	132	90,4	14	9,6	146	100,0
Total	324	93,6	22	6,4	346	100,0

p<0,05

* não se tem informação de 18 idosos

Na tabela 8, obteve-se resultado semelhante, ou seja, dos que responderam “nunca/raramente” à pergunta “se contam com alguém para preparar suas refeições caso não possam prepará-las”, o número de “não casados” era significativamente maior quando comparado aos “casados”.

Tabela 8 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém para preparar suas refeições caso não possam prepará-las”. Botucatu – 2006.

Estado Conjugal	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	196	98,0	4	2,0	200	100,0
Não casado	138	93,9	9	6,1	147	100,0
Total	334	96,3	13	3,7	347	100,0

P<0,05

* não se tem informação de 17 idosos

Na tabela 9, observa-se situação parecida para a pergunta “se precisarem de alguém que os leve ao medico”.

Tabela 9 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e “se contam com alguém para levar ao médico se precisarem”. Botucatu – 2006.

Estado Conjugal	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	196	98,0	4	2,0	200	100,0
Não casado	138	93,9	9	6,1	147	100,0
Total	334	96,3	13	3,7	347	100,0

p<0,05

* não se tem informação de 17 idosos

Na tabela 10, dos que responderam “nunca/raramente” à pergunta “se contam com alguém para ajudá-los nas tarefas diárias”, mais uma vez o numero de “não casados” foi significativamente maior se comparado aos “casados”.

Tabela 10 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “estado conjugal” e se “contam com alguém para ajudá-los nas tarefas diárias, caso fiquem doentes”. Botucatu – 2006.

Estado Conjugal	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	196	98,0	3	1,5	199	100,0
Não casado	136	93,2	10	6,8	146	100,0
Total	332	96,2	13	3,8	345	100,0

p<0,05

* não se tem informação de 19 idosos

A tabela 11 demonstra que não foram encontradas diferenças significativas entre os idosos quanto a gênero e apoio social.

Tabela 11 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “sexo” e se “contam com alguém para ajudá-los nas tarefas diárias, caso fiquem doentes”. Botucatu – 2006.

Sexo	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	196	96,1	8	3,9	204	100,0
Masculino	137	96,5	5	3,5	142	100,0
Total	333	96,2	13	3,8	346	100,0

p>0,05

* não se tem informação de 18 idosos

Não foi possível também encontrar associações significativas entre “renda” e nível de apoio social.

Quanto à análise dos dados sobre apoio social e a escala de atividades de vida diária (AVD), que reflete o grau de autonomia de cada indivíduo, observou-se que os níveis de apoio social não dependem diretamente do grau de autonomia de cada indivíduo.

Observou-se, na tabela 12, que os idosos com idade entre 70 anos e mais tem, em proporção maior que os de 60 a 69 anos, “alguém em que possam confiar ou falar de si sobre seus problemas”.

Tabela 12 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “idade” e se “contam com alguém em que possam confiar ou falar de si sobre seus problemas”. Botucatu – 2006.

Idade	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 – 69	157	96,9	5	3,1	162	100,0
70 e mais	185	100	0	0	185	100,0
Total	342	98,6	5	1,4	347	100,0

p<0,05

* não se tem informação de 17 idosos

Quando se comparam idosos que moram sozinhos com os que moram com alguém – tabela 13 - também se encontrou diferença significativa em relação aos idosos que não tem com quem compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.

Tabela 13 – Distribuição da população de 60 anos e mais segundo “morar sozinho ou não X se contam com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos”. Botucatu – 2006.

Morar sozinho ou não	Sempre/quase sempre/às vezes		Raramente/Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Morar com Alguém	280	98,2	5	1,8	285	100,0
Sozinho	59	93,7	4	6,3	63	100,0
Total	339	97,4	9	2,6	349	100,0

p<0,05

* não se tem informação de 15 idosos

Em suma, os idosos de Botucatu têm índice razoável de apoio social segundo sua própria percepção. Entretanto, nas análises efetuadas, detectou-se que não são “renda”, “sexo” e “idade” os fatores que mais interferem no nível de apoio social. Na maior parte dos casos, o fato de “morar sozinho” e o “estado conjugal”, em particular o fato de “não ser casado”, determinam maior vulnerabilidade em relação a este apoio.

V Discussão

V DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a população idosa do município de Botucatu apresenta níveis razoáveis de apoio social. Tal resultado, embora positivo, pode ser considerado diferente do esperado, já que 30,1% dos entrevistados apresentavam renda menor que um salário mínimo e 36,5% renda entre um e quatro salários mínimos. Tais idosos, ainda que apresentem baixo nível de renda, registram um nível de satisfação razoável quanto ao apoio social, contrariamente ao que aponta a literatura científica de um modo geral, pois renda é considerada uma das variáveis que interferem nesses níveis.

Embora haja estudos comprovando que, entre idosos, os melhores níveis de apoio social associam-se com melhores níveis de renda (KRAUSE e BORAVSKI-CLARK, 1995), é possível dizer que muitas vezes a renda baixa é um fator que “protege” o idoso, devido à coabitação e ao apoio funcional (ROSA, 2004).

Certas situações, a saber, incapacidade física ou financeira, dependência econômica dos filhos para constituição de um novo domicílio, necessidade de alguém responsável para cuidar de netos, crianças e da casa devido ao trabalho dos pais (YAZAKI 1991), são apontadas como fatores que levam mais da metade dos idosos de uma cidade como São Paulo, por exemplo, em geral de baixo nível socioeconômico, a residir com os filhos (SAAD 2003, RAMOS e col 1993).

É possível dizer, por estes dados, que as famílias intergeracionais se prestariam a duas funções, que seriam basicamente obter renda ou maior renda para satisfação de necessidades e utilização de bens e serviços e facilitar, devido à proximidade física, as transferências de apoio (ROSA 2004).

Os idosos casados e os não casados mostraram, neste estudo, percepção diferente de disponibilidade de apoio, caso a necessitem, estando de acordo com alguns autores, como TURNER e MARINO 1994, que também observaram diferenças significativas quanto ao apoio proveniente da família, com favorecimento dos casados, independentemente de gênero.

O estado conjugal, ou de forma mais objetiva, a presença de um cônjuge, tem sido considerada como a variável mais importante da constituição familiar em diversos estudos. A maior longevidade entre as pessoas casadas, se comparadas

com as não casadas, tem sido constantemente salientada (HU e GOLDMAN 1990, GOLDMAN e col 1995, MURRAY 2000).

De acordo ainda com ROSA (2004), homens e mulheres que estejam na condição conjugal “solteiro” apresentam piores níveis de apoio social quanto à frequência de contatos, diversidade desses contatos e ao número de ajuda recebida e ou prestada.

Através da análise acima, pode-se dizer que o grupo pertencente aos “não casados” apresenta maior vulnerabilidade a deficiências no apoio social, embora outras variáveis possam interferir nesta afirmação.

Embora os dados tenham demonstrado um nível razoável de apoio social neste estudo, é importante ressaltar que, em perguntas relacionadas à dependência deste idoso, como na dimensão material do apoio social, obteve-se um número considerável de idosos que disseram não contar com qualquer tipo de apoio, o que torna este dado relevante e preocupante, principalmente no que se refere a uma melhor estruturação de redes de apoio a esses idosos, por parte da atenção básica de saúde, através do PSF.

Não foram encontradas diferenças significativas entre a percepção dos idosos que responderam as perguntas relacionando apoio social e “sexo”, ou seja, não se pode concluir que pertencer ao sexo masculino ou feminino acarrete maior ou menor nível de apoio social, de acordo com este estudo.

Em relação à “idade”, não se obteve também, de modo geral, associações significativas entre a mesma e o nível de apoio social. De acordo com certos autores, dentre eles OLSEN e col 1991, em faixas etárias mais altas, há uma tendência a piora no nível de contatos, no sentido de que se tornam esparsos provavelmente devido à diminuição do número de irmãos e amigos vivos ou outros indivíduos que constituíam sua rede de apoio social, embora como já exposto acima, tal tendência acabou não se detectando neste estudo.

Porém, contradizendo tais autores e indo ao encontro dos mesmos resultados, outros autores, dentre eles OXMAN e HULL 1997, citado por LITWIN 2001, acrescentam que há uma elevação nos níveis de ajuda recebida de acordo com o aumento da idade, já que em faixas etárias mais avançadas, é esperado que o idoso seja menos independente funcionalmente. O surgimento de incapacidades e ou limitações de sua autonomia contribuem para a formação de redes de apoio.

Em relação à confrontação dos dados que envolvem “morar sozinho ou não” e a percepção de apoio social dos idosos, encontrou-se uma diferença significativa em relação à pergunta “se contam com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos”, o que pode sugerir que morar com alguém em quem se possa confiar esteja associado a melhores níveis de apoio social.

Observou-se que, quando o idoso apresenta vínculos afetivos próximos e consistentes, sente-se mais acolhido e apoiado. Os resultados mais significativos relacionados a níveis mais elevados de apoio social estiveram sempre relacionados aos vínculos que este idoso tem ou desenvolveu durante sua vida.

Isto ficou claro em relação ao estado conjugal, ou seja, o fato de ser casado, de um modo geral, representa ao idoso um vínculo fundamental do ponto de vista afetivo, alguém que se possa ter para confiar e se sentir seguro.

Embora não se tenha obtido as mesmas diferenças nas análises sobre “morar sozinho ou não”, o fato dos idosos que moram sozinhos contarem, em menor proporção com “alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos”, em relação aos que moram com alguém, é bem significativo, pois esta pergunta reflete intimidade, grau de vinculação afetiva e portanto, também reflete a conexão entre relações afetivas próximas e apoio social.

Em resumo, observou-se que são as relações construídas, próximas e afetivas, que garantem que este idoso se sinta satisfeito quanto ao nível de apoio social e não necessite do Estado para cuidar dele. Aos que não tem isso o Estado deve se responsabilizar para tentar suprir esta lacuna.

A área de saúde, em particular o PSF, tem estrutura para que ações sejam implementadas a fim de prover maior grau de apoio aos idosos que não se sentem apoiados socialmente, desde que haja maior vontade política.

VI Conclusão

VI CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que:

- ✓ O apoio social percebido é razoável;
 - ✓ O menor nível de apoio social ocorreu na dimensão “Interação Social Positiva”;
 - ✓ Os grupos mais vulneráveis são os idosos que não tem, na mesma residência, alguém com vínculo afetivo com quem possam contar caso necessitem.
-

VII Sugestão

VII SUGESTÃO

- ✓ Criação de um programa específico ao idoso inserido nos moldes de atuação do PSF;

 - ✓ Foco do programa: grupo de apoio aos idosos, especialmente àqueles com perfil de maior vulnerabilidade quanto aos níveis de apoio social.
-

Referências

REFERÊNCIAS *

Berkman LF. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Ann Rev Public Health*. 1984; 5: 413-32.

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1999; 109: 186-204.

Bowling A. Measuring social networks and social support. In: *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.

Caplan G. *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications; 1974.

Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*. 1997; 425-35.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med*. 1976; 38: 300-14.

Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33: 445-53.

Cramer D, Henderson S, Scott R. Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *J Soc Pers Relationsh*. 1997; 14: 761-75.

Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relation strain. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 661-73.

Herdman M. et al (1997) Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Resarch*. 6: 237-47.

House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health Study. *Am J Epidemiol*. 1998; 116: 123-40.

Hu YR, Goldman N. Mortality differentials by marital status: an international comparison. *Demography*. 1990; 27: 233-50.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 1991: analyses preliminaries. Rio de Janeiro; 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: Brasil 2000. Rio de Janeiro; 2000.

* International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: sample references. [homepage on the Internet]. Bethesda: U. S. National Library of Medicine; 2003 [last update 2003 July 09; cited 2005 Jun 01]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. National Library of Medicine. List of journal indexed in Index Medicus. Washington; 2003. 240p.

-
- Kalache A. Envelhecimento no contexto internacional, a perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: Anais do 1º. Seminário Internacional: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996; Brasília. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Assistência Social; 1996.
- Krause N, Borawski-Clark E. Social class differences in social support among older adults. *Gerontologist*. 1995; 35: 498-508.
- Langer A, Farnout U, Garcia C, Barros F, Victora C, Belizan JM, et al. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's wellbeing and satisfaction. *Soc Sci Med*. 1998; 42: 1589-97.
- Liang J, Krause NM, Bennett JM. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? *Psychol Aging*. 2001, 3: 511-23.
- Litwin H. Social network type and morale in old age. *Gerontol* 2001; 41: 516-24.
- Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri UL. The development of an instrument to measure social support. *Nurse Res*. 1981; 30: 264-9.
- Olsen O, Iversen L, Sabroe S. Age and the operationalization of social support. *Soc Sci Med*. 1991; 32: 767-71.
- Ostergren PO, Hanson BS, Isacson SO, Tejer L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. *Soc Sci Med*. 1991; 33: 257-67.
- PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE - Saúde, Bemestar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 15-32.
- Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Cienc Saúde Colet*. 2006; 11: 753-64.
- Ramos LR, Veras RPA. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21: 211-24.
- Ramos MP. Apoio social e saúde entre os idosos. *Sociologias*. 2002; 4: 156-75.
- Rosa TEC. Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.
- Roth P. Family social support. In: Bomar PJ, editor. *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Williams e Wilkins; 1989. p.90-102.
- Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento – O projeto SABE no
-

município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.201-24.

Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991; 36: 705-14.

SPSS Statistics 17.0. Chicago; 2008.

Turner RJ, Marino FP. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behavior* 1994, 35: 193-212.

Thoits PA. Stress, coping and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav.* 1995; 53-79.

Wikipédia. Botucatu. 2008. [acesso 12 fev. 2008]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Botucatu>.

Yazaki LM, Melo AV, Ramos LR. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: Fundação SEADE. A população idosa e o apoio familiar. São Paulo; 1991. p.11-86. (Informe Demográfico, 24).

Anexos

ANEXOS

Questionário do Entrevistador



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO DO ENTREVISTADOR

PROJETO “SEGUIMENTO DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU”



2006

Realização da entrevista

Data

//

Hora de início:

:

Código do entrevistador

Atenção entrevistador:

Após a leitura do termo de consentimento pelo entrevistado (a) e a confirmação de sua participação no projeto, entregue o cartão da consulta e leia junto com ele (a), logo em seguida aplique o questionário, preenchendo os dados.

Identificação do paciente

Número da ficha

Nome _____

Prontuário hc

 -

Prontuário cse

 -

Cartão sus

Endereço _____

Latitude/ UTM

Longitude/ 22K

Telefone 1:

-

Telefone 2:

-

Data de nascimento:

//**Pessoa que será entrevistada**

Idoso

Familiar

Cuidador não-familiar

APOIO SOCIAL

ALGUM AMIGO, PARENTE OU VIZINHO, PODERIA CUIDAR O (A) SENHOR (A)

POR ALGUNS DIAS, SE PRECISASSE?

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não sabe

QUAL O GRAU DE PARENTESCO DA PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO
PRECISA?

- 1-Cônjuge
- 2- Filho
- 3- Outro
- 4 – Nenhum

QUAL A IDADE DA PESSOA QUE O AJUDA QUANDO NECESSÁRIO?

QUAL O SEXO?

- 1-Feminino
- 2-Masculino

O (A) SENHOR (A) SE RELACIONA BEM COM ESTA PESSOA?

- 1- Não
- 2- Sim

A PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO PRECISA APRESENTA DEPRESSÃO?

- 1 - Não
- 2-Sim

A PESSOA QUE LHE AJUDA QUANDO PRECISA APRESENTA DIFICULDADE
PARA DORMIR?

- 1 - Não
- 2- Sim

EXISTE ALGUMA PESSOA DENTRO DA SUA CASA QUE APRESENTA
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL OU DROGAS?

- 1 - Não
 - 2- Sim
-

APOIO MATERIAL

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM QUE O AJUDE, SE FICAR DE CAMA?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM PARA LEVÁ-LO (A) AO MÉDICO?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM PARA PREPARAR SUAS REFEIÇÕES, SE VOCÊ NÃO PUDER

PREPARÁ-LAS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM PARA AJUDÁ-LO (A) NAS TAREFAS DIÁRIAS, SE VOCÊ FICAR

DOENTE?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

APOIO AFETIVO

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM QUE DEMONSTRE AFETO POR VOCÊ?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM QUE LHE DÊ UM ABRAÇO?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM

ALGUÉM QUE VOCÊ AME E QUE FAÇA VOCÊ SE SENTIR QUERIDO?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

APOIO EMOCIONAL

SE O (A) SENHOR PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM

PARA LHE OUVIR QUANDO PRECISA FALAR?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM EM QUEM POSSA CONFIAR OU FALAR DE VOCÊ OU SOBRE SEUS

PROBLEMAS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM PARA COMPARTILHAR SUAS PREOCUPAÇÕES E MEDOS MAIS

ÍNTIMOS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM

ALGUÉM QUE COMPREENDA SEUS PROBLEMAS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

APOIO DE INFORMAÇÃO

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM

ALGUÉM PARA LHE DAR BONS CONSELHOS EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM PARA LHE DAR INFORMAÇÃO QUE O (A) AJUDE A COMPREENDER

UMA DETERMINADA SITUAÇÃO?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM

ALGUÉM DE QUEM REALMENTE QUER CONSELHOS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

APOIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM
ALGUÉM PARA SE DIVERTIR JUNTO?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM
ALGUÉM PARA RELAXAR?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM
ALGUÉM QUEM DISTRAIR A CABEÇA?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

SE O (A) SENHOR (A) PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM
ALGUÉM COM QUEM FAZER COISAS AGRADÁVEIS?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

QUAL É A RENDA TOTAL POR MÊS DAS PESSOAS QUE MORAM NO SEU DOMICÍLIO, SOMANDO A SUA E A DE TODOS OS OUTROS, CONSIDERANDO TODAS AS FONTES, COMO SALÁRIOS, HORAS EXTRAS, ALUGUÉIS, BICOS,

PENSÕES, APOSENTADORIAS, ETC? 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).

2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).

3- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)

4- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)

5- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)

6- Não Sabe

7- Não Respondeu

QUAL A SUA RAÇA OU COR?

1- Branca

2- Preta

3- Parda/ mulato (a)

4- Amarela

5- Indígena

6- Outros

ESTADO CIVIL

1- Casado ou em união consensual

2- Solteiro

3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)

4- Viúvo (a)

5- Não Respondeu

EM QUAL CIDADE VOCÊ NASCEU? _____

ESTADO EM VOCÊ NASCEU?

QUAL A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO ATUALMENTE?

01- Funcionário público

02- Empregado de empresa privada

03- Empresário/ empregador

04- Profissional liberal

05- Pequeno comerciante

06- Autônomo

FINALIZAÇÃO

MUITO OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO AGUARDE O CONTATO TELEFÔNICO PARA MARCAR A SUA CONSULTA.

Resultado parcial da entrevista

Não pertence mais à população em estudo

Domicílio fechado

Recusa

Domicílio vago

Óbito

ÓBITO

QUAL A DATA EM QUE OCORREU?

□□/□□/□□□□

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE: CAUSA DA MORTE
A. _____

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE: CAUSA DA MORTE
B. _____

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE: CAUSA DA MORTE
C. _____

CAUSAS CONTRIBUINTES DA MORTE
