

FRAGILIDADE NO APOIO SOCIAL INFORMAL DE IDOSOS

MARIANGELA UHLMANN SOARES¹; LOURIELE SOARES WACHS²; KARLA PEREIRA MACHADO³, PÂMELA MORAES VÖLZ⁴, MARCIANE KESSLER⁵, ELAINE THUMÉ⁶

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPel – mariangela.soares@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPel – louriele@gmail.com

³Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPel – karlamachadok@gmail.com

⁴Departamento de Medicina Social UFPel – pammivolz@gmail.com

⁵Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – marciane.kessler@hotmail.com

⁶Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – elainethume@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

No decorrer da vida as perdas de vínculos importantes são inevitáveis, os sentimentos de solidão e a dependência são frequentes nos idosos, por estes motivos a manutenção e ampliação das relações sociais são essenciais (GUEDES et al., 2017; VERDI, 2019). O apoio social é uma característica funcional das relações sociais, na abrangência de aspectos qualitativos e comportamentais, envolve trocas sociais com o objetivo de fortalecer o indivíduo para vivenciar situações do cotidiano (MELCHIORRE et al., 2013; DUE, 1999).

Na perspectiva de o apoio social ser um recurso posto à disposição de uma pessoa em situação de necessidade autores o subdividem em emocional e afetivo (empatia, amor, confiança, afeto), instrumental ou material (recebimento de ajuda), informativo (aconselhamentos e orientações), e interação social positiva (ter com quem dividir e aproveitar os momentos de lazer) (VERDI, 2019; ZANINI, PEIXOTO, NAKANO, 2018; DUE, 1999; SHERBOURNE, STEWART, 1991).

O apoio social impacta em diversos aspectos da vida, sobretudo na população idosa, e redes sociais frágeis são fatores de risco para à saúde (MAIA et al., 2016). Ele se faz necessário para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (WHO, 2005), negligenciar aspectos do apoio social na atenção à saúde dos idosos pode prejudicar o cuidado integral e efetivo (FREITAS et al., 2017; JOHNSON et al., 2014), pois a percepção positiva de indivíduos sobre o apoio social recebido tem sido associada a melhores desfechos para as condições de saúde (GONÇALVES et al., 2011). Nesta perspectiva, a divisão entre ‘formal’ e ‘informal’ surge para diferenciar o provedor do apoio; para o primeiro, o apoio é vindo de prestadores de serviços ou instituições organizadas, à medida que a informalidade está nas relações naturais de parentescos e amizades que surgem no decorrer da vida (DUE, 1999).

Dentre os diversos instrumentos que mensuram nas coletividades as percepções de recebimento de apoio social, está a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study MOS* (*Social Support Survey / MOS-SSS*), a qual permite avaliar, de forma breve e multidimensional, o apoio social percebido (SHERBOURNE, STEWART, 1991). O uso desta escala em estudos científicos se popularizou por ser de fácil aplicação, ter boa qualidade psicométrica em pesquisas populacionais e viabilidade de comparação com outros estudos (ZANINI, PEIXOTO, NAKANO, 2018; GRIEP et al., 2005).

Contudo, a literatura revela a escassez de pesquisas com a escala MOS na população idosa, neste sentido este estudo tem o objetivo de avaliar a percepção de apoio social informal frágil e fatores associados em idosos.

2. METODOLOGIA

Participaram desta pesquisa indivíduos de 60 anos ou mais participantes da Coorte SIGa-Bagé. Os dados foram coletados na residência do idoso, por meio de entrevistas individuais, aplicadas por entrevistadores. No estabelecimento da coorte, em 2008, foram entrevistados 1.593 idosos e no estudo de seguimento realizado em 2016/17 foram reentrevistados 735 idosos (46,14%). Os dados apresentados são referentes ao estudo de acompanhamento.

A fragilidade do apoio social informal, desfecho do estudo, foi investigada com o uso da Escala de Apoio Social do MOS (GRIEP et al., 2005) que aborda a percepção individual do recebimento de apoio social em cinco dimensões, com suas respectivas categorias ou padrões: material, afetivo, emocional, informativo e interação social positiva.

No total, são 19 perguntas com opção de resposta em escala Likert de cinco pontos (nunca=1; raramente=2; às vezes=3; quase sempre=4; sempre=5) (GRIEP et al., 2005; SHERBOURNE; STEWART, 1991). O desempenho da dimensão é resultado do somatório da pontuação das questões correspondentes. O desfecho foi dicotomizado e considerou-se "apoio social frágil" a soma dos valores correspondentes às respostas "nunca, raramente e às vezes" da Escala Likert, com resultado menor do que 15 pontos para as dimensões material, emocional, informação e interação social positiva e resultado menor de 11 pontos para dimensão apoio afetivo. A consistência interna foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach (0,94). Para análise descritiva dos resultados, inicialmente, foram calculadas a média e o desvio-padrão para cada questão e média global para cada uma das dimensões de relações sociais.

O estudo foi aprovado em seus preceitos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob registro nº678.664 em 2014.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 735 idosos entrevistados, 7,7% (n=56) precisaram de ajuda para responder o instrumento, portanto, perguntas que incluíam a opinião do idoso não foram utilizadas para fins da análise sobre apoio social percebido dos idosos e para este estudo foram utilizados os dados dos 674 idosos que responderam integralmente as questões. Do total de respondentes 65,4% eram do sexo feminino, 43,8% eram casados ou com companheiros, a média de idade foi de 76,8 anos e 79,9% estavam aposentados.

As médias atingidas em cada uma das dimensões foram superiores a 4,1 pontos (escala de 1 a 5) e mostraram uma percepção elevada do recebimento de apoio social informal em idosos de Bagé. A melhor percepção foi apoio material (4,8 pontos) e a média mais baixa foi na dimensão que avaliou a interação social positiva (4,1 pontos). A questão com avaliação mais elevada foi a frequência com que o idoso conta com alguém para levá-lo ao médico (média=4,8; d.p.0,75). As piores avaliações relacionam-se à frequência com que o idoso conta com alguém para se divertir (média=4,05; d.p.1,42) e relaxar (média=4,15; d.p.1,38).

A prevalência de apoio social frágil não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas dimensões material, afetiva; emocional e informativa. Na dimensão interação social, a probabilidade das mulheres referirem apoio social frágil foi 32% maior, comparado aos homens.

A probabilidade de referir apoio frágil aumentou linearmente com a idade, sendo 50% maior em idosos de 75 a 79 anos e 77% maior para aqueles com 80 anos ou mais, quando comparados aos idosos com menos de 75 anos de idade.

Nas dimensões afetiva e de interação social positiva observou-se um aumento linear significativo na probabilidade de referência à apoio frágil em idosos de classificação mais pobres, sendo respectivamente 2,3 vezes e 1,3 vezes maior entre os indivíduos da classe D/E, comparados àqueles da classe A.

Nos idosos aposentados, a probabilidade de apoio frágil na dimensão afetiva foi 3,1 vezes maior comparados aos não aposentados.

Em relação à situação conjugal, idosos solteiros/separados/viúvos apresentaram probabilidade significativamente maior de apoio frágil nas dimensões afetiva (1,8), emocional (1,6), de informação (1,6) e de interação social positiva (1,8), em comparação aos casados.

Em relação ao status de coabitação, morar com duas ou mais pessoas foi fator de proteção contra apoio frágil nas dimensões material (0,37), afetiva (0,37), emocional (0,53), de informação (0,62) e de interação social positiva (0,64), em comparação aos casados.

Sair de casa não se associou com apoio frágil na dimensão material. Entretanto, sair de casa mostrou ser fator de proteção contra fragilidade no apoio afetivo, emocional, de informação e de interação social, com efeito mais pronunciado entre aqueles que saíam de casa dois ou mais dias na semana.

A autopercepção de solidão e de saúde ruim aumentou a probabilidade de referir apoio frágil em todas as dimensões avaliadas. Idosos com autopercepção de solidão apresentaram de 1,4 a 1,9 mais vezes de perceber apoio social frágil. Idosos com autopercepção de saúde ruim aumentou de 77% a 100% a probabilidade de perceber apoio social recebido frágil, quando comparados àqueles com boa saúde autorreferida.

As doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes não apresentaram associação estatisticamente significativa nas dimensões de relações sociais. A depressão aumentou a probabilidade de apoio frágil nas relações sociais, exceto na dimensão material. Idosos com depressão referiram duas vezes mais apoio frágil na dimensão de interação social positiva, quando comparados aquele sem esta condição. Limitação para as atividades da vida diária aumentou em 61% a probabilidade de apoio frágil na dimensão interação social positiva, comparados aos idosos sem limitação.

4. CONCLUSÕES

Neste estudo a dimensão material foi a mais fortalecida e os idosos possuem apoio para auxiliar nas atividades da vida diária e para levar ao médico.

A dimensão interação social positiva apresentou pior desempenho, mostrando a fragilidade nas atividades sociais relacionadas com ter alguém para fazer coisas agradáveis, distrair, relaxar e se divertir. Este resultado pode ser explicado pelo fato do idoso sentir-se incapaz de retribuir um comportamento recompensador em uma sociedade, com baixa capacidade de troca (Teoria das Trocas) (BLAU, 1964) e sugere que há decréscimo nas interações sociais entre jovens e idosos decorrente do fato de que os idosos têm menos recursos com que contribuir em situações de trocas entre gerações (RAMOS, 2002).

Sair de casa duas ou mais vezes na semana mostrou ser um fator de proteção contra a fragilidade do apoio social. Ao sair de casa, independente do objetivo, aumenta a possibilidade de encontrar amigos, vizinhos e demais contatos, também está relacionado com maior mobilidade e independência para as atividades da vida cotidiana. Por outro lado, sentimento de solidão e autopercepção de saúde ruim foram estreitamente associadas à fragilidade na percepção do recebimento do apoio social nas cinco dimensões avaliadas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blau P. Exchange and power in social life. New York: Wiley; 1964.
- Due P. Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*. 1999; 48(5):661-673. doi:10.1016/s0277-9536(98)00381-5.
- Freitas RPA, Andrade SC, Spyrides MHC, Micussi MTABC, Sousa MBC. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Rev Bras de Reumatologia [Internet]*. 2017; 57(3):197–203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.05.002>
- Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2011 Mar; 16(3):1755–69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000300012>
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005 June; 21(3):703-714. doi:10.1590/S0102-311X2005000300004.
- Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017 Dec; 27(4):1185-1204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
- Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship Between Social Support and Body Mass Index Among Overweight and Obese African American Women in the Rural Deep South, 2011–2013. *Prev Chron Disease [Internet]*. 2014; 11:14-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140340>
- Maia CML, Castro FV, Fonseca AMGd, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - Revista INFAD de Psicología [Internet]*. 2016; 1(1):293-303. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
- Melchiorre M, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J et al. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLoS ONE*. 2013; 8(1):e54856. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine [Internet]*. 1991 Jan; 32(6):705–14.
- Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de Saúde Pública [Internet]*. 2010; 44(6):1102–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010005000038>
- Verdi MT. Vínculos: antídoto da solidão. *Rev SPAGESP [Internet]*. 2010; 11(2):17-23. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702010000200004&lng=pt.
- WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Gontijo S [trad]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60p.
- Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. *Temas em Psicologia [Internet]*. 2018; 26(1):387–99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.1-15pt>