



Ligiane Antonieta Martins Vieira

**ENVOLVIMENTO E SUPORTE SOCIAL
PERCEBIDOS NA VELHICE: DADOS DO
ESTUDO FIBRA, POLO UNICAMP**

**Campinas
2013**



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

Ligiane Antonieta Martins Vieira

**ENVOLVIMENTO E SUPORTE SOCIAL PERCEBIDOS NA VELHICE:
DADOS DO ESTUDO FIBRA UNICAMP, POLO UNICAMP**

Orientadora: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Gerontologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA ALUNA LIGIANE ANTONIETA MARTINS VIEIRA ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Campinas
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

V673e	<p>Vieira, Ligiane Antonieta Martins, 1986- Envolvimento e suporte social percebidos na velhice : dados do estudo Fibra, polo Unicamp / Ligiane Antonieta Martins Vieira. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.</p> <p>Orientador : Anita Liberalesso Neri. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Participação social. 2. Apoio social. 3. Idoso. I. Neri, Anita Liberalesso, 1946-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Social involvement and perceived social support in old age : Unicamp
Fibra research, Brazil.

Palavras-chave em inglês:

Social participation

Social support

Elderly

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Anita Liberalesso Neri [Orientador]

Carla Witter

Samila Sathler Tavares Batistoni

Data da defesa: 26-03-2013

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

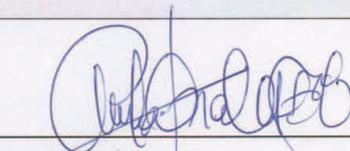
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LIGIANE ANTONIETA MARTINS VIEIRA

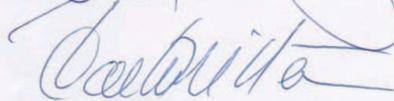
Orientador (a) PROF(A). DR(A). ANITA LIBERALESSO NERI

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). ANITA LIBERALESSO NERI



2. PROF(A). DR(A). CARLA WITTER



3. PROF(A). DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 26 de março de 2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter me abençoado com esta oportunidade de conhecimento, por ter me dado sabedoria e força para concluir este trabalho. Agradeço por se fazer presente em minha vida e por poder viver e sentir o Teu amor. “Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram o que Deus tem preparado para aqueles que o amam” 1Co 2:9

Agradeço ao meu marido Anderson, pelo carinho, paciência e amor. Obrigada por sempre me incentivar. Esta é mais uma conquista que vencemos juntos, amo você!

Pai, Mãe e Lilis obrigada pelo carinho e apoio.

A todos os meus familiares, em especial Karina, Fábio e Vico, que estiveram comigo neste processo. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Em especial, às pessoas que tenho grande admiração, aos meus avós; Delar, Alvarina, Hugo e Lourdes, que despertaram o meu interesse pela gerontologia. Amo muito vocês.

Aos amigos queridos, Dag, Sil, Edilson, Elder, e a todos os irmãos da Igreja Presbiteriana do Jardim Flamboyant, agradeço pelo acolhimento, carinho e incentivo.

Aos colegas e funcionários do programa de Pós Graduação em Gerontologia, obrigada pelo apoio.

Agradeço a professora Anita Liberalesso Neri por quem tenho grande admiração desde a graduação, pela paciência e dedicação. Sempre foi meu desejo ser sua aluna, agradeço a Deus pela oportunidade de conhecê-la e poder desfrutar dos seus ensinamentos.

SUMÁRIO

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS	6
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO.....	10
ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO	11
ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA E ENVOLVIMENTO SOCIAL	13
RELAÇÕES SOCIAIS E SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO	18
OBJETIVOS.....	22
MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
DISCUSSÃO	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS.....	49

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária;
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária;
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária;
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros;
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
MEEM	Mini Exame do Estado Mental;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PENSA	Projeto Envelhecimento Saudável;
PIB	Produto Interno Bruto;
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe;
SESC	Serviço Social do Comércio;
SHARE	Survey of Health, Ageing & Retirement in Europe;
SOC	Seleção, Otimização e Compensação;
SSP	Suporte Social Percebido;
UNATIS	Universidades Abertas a Terceira Idade;
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Idosos conforme variáveis sociodemográficas. Estudo Fibra, pólo Unicamp (n=1451). Idosos, 2008-2009.	27
Tabela 2. Comparação entre as médias dos escores em envolvimento social e em suporte social percebido, conforme as localidades, os gêneros, as idades e os anos de escolaridade. Estudo Fibra Unicamp. Idosos, 2008-2009.	31
Figura 1. Percentuais de idosos conforme as alternativas de desempenho e não desempenho das AAVD. Estudo Fibra Unicamp. Idosos, 2008-2009.	28
Figura 2. Frequência de respostas às quatro intensidades das escalas que avaliaram suporte social percebido. Estudo Fibra Unicamp. Idosos, 2008-2009.	30

Vieira, L. A. M. (2013). *Envolvimento e suporte social percebidos na velhice: dados do Estudo Fibra Unicamp*. Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

RESUMO

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

Palavras-chave: participação social, apoio social, idoso.

Vieira, L. A. M. (2013). *Envolvimento e suporte social percebidos na velhice: dados do Estudo Fibra Unicamp*. Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (*Social involvement and perceived social support in old age: Unicamp Fibra Research, Brazil*).

ABSTRACT

The continuity of social, cultural, leisure, organizational and political advanced activities of daily living indicates motivation for social relationships, social integration and productivity, key elements that integrate the concept of successful aging.

Objectives: This study was aimed at analyzing relationships between social participation and perceived social support in community-dwelling elderly, according gender, age, educational level and socioeconomic level of the locality of residence. **Method:** 1.451 participants without cognitive deficit suggestive of dementia from randomized samples of four localities with contrasting socioeconomic levels were interviewed about their involvement in social, organizational, cultural, leisure and political advanced activities of daily living; perceived social support and socio-demographic characteristics. **Results:** 65,5% were women; 69,7% were 65 to 74 years old ($M = 72,2 \pm 5,4$), and 52% had 1 to 4 years of schooling ($M=4,23 \pm 3,8$). The most performed advanced activities of daily living were going to church, making short trips and participation in social meetings; the most interrupted were performing paid work, making long trips and participation in cultural events. Social participation was higher among women, the youngest, those with higher educational level and those that have lived in the localities with higher socioeconomic conditions. Social participation was positive and significantly correlated with perceived social support and educational level and was negatively correlated with age. **Conclusion:** The results are similar to others from research from other countries. This study contributes to the understanding of the relationships between sociability and complex social activities in old age, which are useful for theory and intervention.

Key words: social participation, social support, elderly, Brazil.

INTRODUÇÃO

Indicadores positivos referentes a relações sociais e a envolvimento social na velhice compõem o rol de critérios usados para a identificação de trajetórias bem-sucedidas de envelhecimento. Os diferentes paradigmas gerontológicos apontam para a importância da manutenção de uma vida social ativa e de um senso subjetivo de pertencimento ou vinculação social, como preditores de bem-estar e qualidade de vida na velhice. Medidas de autorrelato são as mais comuns na literatura gerontológica, adotadas como forma de mensurar o funcionamento dos idosos no domínio social. Entre elas figuram as que investigam o número de atividades avançadas de vida diária desempenhadas e a percepção sobre o suporte social recebido da rede de relações informais.

Este texto introdutório traça as origens históricas do uso do termo “velhice bem sucedida” e revê brevemente dados da literatura nacional e internacional sobre esses indicadores e sobre as relações entre os dois construtos de envolvimento social e suporte social percebido. É base para a formulação do problema assumido pela investigação, que pode ser assim exposto: Quais as relações entre desempenho de atividades avançadas de vida diária e suporte social percebido, ou, quanto maior o envolvimento social maior a probabilidade de as pessoas obterem e oferecerem suporte social? De que forma idade, gênero, escolaridade e as localidades onde os idosos residem relacionam-se com essas variáveis?

Não há dados brasileiros com idosos comunitários a respeito das relações entre suporte social percebido e envolvimento social indicado pelo desempenho de atividades avançadas de vida diária de natureza social, produtiva, organizacional, política e de lazer, considerando-se as variáveis gênero, idade, escolaridade e estado conjugal.

ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

Os adjetivos ativo, bem sucedido, saudável e produtivo têm sido utilizados por pesquisadores ao longo dos anos a fim de caracterizar o que é um bom envelhecimento. O termo envelhecimento bem-sucedido foi definido em 1953, por Havighurst¹, como conceito representativo de que o envelhecimento não é somente um processo de danos e perdas, mas também de ganhos e de valores positivos. Dois modelos de velhice bem sucedida predominam na literatura: o modelo de Rowe e Kahn² e o modelo proposto por Baltes e Baltes³. Para Rowe e Kahn², o envelhecimento bem sucedido está associado com baixo risco para doenças e incapacidade, bom funcionamento mental e físico e envolvimento ativo com a vida, ou seja, manutenção das funções físicas e cognitivas e preservação das atividades sociais e produtivas⁴. Estar envolvido socialmente faz com que o idoso participe de atividades produtivas e esteja em contato com sua rede de relações sociais por meio de trabalhos voluntários e remunerados, participação em atividades religiosas, sociais e culturais e relações de amizade⁵.

Baltes e Baltes³ estabeleceram um modelo psicológico de velhice bem sucedida segundo o qual as perdas ocorridas durante o processo de envelhecimento podem ser compensadas por meio de competências obtidas por processos de seleção e otimização. Este modelo baseia-se na noção de que é possível manter a competência em domínios selecionados do funcionamento por meio desses mecanismos psicológicos de seleção, otimização e compensação (SOC). Segundo o modelo, o idoso faz investimentos em capacidades preservadas ou nas quais é competente, otimizando-as para compensar perdas ocasionadas pelo envelhecimento. Desse triplo processo resulta a manutenção e a melhora de sua funcionalidade⁶.

Conforme a concepção de Havighurst¹, o termo envelhecimento bem sucedido coloca em realce a importância da manutenção dos papéis adultos e de sentir-se feliz por alcançar a satisfação das necessidades. Foi retomado pela Organização Mundial de Saúde⁷ que, preferindo a denominação “envelhecimento ativo”, enfatizou a otimização da saúde, da funcionalidade, da atividade e da participação, como requisitos para a boa qualidade de vida. Segundo essa instituição, é importante que os idosos percebam seu potencial de desenvolvimento físico, social, mental ao longo da vida e se mantenham participativos em

termos físicos, sociais, econômicos, culturais, espirituais e cívicos. Para a OMS, a proposta de envelhecimento ativo visa ao aumento da expectativa de vida saudável e da qualidade de vida, bem como à manutenção da autonomia e da independência das populações idosas. A participação social ou o envolvimento em eventos de caráter econômico, cultural e de lazer são aspectos considerados como centrais ao envelhecimento ativo e saudável.

Phelan e Larson⁸ apontam os seguintes componentes de velhice bem sucedida: satisfação com a vida, ausência de incapacidade, participação social ativa, alta capacidade funcional e independência. Como fatores preditores indicam nível educacional elevado, prática regular de atividade física, senso de autoeficácia, participação social e ausência de doenças crônicas. Deep e Jeste⁹ destacam a importância de avaliações subjetivas para o alcance de um envelhecimento bem sucedido.

Cupertino et al¹⁰ analisaram a perspectiva dos idosos quanto à velhice bem sucedida. Na opinião dos idosos ter uma boa velhice relacionou-se com a manutenção da saúde física e cognitiva, com estabilidade financeira, com independência nas atividades de vida diária e com o suporte social proveniente da família. Na opinião dos próprio idosos e dos especialistas, crenças e atitudes em relação à velhice, envolvimento social e suporte social percebido são variáveis que influenciam a boa qualidade de vida na velhice.

O estudo “*Projeto Processos do Envelhecimento Saudável*” (PENSA) encontrou diversas características relacionadas ao envelhecimento saudável em uma pesquisa realizada com idosos comunitários no município de Juiz de Fora, (MG- Brasil). Ribeiro et al.¹¹ observaram diversos estilos de vida conforme o gênero, a escolaridade, a renda e o estado de saúde autorrelatado. Observaram que as mulheres eram as que mais realizavam atividades tais como tarefas domésticas, cuidar de parentes e trabalhos voluntários. Os homens praticavam mais exercícios físicos. Idosos com maior escolaridade e renda mostravam-se mais engajados em atividades intelectuais. As autoras observaram que o afastamento de atividades não é necessariamente associado à idade, mas sim à fragilidade e à perda de independência para a realização das atividades.

As atividades sociais ocorrem em redes de relações sociais que permitem que as pessoas estabeleçam trocas cognitivas, afetivas, materiais e instrumentais úteis à sua adaptação e ao seu desenvolvimento. Ou seja, o desempenho de atividades sociais faz com

que as pessoas se envolvam socialmente e participem das interações sociais e produtivas, beneficiem-se do senso de pertencimento propiciado pela vida em grupos, derivem informações importantes à adaptação e tenham chances aumentadas de experimentar bem-estar subjetivo¹².

ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA E ENVOLVIMENTO SOCIAL

A capacidade funcional afeta o grau de autonomia e independência para o desempenho de atividades de vida diária (AVD), que dependem de integridade física, status cognitivo preservado, atitudes positivas em relação a si mesmo e condições afetivas. Pode ser medida através de instrumentos padronizados que avaliam o desempenho de atividades básicas de vida diária (ABVD), de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e de atividades avançadas de vida diária (AAVD).

Katz et al.¹³ citam seis atividades básicas da vida diária: tomar banho, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, transferência/mudança de posição, controle de esfíncteres e alimentação, que são atividades relacionadas ao autocuidado. A escala desenvolvida pelos autores mede o desempenho do idoso nessas atividades, que obedecem a uma hierarquia de complexidade. O comprometimento do desempenho nas atividades de vida diária inicia-se pelas atividades mais complexas, sendo que as funções básicas e menos complexas podem ser mantidas até estágios bem avançados de dependência física e cognitiva.

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD) exigem maior independência física e cognitiva. São exercidas no ambiente doméstico e nas vizinhanças e estão relacionadas com o manejo da vida prática. Facilitam a vida em sociedade, são precursoras do exercício de papéis sociais e da autonomia e fazem a ponte entre o idoso e o contexto social. Lawton e Brody¹⁴ citam as seguintes AIVD: usar o telefone, utilizar meio de transporte, fazer compras, tomar medicação, manejo de dinheiro, preparar refeições. O desempenho dessas atividades requer maior organização neuropsicológica do que as atividades básicas.

O Estudo SABE “*Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe*” realizado no município de São Paulo- Brasil encontrou que 80,7% dos idosos não

apresentavam limitações funcionais que impedissem o autocuidado. Observou, também, que quanto mais avançada a idade, maior a queda no desempenho funcional e maior o grau de dependência. As atividades em que mais idosos apresentaram dificuldades foram: vestir-se, mobilidade e tomar banho. As AIVD se relacionaram com a participação do idosos na comunidade, 26,5% relataram precisar do auxílio de outras pessoas para serem elo de ligação entre eles e seu entorno social¹⁵. Em estudo realizado no município de Pelotas (RS-Brasil), Duca et al.¹⁶ os idosos foram menos independentes para realizar AIVD como, utilizar algum meio de transporte (82,4%) fazer compras (83,9%) e lavar roupa (84,1%). Os idosos mostraram maiores limitações para realizar AIVD do que ABVD. Giacomini et al.¹⁷ encontraram que 84% dos idosos eram totalmente independentes nas seis ABVD; destes, 8% apresentavam dificuldade para realizar pelo menos uma ABVD e 8% eram totalmente incapazes de realizá-las.

O termo atividades avançadas da vida diária (AAVD) foi introduzido na literatura gerontológica por Rubenstein et al.¹⁸, com a justificativa de que as atividades diárias incluem classes de respostas relacionadas com a participação social de forma mais ampla e não apenas as relacionadas com a solução de problemas práticos no ambiente doméstico e na vizinhança e com a sobrevivência. As AAVD exigem preservação de funções físicas e sociais e colocam os idosos em contato com papéis sociais primários. Reuben e Solomon¹⁹ ressaltam que essas atividades são específicas para cada indivíduo e que suas escolhas são influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais. Podem ser de diversas naturezas: social, física, de lazer, intelectuais, organizacionais, políticas e educacionais e têm em comum o fato de exigirem preservação da saúde física e mental para serem realizadas²⁰.

Dias et al.²¹ relatam revisão de literatura em que encontraram 35 estudos que utilizaram o termo AAVD. Dentre eles, 15 referiram-se a atividades mais complexas que as ABVD e as AIVD e que exigem um nível mais alto de funcionalidade; 12 estudos relacionaram o termo com a execução de papéis sociais; quatro associaram o desempenho das AAVD com independência e controle do ambiente físico e social e seis relacionaram desempenho dessas atividades com melhor estado funcional e qualidade de vida. As autoras citam os estudos pioneiros de Reuben e Solomon¹⁹, Rubenstein et al.¹⁸ e Sindaco et al.²², que destacaram a importância da subjetividade, das influências culturais e da motivação na escolha e no envolvimento em AAVD. Quinze estudos descritos na revisão relataram

relações entre desempenho de AAVD e diminuição do risco de morte; nove indicaram que a participação em atividades comunitárias, de voluntariado e de trabalho contribuiu beneficentemente para o bem estar emocional do idoso e para a redução de sintomas depressivos; quatro relataram benefícios ao funcionamento cognitivo oriundos da realização de atividades sociais, produtivas e de lazer. As autoras ressaltam que a manutenção de atividades sociais com amigos na velhice contribui para a manutenção da rede de apoio, reduz sentimentos de solidão e promove a autoeficácia.

O desempenho de AAVD permite que as pessoas sintam-se conectadas, reconhecidas e valorizadas. Quanto maior o envolvimento dos idosos em AAVD, maior a satisfação²³. Conforme Seeman et al.²⁴, o maior contato com amigos e familiares e o envolvimento em atividades de grupo são fatores de proteção em relação ao comprometimento cognitivo. Kalish et al.⁴ enfatizam a importância de atividades realizadas em ambiente externo ao domicílio e à vizinhança, visto que tais atividades viabilizam o envolvimento social dos idosos. A preservação de AAVD é um indicador de maior funcionalidade e melhor saúde física e mental. As AAVD são comprometidas antes das AIVD e das ABVD. Atentar para elas permite intervir antes que se instale a dependência física para AIVD e ABVD²⁵.

Rubio et al.²⁶ afirmam que a participação social associada ao bom funcionamento físico e mental contribui para o envelhecimento bem sucedido e para a manutenção da independência nas atividades de vida diária. Os autores realizaram um estudo com idosos acima de 65 anos residentes em áreas urbanas da Espanha, objetivando quantificar a independência na realização das atividades de vida diária e fatores de risco para sua deterioração. Concluíram que os fatores que mais contribuem para a deterioração das atividades de vida diária são: saúde mental e física pobre, ter acima de 75 anos e ser do gênero feminino. Os autores ressaltam que a participação em atividades comunitárias recreativas pode contribuir para retardar o início da dependência associada ao envelhecimento.

A diminuição da participação em AAVD, bem como a pequena variedade e a descontinuidade de atividades sociais podem indicar problemas como doenças crônicas, depressão e isolamento social na velhice. Elementos importantes para o desempenho nas

AAVD de natureza social são: motivação para realizar atividades, busca de satisfação, senso de auto-eficácia, estrutura de metas e habilidades sociais.

D'Orsi et al.²⁷ estudaram fatores de risco para perda da capacidade funcional em idosos e encontraram que atividades como participar de jogos de salão, assistir televisão e desenvolver atividades manuais foram fatores de proteção em relação à perda de capacidade funcional. Observaram que atividades que envolviam interação com outras pessoas e que estimulavam a aprendizagem e a cognição foram fator de proteção com relação a problemas de saúde. O fato de ter relacionamento mensal com amigos e com um confidente reduziu o risco de perda funcional e cognitiva. Os autores ressaltam a importância da manutenção do trabalho remunerado, que pode ter efeito protetor com relação a perdas funcionais, devido ao relacionamento com amigos.

O convívio com outras pessoas proporciona momentos de interação e desperta mecanismos como a cooperação, a interatividade e a competição, que propõem desafios que ajudam a manter o idoso ativo. Tal envolvimento pode estar associado tanto a atividades produtivas, ou seja, qualquer atividade para a qual o idoso contribua com serviços remunerados ou voluntários, quanto à participação em atividades de lazer e de convívio social⁵. Está diretamente relacionado à qualidade de vida e ao bem estar dos idosos^{28,29}.

Lund et al.³⁰ investigaram relações entre a capacidade de idosos para realizar atividades de vida diária, a satisfação com a rede de relações sociais e a participação social. Observaram que o envolvimento social dos idosos é um fator protetor quanto à incapacidades, contribui para o desempenho de papéis na comunidade e para a manutenção da independência, e está associado à satisfação com as relações sociais e ao bem estar geral. Buchman et al.³¹ investigaram os benefícios do envolvimento em atividades sociais e de lazer, entre elas ir a restaurantes, eventos esportivos e bingos, viajar, fazer trabalho voluntário, visitar parentes e amigos, e participar de grupos de idosos, em um coorte de idosos saudáveis. Baixa participação social foi associada a uma taxa mais rápida de declínio motor e a maior risco de morte (40%) e de adquirir alguma incapacidade (65%). Nesse estudo, as mulheres apresentaram maior envolvimento social e os homens; os mais velhos e os com baixo nível de escolaridade foram os menos envolvidos em atividades sociais. De acordo com Chiao et al.³², a frequência de participação social, ou simplesmente seu início,

contribuiu para a redução de sintomas depressivos. Em estudo longitudinal realizado com idosos em Taiwan, estes autores relataram que trabalhos voluntários e ir à igreja contribuíram para a saúde e para um envelhecimento bem sucedido.

Um estudo longitudinal realizado na Suécia com 6000 pessoas entre 18 e 75 anos investigou as contribuições da participação em atividades sociais, de lazer e produtivas para a sobrevivência dos idosos. As atividades foram divididas em quatro temáticas: atividades que envolvem amizades no âmbito social, como visitar amigos e ser visitado por amigos; atividades socioculturais, como ir a cinemas, teatros, concertos, museus, restaurantes e grupos de estudo; atividades que são realizadas sozinho de forma passiva, como leitura de livros, jornais, resolver palavras cruzadas, e atividades solitário-ativas como trabalhar no jardim e engajar-se em passatempos. Segundo os autores, todos esses domínios estão associados com menor risco para mortalidade, ou seja, indivíduos mais saudáveis tendem a ser mais envolvidos nessas atividades. Mesmo as solitário-ativas, mais praticadas pelos homens, têm efeitos positivos na longevidade e na promoção de saúde dos idosos³³.

James et al.²⁹ observaram a modificação do risco de declínio cognitivo por meio da participação em atividades sociais. Examinaram por 12 anos a associação entre o envolvimento em atividades e o declínio cognitivo em 1138 idosos inicialmente sem demência. Idosos socialmente envolvidos tiveram até 70% de redução na taxa de declínio cognitivo, em comparação com idosos pouco envolvidos.

O desempenho de atividades sociais está associado a papéis de gênero, ao nível educacional, à renda, a valores, a atitudes, à motivação e condições de saúde e de funcionalidade física e cognitiva, variando de indivíduo para indivíduo²⁵. Sendo assim, não se deve associar o abandono de AAVD exclusivamente à presença de incapacidade física. É preciso considerar as oportunidades e a história do indivíduo²³ as quais influencia escolhas, oportunidades, crenças e acesso.

No estudo FIBRA²³ foram observados dados importantes com relação ao envolvimento social de idosos residentes no município de Campinas (SP- Brasil) indicado pelo desempenho de AAVD de natureza social. As atividades sociais mais desempenhadas pelos idosos foram: receber e fazer visitas, ir à igreja, fazer viagens longas e curtas e ir a festas. Os autores consideram que o elemento comum encontrado nessas atividades foi a

manutenção das relações sociais, ou seja, o envolvimento com atividades complexas da vida diária de natureza social coloca os idosos em contato com a sua rede de relações sociais. As atividades sociais são componentes essenciais do envelhecimento ativo e relacionam-se à diminuição do risco de ter depressão, declínio cognitivo, demência, declínio motor, incapacidade física ou mental e do risco de mortalidade.

RELAÇÕES SOCIAIS E SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Redes de relações sociais são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços afetivos, sociais e de convivência caracterizados por dar e receber apoio e aceitação. A qualidade dessas relações é avaliada pelos idosos e pode afetar negativa ou positivamente o seu bem-estar. Segundo Antonucci³⁴ e Kahn e Antonucci³⁵, o modelo comboio das relações sociais fornece uma base de proteção e faz parte de uma rede dinâmica que se move ao longo do tempo, no espaço e ao longo do curso de vida. A base protetora pode ser objetiva (estrutura da rede social) e subjetiva (qualidade das relações)³⁶.

As relações sociais podem ser caracterizadas de forma hierárquica, ou seja, alguns relacionamentos são mais importantes que outros. Entre os relacionamentos mais frequentes estão relações com o cônjuge, com os pais e com os filhos, que são consideradas de nível primário. No nível secundário, há relações com amigos, vizinhos, colegas de trabalho e conhecidos³⁴. As redes de relações sociais podem ainda ser categorizadas quanto à sua estrutura (tamanho, grau de envolvimento entre os membros e estabilidade), à natureza das relações (formais e informais), ao tipo de interação que oferecem (afetiva, material, instrumental e informativa) e ao grau de desejabilidade, ou seja, se a relação é de livre escolha ou compulsória, se agradável e funcional ou se ao contrário, é desagradável e disfuncional³⁵.

Existem dois tipos de redes de relacionamentos sociais: formais e informais. Caracterizam-se como formais os relacionamentos que excluem intimidade, são de natureza profissional ou institucional e que são remunerados pelo indivíduo que os recebe, por uma organização ou pelo governo. O apoio informal envolve relacionamentos com familiares,

amigos, vizinhos e voluntários, que não são pagos e nem pertencem a organizações profissionais e são prestados com base em princípios de afeto, retribuição, solidariedade, ajuda mútua ou filantropia. Tendem a envolver relacionamentos afetivos mais intensos e de natureza histórica do que as relações formais. As redes informais são as primeiras a serem solicitadas. Faz parte desse nível de análise o apoio familiar, que é importante durante toda a vida³⁷.

O suporte social é o produto das relações sociais e pode ser classificado nas seguintes classes: apoio instrumental, tal como auxílio em tarefas como arrumar a casa e levar ao médico; apoio informativo, que envolve ajuda para tomar decisões importantes; apoio afetivo, que inclui expressões como amor, afeição e encorajamento, e apoio material, que inclui o intercâmbio de recursos como dinheiro, roupas, alimentos e habitação. Entende-se por suporte social percebido (SSP) a percepção da pessoa sobre a qualidade, a frequência e a adequação das ajudas que lhe são oferecidas, considerando-se suas necessidades³⁸.

Em artigo de revisão, Chappell e Funk³⁷ comentam que, na década de 1980, estudos sobre o suporte social passaram de uma visão micro, voltada ao relacionamento individual e relacionada com assistência e o cuidado ao idoso, para uma visão macro, focada na participação do idoso na sociedade. Os autores consideram que o suporte social pode ser conceituado como um determinante social de saúde e defendem a ideia de que é importante divulgar este ponto de vista aos leigos de modo geral.

Estudando o suporte social entre idosos mexicanos de baixa renda, Villafuerte et al.³⁹ verificaram que a família é a fonte principal de apoio para os idosos e que os apoios mais solicitados são o material e o instrumental. Os autores apontam a falta do apoio formal provinda do governo e a escassez de apoio emocional como problemas. Esta situação se repete no Brasil. Souza et al.⁴⁰ investigaram as trocas de apoio em 442 mulheres idosas. Encontraram que a maioria das mulheres fornece mais apoio do que recebe (58,3% contra 29,3%). Entre os tipos de suporte recebido da família estão: dinheiro (61,1%), cuidados pessoais (31,5%), companhia para se locomover (18,5%) e moradia (13%). Com relação ao suporte oferecido estão tomar conta dos netos, cuidar da moradia e manejar o dinheiro. As mulheres que mais recebem suporte da família são as mais velhas, que vivem sozinhas e

não são alfabetizadas; 73% das entrevistadas relataram receber visita frequentes dos familiares e sentir-se valorizadas pelos filhos.

Segundo a teoria da seletividade socioemocional⁴¹, os relacionamentos sociais tendem a diminuir com a idade, mas a qualidade das relações se mantém ou aumenta em intensidade. O idoso torna-se mais seletivo, interagindo com pessoas que lhe oferecem experiências mais positivas^{12,42}, ajudam a lidar com dificuldades e a compensar e recuperar-se de perdas associadas ao envelhecimento⁴². Segundo Krause¹² dispor de uma rede de suporte social eficaz gera benefícios à saúde e ao bem estar; o idoso que possui laços sociais fortes e eficazes tende a desfrutar de melhor saúde física e mental.

O estudo *Survey of Health, Ageing & Retirement in Europe* (SHARE), realizado em 11 países europeus, verificou a importância da participação social dos idosos. Os autores encontraram que maiores taxas de participação social estão associadas a melhor estado de saúde. Observaram que o número de pessoas presentes na rede de relações sociais tende a diminuir com a idade e que a participação social contribui para a manutenção desta rede⁴⁴. Alvarenga et al.⁴⁵ descreveram o perfil sociodemográfico e da rede de relações sociais de 503 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Dourados (MS-Brasil). A maioria dos idosos recebia visita frequente de familiares (69,2%). O tamanho das redes sociais variou de 3 a 5 pessoas e eram compostas principalmente por filhos, netos e outros parentes. Quando precisavam de ajuda com relação a cuidar da casa, companhia, cuidados pessoais e ajuda financeira, a família apareceu como a principal fonte de apoio.

Além de receber suporte da rede de relações, oferecer suporte também pode trazer benefícios ao bem-estar do idoso, entre eles poder contar com os outros quando necessário^{46,47}. O contato social obtido por meio do engajamento do idoso em atividades pode propiciar oportunidades para suporte emocional. Este exerce grande influência sobre a saúde e o bem estar no curso de vida¹². Agahi et al.⁴⁸ e Avlund et al.⁴⁷, relatam que problemas de saúde que afetam a funcionalidade diminuem a probabilidade de o idoso frequentar teatro, ir ao cinema, participar de atividades e do convívio social. Ou seja, há relação entre saúde e participação em atividades sociais.

Melhora nas condições de saúde física e menor risco de depressão e solidão também foram associados com apoio oferecido pela rede social. Cornman et al.⁴⁹ ressaltam

que, quanto maior o contato com a rede social, melhores serão os resultados para a saúde, considerando aspectos físicos e psicológicos, estresse e sintomas depressivos. Thomas⁵⁰ investigou os efeitos de dar e receber apoio em 689 idosos. Oferecer suporte apareceu como mais benéfico do que receber apoio. Oferecer apoio faz com que o idoso se engaje em comportamentos sociais produtivos, que produzem bem-estar e reforçam a identidade, a autopercepção de independência e o senso de utilidade.

Segundo Holahan e Chapman⁵¹, a participação em atividades sociais é reflexo dos hábitos e do estilo de vida de cada um. Este dado pode ser observado no estudo SABE, em que as relações sociais e o suporte social variaram de acordo com condições de vida e gênero. Segundo esses dados, as mulheres têm rede social mais ampla que os homens e oferecem mais apoio social. Homens tendem a manter relações somente com o cônjuge e participam menos de atividades sociais do que as mulheres. Segundo Rosa et al.⁵² pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade tendem a participar menos de atividades que proporcionam interações sociais, principalmente quando exigem compensação financeira.

Outro estudo realizado com dados do SHARE analisou as redes sociais e o bem-estar de idosos em países mediterrâneos (Espanha, França, Itália, Grécia e Israel) e não-mediterrâneos (Suécia, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Bélgica, Suíça e Áustria). Os seguintes pontos são destacados como importantes: a estrutura da rede social, as interações propiciadas pela rede, o engajamento social e a percepção subjetiva sobre a rede. O tamanho da rede refere-se à estrutura, como já dito; a interação refere-se aos benefícios obtidos por meio do contato com amigos e familiares. Por meio da interação social ocorrem o dar e o receber apoio. Outro aspecto importante é o envolvimento em atividades sociais, que proporciona ao indivíduo idoso contatos significativos, que contribuem para o seu bem-estar. A percepção subjetiva das relações está relacionada com o preenchimento das expectativas de contato social, em termos do prazer que proporcionam e da satisfação das necessidades. Nos países não mediterrâneos, os idosos são mais engajados em atividades sociais e participam de mais trocas sociais fora do ambiente domiciliar (dar e receber ajuda), já os países mediterrâneos, são mais depressivos, possuem menor renda, maior índice de depressivos e menor grau de escolaridade⁵³.

Não há dados brasileiros com idosos da comunidade a respeito das relações entre suporte social percebido e envolvimento social. Esta pesquisa foi planejada para investigar como idosos brasileiros independentes e que vivem na comunidade avaliam os apoios sociais de que dispõem e de como o suporte social percebido se relaciona com o desempenho de AAVD de natureza social, produtiva, organizacional, educacional, política e de lazer. Os dados obtidos podem contribuir para o aprofundamento do conhecimento teórico sobre aspectos psicossociais do envelhecimento e podem contribuir para a prática educacional e social, ao sugerir elementos para a intervenção.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos:

1. Descrever as variações em envolvimento social e em percepção de suporte social observadas em amostra de idosos comunitários, considerando-se a localidade de residência, o nível de escolaridade, o gênero e a idade dos participantes;
2. Analisar correlações entre envolvimento social, suporte social percebido, idade e nível de escolaridade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa utilizou dados contidos no banco eletrônico do Estudo FIBRA (acrônimo de fragilidade em idosos brasileiros), que se dedica a investigar a fragilidade e variáveis associadas em idosos de 65 anos e mais residentes em zonas urbanas de cidades brasileiras reunidas em quatro polos: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP-RP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Trata-se de estudo multicêntrico e de corte transversal.

No polo Unicamp foram focalizados os idosos de sete localidades selecionadas por conveniência: Campinas (SP); Belém (PA); Parnaíba (PI); Campina Grande (PB); Poços de Caldas (MG); sub-distrito de Ermelino Matarazzo, na cidade de São Paulo (SP), e Ivotí (RS)*, num total de 3.478 idosos recrutados em domicílio e submetidos à sessão única de coleta de dados clínicos, antropométricos, de execução e de autorrelato, estes com relação à saúde física, cognição, saúde bucal, hábitos de vida, uso de serviços de saúde, funcionalidade, expectativas de cuidado, sintomas depressivos e satisfação. O projeto para o Estudo FIBRA, pólo Unicamp, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer no. 208/2007 (Anexo 1). Este projeto foi submetido ao CEP/FCM/Unicamp, como adendo ao projeto principal.

* No polo Unicamp, o estudo foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas em colaboração com grupos sediados nas seguintes instituições parceiras: Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo em Ermelino Matarazzo, São Paulo; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em Poços de Caldas; Universidade Feevale em Novo Hamburgo, RS; Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará; Universidade Federal do Pará em Belém; Universidade Estadual do Pará em Belém; Centro Universitário do Pará em Belém; Universidade Federal do Piauí em Parnaíba; Universidade Estadual da Paraíba em Campina Grande, PB e Universidade Federal de Campina Grande, PB.

Para a constituição das amostras, o setor censitário foi utilizado como unidade amostral. Ou seja, em cada localidade foi sorteado um número de setores censitários urbanos proporcional ao número de idosos pretendidos (pelo menos 601 nas localidades com mais de um milhão de habitantes e pelo menos 384 naquelas com população menor do que um milhão de habitantes). Foram previamente estabelecidas cotas de homens e mulheres com idade entre 65 e 69, 70 e 74, 75 e 79 e 80 anos e mais, cotas essas proporcionais à população de homens e mulheres idosos dessas faixas de idade na população de cada uma das localidades⁵⁴.

Por ocasião do recrutamento foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão utilizados no recrutamento foram os seguintes: a) déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e comunicação informados por um familiar ou observados pelos recrutadores; b) uso de cadeira de rodas ou retenção provisória ou definitiva ao leito; c) sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade; e) graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação; e f) estágio terminal. Esses critérios de exclusão foram os mesmos utilizados no *Cardiovascular Health Study*⁵⁴ e *Women's Health and Aging Study*⁵⁵, cujos dados foram usados para derivar o fenótipo de fragilidade, adotado pelo FIBRA para definição de sua principal variável de desfecho.

No início da sessão de coleta de dados, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), os idosos foram submetidos à avaliação do status cognitivo, mediante o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁵⁶. Os que pontuaram abaixo da nota de corte para seu nível de escolaridade participaram de um bloco de medidas de identificação, sociodemográficas, antropométricas, de pressão arterial, de saúde bucal e de fragilidade e, em seguida, foram dispensados. Os que pontuaram acima da nota de corte no MEEM participaram de um segundo bloco de medidas de autorrelato sobre condições de saúde, funcionalidade, expectativa de cuidado, sintomas depressivos, suporte social percebido e satisfação.

Assim, o escore no MEEM foi utilizado como critério de exclusão para a segunda parte da coleta de dados. As notas de corte utilizadas foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Estes pontos de corte foram baseados nos critérios de Brucki et al.⁵⁷ correspondentes aos anos de escolaridade, menos um desvio padrão. A opção por tais critérios foi feita em face da complexidade de vários instrumentos e foi igualmente adotada nos estudos do grupo de Fried^{54,55}.

Por ocasião do término de sua participação na primeira ou em ambas as fases de coleta de dados, os idosos recebiam informações de caráter genérico sobre seus resultados e eram agraciados com uma cartilha de saúde^{58,59}. Detalhes adicionais sobre a metodologia do Estudo Fibra Unicamp podem ser obtidas em Neri e Guariento⁶⁰.

Seguem-se informações metodológicas específicas a este estudo sobre relações entre suporte social percebido e envolvimento social, que é objeto da presente dissertação.

PARTICIPANTES

Fizeram parte da amostra 1.451 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, selecionados das amostras probabilísticas do Estudo FIBRA em Parnaíba (n = 299), Ermelino Matarazzo (n=302), Campinas (n=689) e Ivoiti (N = 160), com base em seu desempenho no MEEM. Esses idosos responderam aos itens dos instrumentos de interesse para esta investigação.

INSTRUMENTOS E MEDIDAS

Todas as medidas foram de autorrelato e corresponderam a itens categóricos e escalares.

1. *Localidade de residência dos idosos, idade, gênero e escolaridade.* A avaliação foi feita por meio de quatro questões. Gênero incluiu as alternativas masculino e feminino. A informação sobre a idade foi derivada da data de nascimento que os idosos foram solicitados a informar. Escolaridade correspondeu à escolha de uma

dentre seis alternativas (nunca fui à escola; alfabetização de adultos; 1 a 4 anos de escolaridade, 5 a 8, 9 a 11 e 12 e mais anos de escolaridade). Status conjugal correspondeu à escolha de uma entre as alternativas: casado/a ou com companheiro/a, solteiro/a, divorciado/a ou separado/a, e viúvo/a. As idades foram agrupadas em quatro faixas: 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, e 80 anos e mais.

2. *Desempenho de atividades avançadas de vida diária (AAVD)*. Foi utilizado um inventário construído com base na literatura^{20,61}, o qual continha questões fechadas sobre a participação em AAVD de natureza social, de lazer, produtiva, organizacional, cultural e política. Como opções de resposta os 13 itens do inventário apresentavam “nunca fez”, “parou de fazer”, “ainda faz”, com relação às seguintes atividades: fazer visitas; receber visitas; ir à igreja, a reuniões sociais; frequentar eventos culturais; guiar automóvel; fazer viagens de curta distância e duração; fazer viagens de longa distância e duração; exercer trabalho voluntário; trabalhar por remuneração; participar de diretorias; frequentar universidade da terceira idade e ir a grupos de convivência para idosos. Foram contadas as atividades que os idosos ainda faziam, em comparação com as que haviam abandonado, descontando-se as que nunca haviam realizado. Resultou em faixas de percentuais de AAVD mantidas, assumidos como indicadores do grau de envolvimento social dos idosos: <61 %; 61% a 85% e > 85%.
3. *Suporte social percebido*. O instrumento continha cinco questões escalares e foi construído com base na *Interpersonal Support Evaluation List – ISEL*⁶². Como opções de respostas havia “nunca”, “às vezes”, “na maioria das vezes”, “sempre”, com relação às seguintes perguntas: “O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho?”; “O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares?”; “O/a senhor/a teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente?”; “O/a senhor/a tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com um problema?”; “O/a senhor/a tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente?”. Os itens acima medem disponibilidade de suporte socioemocional, instrumental e informativo.

ANÁLISE DE DADOS

As distribuições foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação do grau de normalidade. Como não eram normais, foram submetidas a testes não-paramétricos. Os grupos de gênero, idade e nível de escolaridade foram comparados com base nos testes qui-quadrado ou Exato de Fisher, tomando-se como base os dados de frequência relativos a suporte social percebido e a envolvimento social. As variáveis ordinais tiveram suas médias comparadas com base nos testes de Mann Whitney (duas amostras independentes) e Kruskal-Wallis (três ou mais amostras independentes). Foram realizadas análises de correlação de postos com as distribuições das variáveis principais, mediante o teste de Spearman. O nível de significância estabelecido para os testes foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Na amostra de 1.451 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência residentes em Campinas, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo, Parnaíba e Ivoti, 65,5% eram mulheres; 69,7% tinham entre 65 e 74 anos. A média de idade da amostra foi $72,2 \pm 5,4$ e a média de anos escolaridade foi $4,23 \pm 3,8$. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à distribuição dos participantes nas localidades, conforme essas variáveis (ver Tabela 1).

A Figura 1 ilustra a distribuição percentual relativa ao desempenho de AAVD pelos idosos das quatro localidades. As AAVD mais desempenhadas foram: ir à igreja, fazer visitas e realizar viagens de curtas distância e duração. As mais interrompidas foram: trabalho remunerado, ir a eventos culturais e realizar viagens a locais mais distantes e com duração mais longa. As mais relatadas como nunca realizadas foram: frequentar universidade da terceira idade, frequentar centro de convivência para idosos, dirigir automóvel, tomar parte em diretorias e conselhos e realizar trabalhos voluntários.

Ivoti e Campinas revelaram-se como as cidades em que foram observados os percentuais significativamente maiores de idosos que realizavam todas as AAVD investigadas, com exceção de frequentar universidade da terceira idade. Ou seja, nessas cidades, os idosos mostraram-se mais envolvidos socialmente. Ao mesmo tempo, em Parnaíba e em Ermelino Matarazzo, foram observados os percentuais significativamente mais altos de respostas “nunca fiz” ou deixei de fazer” às AAVD, indicando menor envolvimento social. Entre os idosos mais ativos socialmente, que eram de Campinas ou Ivoti, apareceram os percentuais significativamente mais altos dos que relataram terem deixado de ir a eventos culturais, eventos sociais e centros de convivência para idosos, viajar, integrar diretorias ou conselhos, realizar trabalhos voluntários. Ou seja, nesses grupos também estavam os idosos mais ativos no passado. Ivoti e Parnaíba apresentaram os percentuais significativamente mais altos de idosos que relataram frequentar igreja, ao mesmo tempo que Ermelino Matarazzo teve o maior percentual de idosos que nunca haviam frequentado igreja.

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

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Localidades</i>	Campinas (SP)	689	47,6
	Ermelino Matarazzo (SP)	303	20,9
	Parnaíba (PI)	299	20,6
	Ivoti (RS)	160	11,0
	Total	1451	100,0
<i>Gênero</i>	Feminino	950	65,5
	Masculino	501	34,5
	Total	1451	100,0
<i>Grupos de idade</i>	65-69	549	37,8
	70-74	462	31,8
	75-79	272	18,7
	80 e +	168	11,6
	Total	1451	100,0
<i>Escolaridade</i>	Sem escolaridade formal	288	19,9
	1 a 4 anos	761	52,2
	5 a 8 anos	238	16,4
	9 anos e mais	162	11,2
	Total	1449	100,0

O comportamento da variável nível de escolaridade com relação às AAVD revelou um padrão comparável ao da influência do local de residência. Ter mais anos de estudo relacionou-se com a realização da grande maioria das AAVD, a exemplo de viajar, ir a eventos sociais e culturais, dirigir, fazer trabalho voluntário e exercer trabalho remunerado, participar de diretorias e conselhos e frequentar centros de convivência. Em contrapartida, ter nível mais baixo de escolaridade relacionou-se com baixo envolvimento com eventos culturais, centros de convivência, dirigir, fazer trabalho voluntário, ter um trabalho remunerado e integrar diretorias.

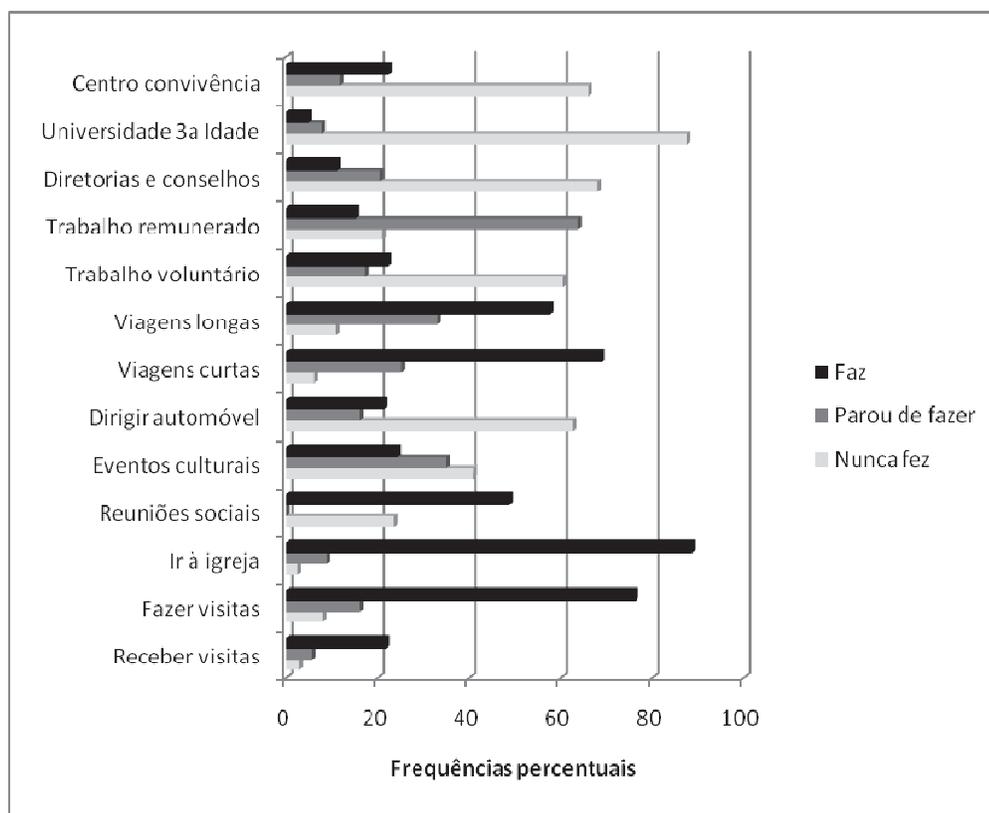


Figura 1. Percentuais de idosos conforme as alternativas de desempenho de AAVD. Estudo Fibra -Parnaíba/PI, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo/SP, Campinas/SP e Ivoti/RS, 2008-2009.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os percentuais de idosos que pararam de trabalhar, conforme o nível de escolaridade. No entanto foi observado um percentual significativamente mais alto de mulheres do que de homens que nunca trabalharam e uma proporção mais alta de homens do que de mulheres que ainda trabalhavam por remuneração. Um percentual significativamente mais alto de homens do que de mulheres havia abandonado a universidade da terceira idade e um percentual maior de mulheres do que de homens participava desta atividade. Mais homens do que mulheres haviam abandonado a participação em diretorias. Mais homens do que mulheres ainda dirigiam ou haviam deixado de dirigir automóvel. Mais mulheres do que homens freqüentavam a igreja e participavam de eventos culturais.

Trabalho remunerado e guiar automóvel foram as duas únicas AAVD cujo desempenho relacionou-se com idade. Foi observada uma frequência percentual significativamente mais alta de idosos mais velhos que haviam deixado de dirigir e que nunca haviam dirigido, assim como um percentual significativamente mais alto de idosos de 80 anos e mais que haviam deixado de trabalhar ou que nunca haviam trabalhado (ver Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Idosos conforme o desempenho de AAVD: comparações segundo as localidades e o nível de escolaridade. Estudo Fibra, Parnaíba, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo, Campinas e Ivoti, 2008-2009.

AAVD	Localidades	n	N (%)	P (%)	F (%)	Anos de escolarid.	n	N (%)	P (%)	F (%)	
Receber visitas			p<0,001								
	<i>Campinas</i>	688	2,9	6,5	88,4						
	<i>Ivoti</i>	159	0,6	0,6	98,7						
	<i>Parnaíba</i>	294	3,1	3,4	93,2						
	<i>Ermelino</i>	303	3,3	7,6	88,4						
Fazer visitas			p<0,001					p=0,032			
	<i>Campinas</i>	688	7,6	16,0	74,4	0	310	7,1	21,9	69,0	
	<i>Ivoti</i>	159	2,5	4,4	93,1	1 a 4	750	8,5	14,8	76,0	
	<i>Parnaíba</i>	294	7,8	19,7	72,4	5 a 8	216	6,0	13,0	80,1	
	<i>Ermelino</i>	302	10,9	17,5	70,9	9 e +	164	7,9	12,2	78,0	
Igreja			p<0,001								
	<i>Campinas</i>	687	2,8	9,6	85,6						
	<i>Ivoti</i>	159	0,6	2,5	96,9						

	<i>Parnaíba</i>	294	0,7	5,8	93,5					
	<i>Ermelino</i>	303	4,0	13,2	82,2					
Eventos sociais			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	17,2	29,4	51,3	0	310	33,9	29,0	34,8
	<i>Ivoti</i>	159	10,1	20,1	69,8	1 a 4	750	23,1	27,7	48,4
	<i>Parnaíba</i>	294	39,8	26,9	33,3	5 a 8	217	17,5	27,6	53,9
	<i>Ermelino</i>	303	28,1	26,7	44,2	9 e +	164	12,2	21,3	64,6
Eventos culturais			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	32,7	37,5	27,8	0	310	56,5	29,0	12,6
	<i>Ivoti</i>	159	30,2	32,7	37,1	1 a 4	750	43,1	37,2	19,1
	<i>Parnaíba</i>	294	56,8	26,5	16,7	5 a 8	217	28,6	40,6	30,0
	<i>Ermelino</i>	303	47,5	36,6	15,2	9 e +	164	13,4	25,6	59,1
Dirigir auto			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	56,4	17,0	24,4	0	310	84,5	7,4	5,8
	<i>Ivoti</i>	159	56,6	15,1	28,3	1 a 4	750	63,5	16,5	19,2
	<i>Parnaíba</i>	294	74,5	12,6	12,6	5 a 8	217	51,6	20,3	27,2
	<i>Ermelino</i>	303	64,7	16,8	17,8	9 e +	164	24,4	23,2	50,6
Viagens curtas			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	4,1	25,7	67,7	0	310	8,7	31,3	57,4
	<i>Ivoti</i>	158	2,5	15,2	82,3	1 a 4	749	6,0	25,6	67,6
	<i>Parnaíba</i>	294	8,8	28,9	62,2	5 a 8	217	3,2	23,0	72,8
	<i>Ermelino</i>	303	8,9	23,8	66,7	9 e +	164	3,0	11,6	83,5
Viagens longas			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	7,1	32,0	58,9	0	310	15,2	31,9	51,0
	<i>Ivoti</i>	158	5,7	20,9	73,4	1 a 4	749	10,9	33,4	55,0
	<i>Parnaíba</i>	294	17,0	35,7	47,3	5 a 8	217	7,8	28,1	63,1
	<i>Ermelino</i>	303	15,8	29,4	54,1	9 e +	164	5,5	22,6	70,1
Trab. remunerado								p=0,018		
	<i>Campinas</i>					0	310	20,6	62,6	14,2
	<i>Ivoti</i>					1 a 4	750	23,2	62,8	13,1
	<i>Parnaíba</i>					5 a 8	217	18,4	61,8	18,9
	<i>Ermelino</i>					9 e +	164	12,8	65,9	19,5
Trab. voluntário			p<0,001				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	58,3	14,2	25,3	0	309	71,2	12,9	13,3
	<i>Ivoti</i>	159	49,7	23,3	27,0	1 a 4	750	62,0	17,6	19,3
	<i>Parnaíba</i>	293	64,5	17,1	17,4	5 a 8	217	49,3	20,7	29,0
	<i>Ermelino</i>	303	63,7	19,1	16,2	9 e +	164	41,5	15,2	41,5
Diretorias			p=0,028				p<0,001			
	<i>Campinas</i>	688	69,8	18,9	9,0	0	310	74,5	16,5	6,8
	<i>Ivoti</i>	159	47,2	34,0	18,9	1 a 4	750	72,0	17,9	8,9
	<i>Parnaíba</i>	294	63,6	22,8	12,6	5 a 8	217	56,7	28,6	13,4
	<i>Ermelino</i>	303	75,2	13,9	9,6	9 e +	164	45,7	27,4	24,4
Centro Conviv.			p<0,001				p<0,007			
	<i>Campinas</i>	688	72,1	7,3	18,6	0	310	71,3	11,6	15,2
	<i>Ivoti</i>	159	27,7	14,5	57,9	1 a 4	750	66,0	10,0	23,2

	<i>Parnaíba</i>	294	68,7	15,3	16,0	<i>5 a 8</i>	217	57,6	15,2	26,3	
	<i>Ermelino</i>	303	65,7	16,2	17,2	<i>9 e +</i>	164	61,0	13,4	23,8	
Univ.3a.Idade			<i>p</i><0,001								
	<i>Campinas</i>	688	87,6	6,0	4,4						
	<i>Ermelino</i>	303	82,8	10,9	5,3						

São apresentadas as frequências percentuais dos grupos que se diferenciaram significativamente por critérios estatísticos ($p \leq 0,005$). Foram utilizados os testes qui-quadrado e Exato de Fisher. As frequências absolutas (n) referem-se ao número de idosos que participaram da medida de AAVD, por variável considerada. As frequências relativas levam em conta apenas os idosos que responderam às categorias nunca fiz (N), deixei de fazer (P) e ainda faço (F). Em cada uma delas, a diferença para 100% refere-se às não-respostas.

Tabela 3. Idosos conforme o desempenho de AAVD: comparações segundo gênero e idade. Estudo Fibra - Parnaíba, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo, Campinas e Ivoti, 2008-2009.

AAVD (n)	Gênero	n	N (%)	P (%)	F (%)	Idade	n	N (%)	P (%)	F (%)	
Igreja			<i>p</i><0,011								
	<i>Mulheres</i>	946	1,7	7,6	89,4						
	<i>Homens</i>	497	3,6	11,1	84,5						
E.culturais			<i>p</i>=0,020								
	<i>Mulheres</i>	946	40,2	32,5	26,1						
	<i>Homens</i>	948	41,0	38,6	19,7						
Dirigir			<i>p</i><0,001					<i>p</i><0,001			
	<i>Mulheres</i>		74,7	14,4	9,4	65-69	546	60,3	12,1	26,2	
	<i>Homens</i>		37,3	18,7	43,2	70-74	460	60,2	18,5	20,4	
						75-79	271	65,3	14,0	19,6	
						80 e +	167	65,9	24,0	8,4	
Tr.remun.			<i>p</i><0,001					<i>p</i><0,001			
	<i>Mulheres</i>	946	29,4	57,5	11,5	65-69		19,6	58,4	20,0	
	<i>Homens</i>	498	4,4	73,3	21,3	70-74		20,7	64,3	13,9	
						75-79		21,8	65,7	11,8	
						80 e +		23,4	69,5	6,0	
Diretorias			<i>p</i><0,001								
	<i>Mulheres</i>	946	72,6	15,1	10,5						
	<i>Homens</i>	498	56,8	30,1	11,8						
C.Conviv.			<i>p</i><0,001								
	<i>Mulheres</i>	946	61,8	12,3	24,6						
	<i>Homens</i>	498	71,5	10,2	17,3						
Univ.3a.Id			<i>p</i>=0,030								
	<i>Mulheres</i>	669	84,5	7,8	6,0						
	<i>Homens</i>	322	89,8	6,8	1,9						

A grande maioria dos idosos pontuou de forma altamente positiva nos 5 itens da escala de suporte social percebido. A soma das frequências de idosos que responderam “sempre” e “na maioria das vezes” foi elevada para os 5 itens da escala. Cerca de 25% dos idosos responderam “às vezes” para o item “encontrar-se com amigos e familiares para conversar”; um percentual um pouco mais baixo respondeu que “nunca tem com quem conversar quando se sente sozinho” ou que “não tem quem ofereça ajuda instrumental, caso fique doente” (ver Figura 2).

Idosos residentes em Ivoti, mulheres, idosos de 65 a 69 anos e idosos com 9 anos ou mais de escolaridade tiveram pontuação significativamente mais alta em envolvimento social do que os demais grupos. Pontuação mais alta em suporte social também foi encontrada em Ivoti. Não foram observadas outras diferenças estatisticamente significativas entre as médias de suporte social percebido (Tabela 4).

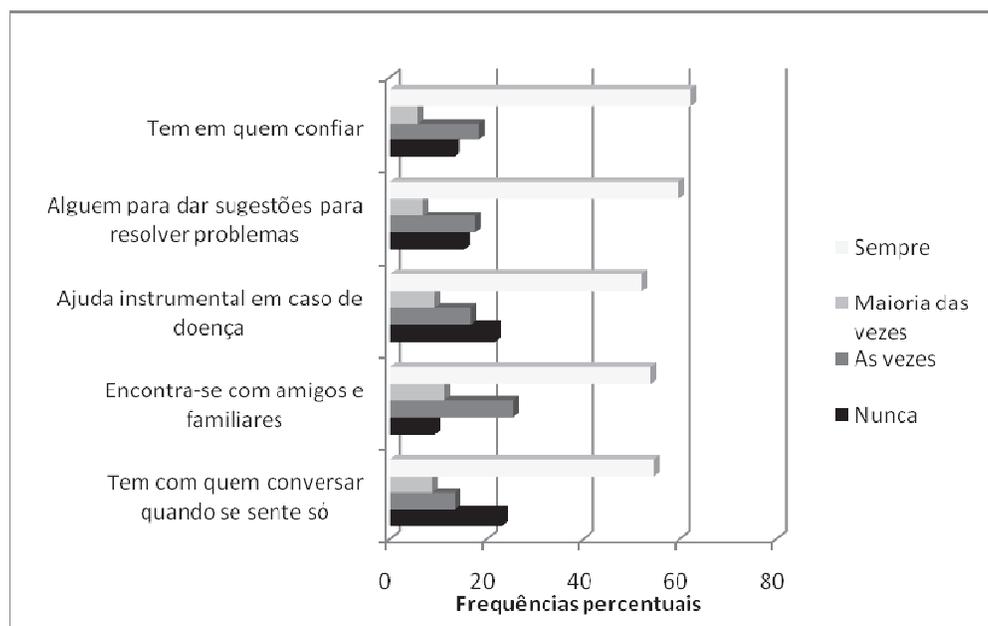


Figura 2. Frequência de respostas às quatro intensidades das escalas que avaliaram suporte social percebido. Estudo Fibra -Parnaíba/PI, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo/SP, Campinas/SP e Ivoti/RS. Idosos, 2008-2009.

Tabela 4. Comparação entre as médias dos escores em envolvimento social e em suporte social percebido, conforme as localidades, os gêneros, as idades e os anos de escolaridade. Estudo Fibra - Parnaíba/PI, subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo/SP, Campinas/SP e Ivoti/RS. Idosos, 2008-2009.

	Envolvimento social			Suporte social percebido		
	n	Média	dp	n	Média	dp
<i>Localidade</i>		<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>	
E. Matarazzo	300	63,8	23,0	295	16,9	3,4
Campinas	673	65,7	21,9	662	16,9	3,4
Ivoti	159	73,5	16,6	158	18,8	2,2
Parnaíba	293	64,5	21,1	289	16,7	3,4
Total	1425	66,8		1404	17,3	
<i>Gênero</i>		<i>p<0,001</i>			<i>p = 0,717</i>	
Masculino	492	63,2	20,07	485	17,2	3,3
Feminino	933	67,4	22,2	919	17,1	3,4
Total	1425	65,3		1404	17,1	
<i>Idade</i>		<i>p<0,001</i>			<i>p = 0,341</i>	
65-69 anos	538	69,2	21,1	530	17,3	3,4
70-74 anos	456	65,5	21,5	448	17,3	3,1
75-79 anos	269	63,4	20,7	264	17,0	3,5
80 anos e +	165	60,9	23,4	162	16,5	3,8
Total	1428	64,7		1404	17,0	
<i>Escolaridade</i>		<i>p<0,001</i>			<i>p = 0,559</i>	
Sem esc. formal	277	63,1	22,0	274	17,0	3,2
1 a 4 anos	753	65,0	21,8	739	17,0	3,4
5 a 8 anos	236	69,0	20,3	234	17,2	3,3
9 anos e +	157	71,3	21,1	152	17,3	3,0
Total	1423	68,0	17,2	1402	17,4	3,1

As somas das frequências das quatro variáveis divergem porque houve um diferente número de não-respostas em cada uma delas.

Foram analisadas as correlações entre anos de escolaridade, idade, escore de AAVD e escore de suporte social percebido, controladas por gênero e localidade de residência. Resultaram correlações baixas, mas estatisticamente significativas entre os escores de suporte social e os escores em AAVD ($\rho = 0,250; p < 0,001$) e entre os escores em AAVD e os anos de escolaridade ($\rho = 0,130; p < 0,001$), indicando que quanto maior a pontuação em envolvimento social, maior a pontuação em suporte social percebido, assim como, quanto mais alto o nível de escolaridade, maior o envolvimento social. Foram observadas correlações negativas entre o suporte social percebido e a idade dos entrevistados ($\rho = -0,154; p = 0,001$), indicando que quanto mais alto o escore em AAVD, menor a idade dos entrevistados.

DISCUSSÃO

Indicadores positivos de envolvimento social e de satisfação com o suporte social estão associados com diversos aspectos que contribuem para uma boa qualidade de vida. O envolvimento em atividades sociais contribui para diferentes aspectos da vida do idoso. O envolvimento social reforça redes neurais e funções musculoesqueléticas necessárias para manter a independência funcional; fortalece o desempenho de papéis sociais, a autoestima e a motivação para realizar trocas sociais, e beneficia o sentimento de pertencimento²⁹.

A distribuição das amostras por gênero e idade replica a distribuição dos participantes de outros estudos brasileiros e estrangeiros, quanto à maior participação de idosos da faixa etária de 65 a 74 anos, e de mulheres^{29,31,63,64}. A presença majoritária de mulheres terá sido favorecida pelo fato de os recrutadores terem sido agentes comunitárias de saúde ou estudantes, que, em sua maioria, eram mulheres. Outra condição que terá contribuído para a super-representação das mulheres terá sido a realização do recrutamento em horário comercial, em que geralmente os homens estão ausentes. Neste caso, os homens poderiam estar trabalhando ou participando de atividades de lazer fora de casa. Além disso, as mulheres são mais participativas e aderem mais a propostas de autocuidado e saúde, como a implícita na pesquisa. Esta relação mais forte com cuidados à saúde é provavelmente devida ao fato de as mulheres serem as cuidadoras preferenciais na família.

Mais da metade dos idosos da amostra (52,5%) haviam cursado somente o ensino primário e 19,9% não tinham escolaridade formal. Esses dados são semelhantes aos do estudo PENSA¹¹, no qual se observou uma média de 6,73 anos de estudo e 43,87% dos idosos com curso primário.

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

Os dados apontaram que há mais mulheres participando de UNATIS (Universidades Abertas a Terceira Idade) (5,2%) do que homens (3,8%). Para as atuais coortes de idosos, o envelhecimento abre possibilidades para atividades menos prováveis de ocorrer entre idosas de coortes anteriores, que eram mais dedicadas à família e à casa. Parte dos idosos de hoje transitaram de um mundo totalmente regrado para outro onde podem criar as próprias regras. Entre as novas possibilidades que se abrem para o exercício da autonomia pelos idosos de hoje estão os programas de lazer oferecido pelo SESC (Serviço Social do Comércio) e por grupos comunitários e os programas de educação não formal oferecidos pelas universidades, entre outras possibilidades de exercício de novas formas de sociabilidade ⁶⁵. Para esta população, o papel da mulher ainda está vinculado aos cuidados com a casa e com a família, enquanto que o homem tem papel de provedor. Por isso o maior percentual de homens que ainda trabalham e de mulheres que nunca exerceram tal atividade. As mulheres valorizam mais as relações familiares do que os homens, que estão acostumados a desempenhar papéis de nutrir e ser responsáveis pela família financeiramente ⁶⁶.

A diminuição do envolvimento em atividades sociais, organizacionais, educativas, produtivas e de lazer pode estar associada a três condições. Uma é relativa às perdas decorrentes do processo de envelhecimento, que se traduzem em déficits de mobilidade e força muscular. A outra relaciona-se com o processo de seletividade socioemocional, que afeta a escolha de atividades e de parceiros sociais. A terceira tem a ver com a oportunidades as escolhas e as crenças construídas ao longo da vida.

De acordo com a teoria da seletividade socioemocional, o idoso tende a diminuir sua rede de relações sociais e seu envolvimento social, mas a qualidade das relações e do engajamento é mantida por meio de um processo de seleção. Os idosos investem em relações significativas, que envolvem proximidade afetiva, descartando aquelas que lhes são perturbadoras ou que lhes exige recursos emocionais adicionais ⁶⁷. Tendem a escolher atividades nas quais se sentem mais competentes, menos ameaçados, mais parecidos com seus contemporâneos, ou cujo desempenho favorece a autoestima e a autoeficácia. Tendem a abandonar atividades sociais que lhes oferecem menos possibilidades de obter esses desfechos. No processo de seletividade sócioemocional, os idosos tendem a relacionar-se

com pessoas que lhe ofereçam conforto emocional ao invés de investir na busca de informações e no status social.

Os idosos tendem a conservar atividades realizadas em ambientes próximos, como o contato social na vizinhança, e tendem a deixar de lado as atividades realizadas em ambiente aberto, até mesmo porque existem regras sociais implícitas e explícitas que restringem a participação dos idosos em atividades sociais, como por exemplo o trabalho. No estudo FIBRA realizado nas sete localidades abrangidas pelo pólo Unicamp (Campinas (SP), Belém (PA), Parnaíba (PI), Campina Grande (PB), Poços de Caldas (MG), Ermelino Matarazzo (SP), São Paulo (SP) e Ivoti (RS)), os autores justificam o abandono das AAVD não somente pela incapacidade, mas devido a fatores ligados a papéis etários e de gênero, às oportunidades disponíveis ao longo da história de vida do participante e às limitações sociais e físicas relacionadas com a idade. Nesse estudo, o maior envolvimento ocorreu entre idosos de 65 a 69 anos, que possivelmente não sofrem limitações físicas e estão menos expostos a restrições sociais do que os idosos mais velhos²³.

No presente estudo, nas localidades de Ivoti e Campinas foi observado maior envolvimento em AAVD, provavelmente devido ao fato de o nível de desenvolvimento socioeconômico desses municípios ser mais elevado do que os de Parnaíba e Ermelino Matarazzo, conforme indicado pelos respectivos PIB *per capita*. Mesmo que uma parte dos idosos de Campinas e de Ivoti seja pobre e de baixa escolaridade, é provável que se beneficiem das condições de um contexto mais rico, com mais oportunidades e com um ambiente mais desafiador em relação às suas competências do que os idosos das cidades mais pobres. As cidades mais ricas oferecem mais oportunidades de envolvimento social que Parnaíba e Ermelino Matarazzo, onde se obteve maior frequência de respostas “nunca fiz” para as atividades.

Rubio et al.²⁶ apontam que os fatores mais responsáveis pela restrição das atividades complexas de vida diária são a deterioração da saúde física e mental, gênero e idade. Mulheres têm maior probabilidade de apresentar problemas na saúde do que os homens, mas são as mais longevas. Os níveis mais elevados de envolvimento social entre as mulheres tendem a funcionar como proteção contra problemas relacionados com a saúde física e mental⁶⁸.

O engajamento social pode ser visto como a principal via pela qual as redes sociais influenciam a vida das pessoas. Pynonen et al.⁶⁹ ressaltam que o envolvimento em atividades sociais é uma forma de satisfazer a necessidade social e de afeto do indivíduo. Este papel é cumprido pelas relações sociais, entre elas as atividades sociais coletivas, que oferecem ao indivíduo a sensação de ser apreciado, confiável e aceito e que as outras pessoas gostam de estar física ou emocionalmente perto dele. Nesse estudo realizado com idosos finlandeses, os autores observaram que as AAVD estão altamente correlacionadas com a diminuição do risco de mortalidade.

Os idosos com 80 anos e mais apresentaram escores mais baixos na medida de envolvimento social que os idosos mais jovens. Segundo Pinto e Neri⁷⁰, a restrição de atividades sociais pode relacionar-se com as alterações fisiológicas do envelhecimento, entre elas a lentidão de marcha, os problemas de mobilidade e equilíbrio corporal, a baixa força de preensão palmar, a sarcopenia, as comorbidades e o uso de medicamentos, entre outros.

Os idosos mais envolvidos socialmente eram de Ivoti (cidade mais rica), mulheres (normalmente mais envolvidas, por questão de gênero), idosos de 65 a 69 anos (têm mais competência física) e com melhor nível de escolaridade (abre mais oportunidades de acesso e valorização das atividades sociais e culturais). Esses dados são semelhantes ao de estudos nacionais e internacionais, nos quais idosos mais jovens e com nível educacional mais alto têm maior contato com a rede social e são mais engajados em atividades sociais¹¹. Apresentam menos sintomas depressivos, menor risco para doenças cardiovasculares e rede de relacionamento social maior²⁹. Idosos com menor escolaridade e nível econômico mais baixo têm menos acesso a interações sociais, lazer e diversão⁶⁴. Idosos com nível educacional mais elevado são mais envolvidos em atividades sociais e apresentam menos limitações cognitivas⁶⁸.

Segundo Doll⁷¹, referindo-se a dados de autorrelato de idosos brasileiros, os fatores que mais impedem a realização de atividades sociais são falta de dinheiro, problemas de saúde, falta de tempo, falta de companhia e obrigações familiares. No entanto, 25% dos idosos dessa pesquisa disseram que não tinham motivos que impedissem a realização de atividades sociais. Ou seja, o nível socioeconômico e a história de vida influenciam o desempenho dos idosos em atividades sociais e o fortalecimento de vínculos. Idosos com

maior renda e nível educacional mais alto estão mais propensos a participar de atividades sociais e culturais, devido a um histórico mais rico de oportunidades e de envolvimento.

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

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

A avaliação do suporte social percebido foi altamente positiva, ou seja, a maioria dos idosos respondeu que sempre podem contar com pessoas que lhe ofereçam apoio afetivo, instrumental, informativo e socioemocional. Em Alecrim (RS-Brasil) os idosos também apresentaram bom nível de apoio social percebido, proveniente da rede familiar e de amizades⁶³. No estudo SABE, realizado no município de São Paulo (SP-Brasil), o suporte social percebido foi pior para os idosos mais velhos, que não eram casados e com nível mais baixo de escolaridade⁵². Villafuerte et al.³⁹ apontaram a escassez de apoio afetivo em idosos mexicanos de baixa renda.

Neste estudo, os idosos pontuaram positivamente em suporte social percebido e a maioria relatou que podia contar com apoio afetivo. Durante o processo de envelhecimento, os idosos tendem a abandonar metas de expansão e crescimento a fim de investir em relações emocionais significativas, minimizando conflitos e emoções negativas³⁸. Phelan e Larson⁸ destacam que, para se um bom envelhecimento é necessário que o idoso se mantenha ativo e participativo socialmente. Ao contrário, baixo suporte social (objetivo e subjetivo) contribui para a ocorrência de déficits cognitivos em idosos com e sem depressão⁷². A qualidade dos contatos sociais e a satisfação com as atividades sociais ajudam a diminuir o impacto de eventos de vida estressantes, cuja ocorrência se torna mais

provável na velhice. A disponibilidade de recursos sociais ajuda a compensar as desvantagens produzidas pelo declínio da saúde e do status social na velhice⁷³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento em atividades de natureza social traz benefícios para a cognição, a saúde física, a longevidade e a funcionalidade, contribui para a manutenção da rede social do idoso, possibilita trocas sociais e favorece o sentir-se útil, o senso de pertencimento e os intercâmbios de ajuda. As atividades de natureza social colocam os idosos em contato com sua rede de relações sociais, fazendo com que vivenciem relações que lhe oferecem apoios de natureza informativa, afetiva, instrumental e social. A importância de investigar o desempenho dos idosos em AAVD reside no fato de as perdas nessa categoria serem precursoras de déficits em AIVD e em ABVD.

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

REFERÊNCIAS

1. Havighurst RJ, Albrecht R. Older people. Nova York: Longmans, 1953.
2. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*, 1987; 237, 143-149.
3. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. NY: Cambridge University Press, 1990.
4. Kalish T, Richter J, Lenz M, Kattenstroth JC, Kolankowska I, Tegenthoff M. Questionnaire-based evaluation of everyday competence in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2011; 6:37-46.
5. Rowe JR, Kahn RL. *Successful aging*. 1998. New York: Pantheon Books.
6. Neri AL. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas-SP, 2008. Editora Alínea.
7. OMS - Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, tradução Suzana Gontijo, 2005. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
8. Phelan E, Larson E. Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 2002; 50(7): 1306-1308.
9. Depp C, Jeste D. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006; 14, 6-20.
10. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2007; 20 (1): 81- 86.
11. Ribeiro PCC, Neri AL, Cupertino APFB, Yassuda MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2009; 14 (3): 501-509.

12. Krause N. Social relationships in late life (pp 182-201). In: Binstock, R.H. & George, L.K. Handbook of Aging and the Social Sciences, 6th edition. San Diego, California: Academic Press, 2006.
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe M W. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association, 1963; 185(12), 914-9.
14. Lawton MP, Brody P. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969; 9, 179-186.
15. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: O estudo SABE no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005; 8(2): 127-141.
16. Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Revista de Saúde Pública, 2009; 43(5): 796-805.
17. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa, E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2008; 24 (6): 1260-1270.
18. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins, M.A. et al. Health status assessment for elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society, 1988. vol. 37: 562-569.
19. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. Journal of the American Geriatrics Society, 1989; 37: 570-572.
20. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. Hierarchical exercise scales to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. Journal of the American Geriatrics Society, 1990; 38: 855-861.
21. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVD): um estudo de revisão. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo, 2011; 22 (1): 45-51.

22. Sindaco DD, Zuccalà G, Pulignano G, Cocchi A. La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiac. *Italian Heart Journal*, 2004; 5(10): 26-36.
23. Neri AL, Costa TB, Maríncolo JCS, Ribeiro LHM. Atividade física, envolvimento social, produtividade e satisfação com a vida, 2011, pp 75-100. In: Neri AL, Guariento ME (orgs.). *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas*. Campinas-SP: Alínea Editora.
24. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 2001; 20 (4): 243-255.
25. Neri AL. Dependência e Autonomia. In ME Guariento, AL Neri. *Atendimento ambulatorial ao idoso*, 2009; pp 41-54. Campinas: Alínea Editora.
26. Rubio E, Lázaro A, Sánchez AS. Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 2009; 9:26.
27. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Revista de Saúde Pública*, 2011; 45(4): 685-92.
28. Maríncolo JCS. Indicadores de fragilidade e tempo despendido em atividades em idosos: dados do FIBRA Campinas. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Programa de Pós Graduação em Gerontologia]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2010.
29. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2011; 66A (4): 467–473.
30. Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and Ageing*, 2010; 39: 319–326.
31. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 2009; June 22; 169(12): 1139–1146.

32. Chiao C, Weng L, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health*, 2011; 11: 292.
33. Lennartsson C, Silverstein M. Does Engagement With Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 2001; Vol. 56B (6): S335–S342.
34. Antonucci TC. Attachment, social support, and coping with negative life events in mature adulthood (pp 261-276). In: Cummings, E.M., Greene, A.L. & Karraker, K.H. *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1991.
35. Kahn RS, Antonucci T. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support (pp. 253-283). In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.). *Life-span development and behavior*, 1980; New York: Academic Press.
36. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 2007; Vol. 62B (6): P322–P330.
37. Chappell NL, Funk LM. Social support, caregiving, and aging. *Canadian Journal on Aging*, 2011; Vol 30 (3): 355-370.
38. Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira A, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidador, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais, 2011; pp 55-74. In: Neri AL, Guariento ME (orgs.). *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas-SP: Alínea Editora.
39. Villafuerte BEP, Siller ST, Vázquez TG, Serrano MM. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(3): 460-470.

40. 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.
41. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 1999; 54, 165–181.
42. Rook KS, Mavandadi S, Sorkin D, Zettel LA. Optimizing social relationships as a resource for health and well-being in later life. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro A III (eds): *Handbook of Health Psychology and Aging*. New York, Guilford Press, 2007, pp 267–285.
43. Fortes-Burgos ACG. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade. [Tese de Doutorado, Faculdade de Educação da Unicamp]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2010.
44. Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 2008; 67: 2017–2026.
45. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(5): 2603-2611.
46. Kim HK, Hisata M, Kai I, Lee SK. Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2000; 15: 331–347.
47. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2004; 38: 85–99.
48. Agahi A, Ahacic K, Parker MG. Continuity of leisure participation from middle age to old age. *Journal of Gerontology: social sciences*, 2006; 61B (6): S340–S346.
49. Cornman JC, Lynch SM, Goldman N, Weinstein M, Lin HS. Stability and change in the perceived social support of older Taiwanese adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2004; 59B (6): S350–S357.

50. Thomas PA. Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2010; 65B(3): 351–357.
51. Holahan CK, Chapman JR. Longitudinal predictors of proactive goals and activity participation at age 80. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 2002; 57B (5): P418–P425
52. Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; Rio de Janeiro, 23(12): 2982-2992.
53. Litwin H. Social networks and well-being: a comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2009; 65B (5): 599–608.
54. Fried LP, Tangen, CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener, J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series A : Biological and Medical Sciences*, 2001; 56A(3): 146-56.
55. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler Jr GB, Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004; 52: 625-624.
56. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-198.
57. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 2003; 61(3-B): 777-781.
58. Coimbra AMV, Ricci NA, Costallat LTL. *Atividade física para idosos*, 2007. Campinas: Gráfica Campinas e Editora.
59. Teixeira INDA, Guariento ME. *Ambiente saudável para pessoas idosas*, 2008. Campinas: Alínea Editora.

60. Neri AL, Guariento ME (orgs.). Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas, 2011; Campinas, SP: Alínea Editora.
61. Baltes MM, Mayr U, Borchelt M, Maas I, Wilms HU. Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 1993; 13: 657-680.
62. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman .Measuring the functional components of social support. In: Sarason G, Sarason BR (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications*, 1995; pp. 73-94. The Hague: Martinus Nijhoff.
63. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; 17 (2): 250-7.
64. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MA. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3): 753-764.
65. Debert GG. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*, 1999. São Paulo: EDUSP.
66. Cheng ST, Chan ACM. Relationship With Others and Life Satisfaction in Later Life: Do Gender and Widowhood Make a Difference? *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. 2006; 61B (1): P46- P53.
67. ScheibeS, Carstensen LL (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(2), 135–144.
68. Thomas PA. Gender, social engagement, and limitations in late life. *Social Science & Medicine*, 2011.
69. Pynnonen K, Tormakangas T, Heikkinen RL, Rantanen T, Lyyra TM. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2012; 67(6): 765–774.

70. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. Revista Ciências e Saúde Coletiva, 2013. [Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>].
71. Doll J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida (pp 109-123). In: Neri AL (org). Idosos no Brasil – Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade, 2007. São Paulo: Editora SESC SP e Fundação Perseu Abramo.
72. Dickinson WJ, Pottter GG, Hybels CF, McQuoid DR, Steffens DC. Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2011; 26 (12): 1267-1274.
73. Martin M, Grünendhal M, Martin P. Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences, 2001; 56 (4): 214-222.

ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação do Projeto Rede FIBRA pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

© www.fcm.unicamp.br/pesquisaleticalindex.html

CEP, 10/07/07.

(Grupo III)

PARECER CEP: nº 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

C.A.A.E: 0 151.1.146.000 -07

I-IDENTIFICAÇÃO

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS – REDE FIBRA”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/05/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em contas variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

III - SUMÁRIO

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao

seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.I.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.l.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo 1 ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item 111.2.e) Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de 2007.

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Campinas-SP – www.fcm.unicamp.br

ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, RG no, concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Pro^{fa} Dr^a Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril. O objetivo dessas orientações é ajuda-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu,, declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de de 200 ..
(cidade) (data)

..... (Assinatura)

Nome do participante:

Endereço:

Responsável pela pesquisa: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670
e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP: 19 - 3521 8936
e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.