

**ADILSON SANT'ANA CARDOSO**

**CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DAS REDES DE  
APOIO SOCIAL DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO  
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

**2009**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE – CEFID  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO  
HUMANO**

**ADILSON SANT’ANA CARDOSO**

**CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DAS REDES DE  
APOIO SOCIAL DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO  
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração de Atividade Física e Saúde.

Orientadora: Dra. Giovana Zarpellon Mazo  
Co-orientadora: Dra. Tânia R. B. Benedetti

**FLORIANÓPOLIS – SC**

**2009**

## **ADILSON SANT'ANA CARDOSO**

### **CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DAS REDES DE APOIO SOCIAL DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação de mestrado aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração Atividade Física e Saúde, no Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina.

**Banca Examinadora:**

**Orientadora:**

---

**Dra. Giovana Zarpellon Mazo**  
**Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC**

**Co-orientadora:**

---

**Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti**  
**Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**

**Membro:**

---

**Dr. Fernando Luiz Cardoso**  
**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC**

**Membro:**

---

**Dra. Thais Silva Beltrame**  
**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC**

**Membro:**

---

**Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves**  
**Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**

**Florianópolis, 10 de Março de 2009**

Dedico este trabalho àqueles que sempre estiveram presentes, e me dedicaram seu apoio incondicional:

Meus pais, Adilson e Rita.

Meus irmãos, Luciana e Fábio.

Minhas avós, Dona Carminha e Noemia (*em memória*)

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial, agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Giovana Zarpellon Mazo, por ser minha mestre, amiga e conselheira. A sua paixão e comprometimento pelo que faz, e a sua ética são exemplos a serem enaltecidos, e, com certeza, servem de inspiração não apenas a mim, mas a todos que convivem com ela.

Agradeço à minha co-orientadora, Prof. Tânia R. Bertoldo Benedetti, por todo apoio e ensinamento provido nestes anos. Por suas importantes contribuições para a realização deste estudo, e pelo exemplo de profissional que é.

Ao Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso, pelos ensinamentos e colaborações, não apenas para com este estudo, mas também para com minha formação.

À Prof. Dra. Thaís Silva Beltrame por estar sempre disponível e ter consigo tempo disponível para contribuir para com este estudo.

À Prof. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves por ter esclarecido muitas de minhas dúvidas no início deste projeto e por ter aceitado contribuir para com este estudo.

À Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), ao Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano por propiciarem um ensino de qualidade. Em especial às “meninas da pós”, Solange e Janny, pela prontidão em auxiliar os pós-graduandos e pelo empenho para o bom funcionamento do PPGCMH.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) por ter investido na minha qualificação profissional.

À Coordenadoria do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e ao Programa Floripa Ativa pelo espaço de ação e estudo. Em especial à Dra. Márcia Regina Palumbo e aos estagiários do programa que sempre colaboraram com esta pesquisa.

À coordenadora do Centro de Saúde de Capoeiras, Enf. Arlete e à técnica em

enfermagem Kátia Torrado por todo apoio para a realização deste estudo. Às coordenadoras dos Centros de Saúde do Córrego Grande e Saco Grande pelo espaço cedido para a realização deste estudo.

Ao Laboratório de Gerontologia (LAGER) e ao Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) por propiciarem um espaço de estudo, discussão e ação na área do envelhecimento humano. A todos os colegas, mestrandos e acadêmicos, do LAGER e do GETI por todos os momentos que tive o privilégio de compartilhar. Em especial àqueles que contribuíram diretamente para este estudo: Gabriel D'Oliveira, Júlio César C. Rodrigues, Franco Andrius e Giseli Antunes.

A todos os idosos do GETI, do programa Floripa Ativa e de todos os grupos onde com alegria e amizade eles encaram o processo de envelhecimento com sucesso e com o sorriso sempre pronto para florescer. Em especial aos alunos da Fase B do programa Floripa Ativa de Capoeiras, aos quais tive o prazer de ministrar aulas e compartilhar um ótimo tempo.

A todos os meus colegas de mestrado das Universidades do Estado (UDESC) e Federal de Santa Catarina (UFSC). Em especial a minha amiga, e irmã de mestrado, Lucélia Justino Borges, por todas as suas contribuições acadêmicas, amizade e exemplo de competência. Ao meu amigo Gustavo Levandoski, por estar sempre presente, pela amizade, e por sua perseverança e garra que me impulsionaram e geraram resultados positivos para ambos. Ao meu amigo Roges Ghidini Dias, pelos momentos de descontração que ao seu lado são imprescindíveis, pelos momentos de reflexão e debates, e pela amizade acima de tudo. Ao meu amigo de tempos, Márcio Borgonovo dos Santos, pela amizade de sempre.

A minha companheira Isabela. Obrigado pela paciência e por entender às vezes nas quais me afastei para estudar e finalizar este trabalho. Por todo o apoio e carinho com os quais me auxiliou a passar por todos momentos certos e incertos.

Aos meus pais, Adilson e Rita, por toda a batalha em dar uma educação digna a seus filhos, e por entenderem que esta formação não poderia ser completa sem seus exemplos de honestidade e trabalho. *Obrigado!* Aos meus irmãos, Fábio e Luciana, porque não poderiam existir irmãos melhores, e por tudo o que fizeram e fazem por mim. À minha avó Maria do Carmo por seu carinho e seus mimos.

*“A vida não é um problema a ser resolvido, mas um mistério a ser desvendado”*

**Osho**

## RESUMO

Este estudo descritivo-transversal teve como objetivo analisar e comparar as características da rede de apoio social, o nível de estresse, as características socioeconômicas e as condições de saúde de idosos participantes e não participantes de programas de exercícios físicos. A amostra foi composta por 81 idosos cadastrados em três Centros de Saúde do município de Florianópolis, SC, que participam do programa *Floripa Ativa – Fase B* (GP), e que não participam deste programa e nem de outras atividades formais em grupo (GNP), selecionados de forma não-probabilística. O GP foi composto por 55 idosos com média de idade de 69,6 anos (DP= 7,3), e o GNP por 26 idosos com idade média de 70,6 anos (DP= 5,7). Os instrumentos utilizados na coleta de dados e aplicados em forma de entrevista individual foram: 1) Ficha de identificação com dados socioeconômicos e condições de saúde dos idosos; 2) Escala de Apoio Social, utilizada no *Medical Outcomes Study*, que avalia a percepção de apoio social disponível (total e dimensões: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informativo); 3) Mapa Mínimo das Relações, para avaliar as características estruturais das redes de apoio social; 4) APGAR Familiar com vias à avaliação da funcionalidade familiar; 5) Escala de Estresse Percebido, a qual verifica o estresse geral percebido pelo idoso. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, observando-se os preceitos de normalidade da distribuição. Em todas as análises inferenciais foi adotado um nível de significância de 5%. Os idosos de ambos os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em suas características socioeconômicas, condições de saúde e nível de estresse. Foram observadas diferenças significativas no número de contatos disponíveis para auxílios específicos, na percepção de apoio social disponível e na funcionalidade familiar entre os grupos. Em geral, os idosos do GP apresentam mais contatos disponíveis para auxílio financeiro ( $p=0,009$ ) e nas tarefas diárias ( $p=0,001$ ). Estes idosos também percebem uma maior disponibilidade de apoio social total ( $p=0,009$ ) e na maioria das dimensões: afetivo ( $p=0,016$ ), emocional ( $p= 0,039$ ), de interação social positiva ( $p=0,026$ ) e informativo ( $p=0,041$ ). Os idosos do GP, também, apresentaram um ambiente familiar mais equilibrado, com uma melhor funcionalidade familiar ( $p=0,047$ ), além de estarem mais satisfeitos com a adaptação ( $p=0,049$ ) e com o desenvolvimento familiar ( $p=0,004$ ). Acredita-se, que a participação social dos idosos no programa de atividades físicas possa contribuir para restauração de papéis e funções sociais. Isto, por sua vez, contribuiria para diminuir a sobrecarga nas relações significativas, e seria responsável por uma melhor funcionalidade familiar, a qual, por sua vez, contribuiria para a maior percepção de apoio social disponível relatada pelos idosos do GP. Destaca-se, assim, a importância do idoso manter-se participativo socialmente, sendo que o fato de pertencer a um grupo traz inúmeros benefícios psicossociais que podem contribuir tanto para o indivíduo quanto para uma melhor assistência do mesmo.

**Palavras-Chave:** Apoio social. Funcionalidade familiar. Rede social. Atividade Física. Idoso.



## ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study aimed to analyse and compare the characteristics of the social support network, the level of stress, the socioeconomic characteristics and the health conditions of elderly participants and non-participants of programs of physical exercise. Sample was composed by 81 aged people enrolled in three Health Centers in the city of Florianopolis, SC, that were participating in the program *Floripa Activa - Fase B* (GP) and that were not participating in this program, or in any other formal group activities (GNP), selected in a non-probabilistic way. The GP was composed by 55 elderly patients with a mean age of 69.6 years (SD=7.3) and the GNP by 26 elders with a mean age of 70.6 years (SD=5.7). The instruments used in data collection and applied in the form of individual interview were: 1) Sheet identification data with socioeconomic and health conditions of the elderly; 2) Social Support Scale, used in the Medical Outcomes Study, which assesses the perception of available social support (total and dimensions: material, affective, emotional, positive social interaction and information); 3) Minimum Chart of Relationships to assess the structural characteristics of the social support networks; 4) Family APGAR with ways to evaluate the family functioning; 5) Perceived Stress Scale, which verifies the general stress perceived by the elderly. The data were processed by descriptive and inferential statistics, respecting the precepts of normality on distributions. In all inferential analysis was adopted a significance level of 5%. The elderly of both groups showed no statistically significant differences in their socioeconomic characteristics, health status and level of stress. Significant differences were observed in the number of contacts available for specific aid, in the perception of social support available and in the functionality of the family between both groups. In general, the elderly from the GP group have more contacts available for financial aid ( $p=.009$ ) and in daily activities ( $p=.001$ ). These seniors also perceive a greater availability of overall social support ( $p=.009$ ) and in its most dimensions: affective ( $p=.016$ ), emotional ( $p=.039$ ) of positive social interaction ( $p=.026$ ) and informative ( $p=.041$ ). The elderly of the GP group, also had a more balanced family environment, with improved functionality of the family ( $p=.047$ ), besides being more satisfied with the adaptation ( $p=.049$ ) and family's development ( $p=.004$ ). It is believed that the social participation of older people in the program of physical activity may contribute to the restoration of social roles and functions. This, in turn, could help to reduce the burden on significant relationships, and would be responsible for a better family functioning, which, in turn, would contribute to the greater perception of available social support reported by the elderly GP. Thus, it is highlighted the importance for the elderly to keep socially active, where the fact of belonging to a group brings many psychosocial benefits that can contribute for both the individual and to a better care of it.

**Key Words:** Social Support. Family Functioning. Social Network. Physical Activity. Aged.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1– A medida de rede e apoio social em estudos populacionais – Reproduzido de Griep (2003, p.26-28).....	51
Figura 5.1 – Comparação da percepção de apoio nas diferentes dimensões em relação ao sexo dos idosos dos grupos GP e GNP.....	83
Figura 5.2 – Comparação da percepção de apoio nas diferentes dimensões em relação ao estado civil dos idosos dos grupos GP e GNP.....	84
Figura 5.3 – Comparação do nível de estresse percebido entre os idosos do GP e GNP.....	85
Figura 5.4 – Diagrama de dispersão das relações entre as dimensões do apoio social e o nível de estresse dos idosos do GP.....	87
Figura 5.5 – Diagrama de dispersão das relações entre as dimensões o apoio social afetivo e médio total e o nível de estresse dos idosos do GNP.....	88
Figura 5.6 – Comparação das médias (ANOVA one-way) do nível de estresse e das dimensões da funcionalidade familiar dos idosos integrantes do GP.....	89
Figura 5.7 – Comparação das médias (ANOVA one-way) do nível de estresse e das dimensões da funcionalidade familiar dos idosos integrantes do GNP.....	90
Figura 5.8 – Comparação das médias nas diferentes dimensões do apoio social de acordo com o tempo de participação no programa entre os idosos do GP.....	92
Figura 5.9 – Comparação da composição das redes de apoio social entre os idosos dos grupos GP e GNP.....	93

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Características do Programa Floripa Ativa.....	59
Tabela 5.1 – Características socioeconômicas e condições de saúde dos idosos participantes do GP e do GNP.....	80
Tabela 5.2 – Comparação entre as características socioeconômicas e condições de saúde entre os idosos do GP e do GNP.....	81
Tabela 5.3 – Principais doenças citadas pelos idosos de ambos os grupos (GP e GNP).....	82
Tabela 5.4 – Comparação do nível de estresse percebido de idosos de ambos os grupos e acordo com variáveis socioeconômicas e condições de saúde.....	86
Tabela 5.5 – Comparação entre o apoio social e suas dimensões, e a estrutura da rede social entre os idosos participantes do GP e do GNP.....	91
Tabela 5.6 – Comparação entre a funcionalidade familiar e a participação social (GP e GNP).....	93
Tabela 5.7 – Comparação entre a percepção de apoio social (dimensões e total) e a classificação da funcionalidade familiar dos idosos do GP.....	94
Tabela 5.8 – Comparação entre a percepção de apoio social (dimensões e total) e a classificação da funcionalidade familiar dos idosos do GNP.....	95
Tabela 5.9 – Correlação (Spearman) entre o apoio social (dimensões e total) e as características estruturais das redes dos idosos de ambos os grupos (GP e GNP) .....	98

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Tabelas Complementares da Análise de dados.....	152
--	-----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Identificação dos Idosos.....	155
Anexo 2 – Escala de Apoio Social.....	156
Anexo 3 – Mapa Mínimo das Relações.....	157
Anexo 4 – APGAR Familiar.....	158
Anexo 5 – Escala de Estresse Percebido.....	160
Anexo 6 – Aprovação no Comitê de Ética.....	161
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	163

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Objetivos.....	20
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
2.1 Envelhecimento.....	22
2.1.1 Aspectos sociais do envelhecimento.....	22
2.1.2 Funcionalidade familiar e o idoso.....	22
2.1.2 Estresse e o idoso.....	22
2.2 Promoção de Saúde para o Idoso.....	31
2.2.1 Atividade física e relações sociais como práticas de promoção de saúde.....	34
2.3 Rede e Apoio Social.....	37
2.3.1 Definição e características de redes e apoio social.....	37
2.3.2 Relações sociais, apoio social e saúde.....	43
2.3.2.1 Mecanismos de ação das redes sociais na saúde.....	46
2.3.3 Avaliação do apoio social.....	49
2.4 Atividade Física e o Idoso.....	54
<b>3. ETHOS DA PESQUISA.....</b>	<b>57</b>
3.1 O Programa Floripa Ativa.....	57
3.1.1 Unificação dos programas de exercícios físicos.....	58
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>63</b>

4.1 Caracterização da Pesquisa.....	63
4.2 População e Amostra.....	63
3.2.1 População.....	63
3.2.2 Amostra.....	65
4.3 Instrumentos.....	66
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	72
4.5 Análise de Dados.....	74
3.5.1 Tratamento estatístico.....	77
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>126</b>
7.1. Recomendações.....	132
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>154</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A partir de meados do século passado o mundo vivenciou vigorosas alterações em sua estrutura etária. Deste período em diante, a expectativa média de vida da população mundial aumentou mais de 20 anos (WHO, 1999), com acréscimos também na proporção de idosos na população geral, a qual estima-se que venha a dobrar, de 10% para 21%, entre os anos de 2000 e 2050 (WHO, 2000).

Nesse mesmo período, o Brasil deverá sofrer seu mais rápido incremento na população idosa, sendo que no ano de 2020 cerca de 13% da população total do país deverá ter 60 anos ou mais (IBGE, 2002).

Toda essa alteração na estrutura etária e demográfica das populações acarreta conseqüências para as sociedades que vivenciam esse processo. Um dos fatores para isto se dá no fato de populações mais velhas demandarem mais recursos, tanto em médio quanto em longo prazo. Sendo que essa maior demanda de recursos já vem sendo observada, desde fins do século passado, nos serviços de saúde pública (CHAIMOWICZ, 1997).

Todavia, não se pode afirmar que o envelhecimento *per se* está associado ao aumento nos gastos públicos com saúde, mas sim a senilidade, as deficiências e a saúde precária, geralmente associadas à velhice (WHO, 2000). Essas questões geralmente relacionam-se a fatores comportamentais, sociais, biológicos e



psicológicos derivados de todo o período de vida do indivíduo (WHO, 2002), e que acabam por contribuir para que a incidência e a prevalência de muitas doenças, principalmente as crônicas, tendam a aumentar com o avançar da idade (WHO, 1998).

Neste ponto, as alterações sociais decorrentes do envelhecimento humano destacam-se como um importante campo de ação no combate à senilidade. Com o envelhecimento as atividades laborativas dão lugar à aposentadoria, os filhos crescem e formam novos grupos familiares e ocorre, também, a perda de entes queridos (DOMINGUES, 2000). Estas transformações fazem com que, ao passar dos anos, a rede social do indivíduo se retraia e torne-se difícil a manutenção desta, em virtude da diminuição das oportunidades de novos contatos e criação de novos vínculos (SLUZKI, 1997).

As redes sociais podem ser entendidas como uma teia de relações sociais que circunda diversos indivíduos conectados por laços ou vínculos sociais (BOWNLING, 1995), ou, como coloca Sluzki (1997), como todas as relações sociais que o indivíduo tem como significativas.

Esse conceito assume relevância em virtude das influências que as relações sociais têm sobre a saúde. O sociólogo *Émile Durkheim* foi um dos primeiros a relacionar questões sociais com a saúde (BERKMAN *et al.*, 2000). Posteriormente, Cassel (1976) apresentou sua teoria de que o apoio social provido pelas redes sociais protegeria o indivíduo das ações nocivas do estresse no organismo. A partir de então aumentou o número de pesquisas desenvolvidas para verificar a associação entre as relações sociais e a saúde (BOWNLING, 1995; UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; NEWSOM; SCHULZ, 1996; AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998).

Os benefícios da manutenção de uma rede de apoio social têm sido documentados em diversos estudos que verificaram: menor incidência de depressão (ZUNZUNEGUI; BÉLAND; OTERO 2001; KURIAMA *et al.*, 2005), melhores estados de saúde físico e mental (CAPITANINI, 2000; MICHAEL *et al.*, 2001; ZUNZUNEGUI; BÉLAND; OTERO 2001; ZUNZUNEGUI *et al.*, 2004; SAITO; SAGAWA; KANAGAWA, 2005; RESENDE *et al.*, 2006), melhores relatos de bem-estar (KAWAMOTO *et al.*, 2005), manutenção das atividades da vida diária (SAITO; SAGAWA; KANAGAWA, 2005), melhor capacidade funcional (NEWSOM; SCHULZ, 1996), manutenção das funções cognitivas (YEH; LIU, 2003), manutenção da independência em octogenários (PIN *et al.*, 2005), satisfação com a vida (HO *et al.*, 2003; ZUNZUNEGUI *et al.*, 2003; RESENDE *et al.*, 2006).

Atualmente estudos têm objetivado verificar os mecanismos de ação das relações sociais na saúde (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; BERKMAN *et al.*, 2000). Uma destas vias de ação seria a promoção, direta ou indireta, de hábitos saudáveis (ex.: uso de serviços de saúde, alimentação adequada e atividade física) (BERKMAN *et al.*, 2000; WIJNDAELE *et al.*, 2007). Esse ponto é relevante para o presente estudo por se tratar a atividade física de um destes comportamentos.

Alguns autores (TREIBER *et al.* 1991; e WIJNDAELE *et al.*, 2007) demonstraram haver associação entre o apoio social e a participação em exercícios físicos. Segundo Wijndaele *et al.* (2007), uma vez que o apoio social pode exercer um efeito tampão sobre os efeitos do estresse no organismo, indivíduos com pouca percepção de apoio social tenderiam a sentir mais estresse e, com isso, participariam menos em atividades físicas. Os mesmos autores argumentam ainda, que esta via pode ser direta, e neste caso, as relações sociais beneficiariam

comportamentos saudáveis (ex.: atividade física, dieta balanceada, etc.) por meio de mecanismos que levariam a estados psicológicos positivos e, assim, resultaria em maior motivação para o auto-cuidado.

Neste ponto, a participação em programas de atividades físicas pode contribuir como um meio de combate à retração da rede social pessoal de idosos. A participação nestas atividades usualmente é um processo em grupo, o que possibilita benefícios para a manutenção da rede social (MAZO, 2008) e reestruturação da mesma (SHEPHARD, 2003).

Desta forma, as relações sociais e a atividade física são componentes chave na promoção da saúde em idosos e devem compor as agendas destas estratégias. Ressalta-se, parafraseando Chaimowcz (1997), que promoção de saúde e as práticas preventivas são as alternativas que apresentam melhor custo benefício para que se realize a compressão da morbidade, ou seja, o adiamento do surgimento de agravos na saúde do idoso.

Partindo-se desse conhecimento, no ano de 2007 foi lançado em Florianópolis, SC, o Programa Intersetorial de Atividade Física para Idosos - *Floripa Ativa*. Este programa aborda o exercício físico como fator de prevenção, promoção e reabilitação da saúde de idosos, no qual atividades realizadas em grupo proporcionam estas práticas. No programa *Floripa Ativa* existem três fases (A, B e C), que estão relacionadas ao enfoque do trabalho com os pacientes e idosos. A fase “A” refere-se à reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica; a fase “B” a prevenção secundária e terciária; e a fase “C” a prevenção primária, secundária e promoção em saúde. O programa de exercício físico ocorre em diferentes locais como: centros de saúde, parques, ruas, centros comunitários, grupos de convivência, entre outros.

Todavia, observa-se que o programa *Floripa Ativa*, por seu caráter recente, ainda necessita de estudos sobre as características da rede social pessoal (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar), o nível de estresse, as características sócio-demográficas, condições de saúde e a aptidão funcional dos idosos praticantes de exercícios físicos, bem como as possíveis relações com idosos não participantes de programas de exercícios físicos.

Investigações para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, que visem o exercício físico e a rede de apoio social de idosos, ainda são escassas no Brasil e de suma importância. Atualmente, percebe-se um movimento cada vez maior em prol da promoção de saúde como uma alternativa para reduzir gastos na área da saúde e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Assim, têm-se como questão de estudo: quais as características da rede social pessoal (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) entre idosos participantes e não participantes de programa de exercícios físicos?

## 1.1. OBJETIVOS

### 1.1.1. Objetivo geral

- Analisar e comparar as características das redes de apoio social (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) de idosos participantes e não participantes do programa de atividades físicas.

### 1.1.2. Objetivos específicos

- Verificar e comparar o nível de estresse, as características sócio-demográficas e as condições de saúde entre idosos participantes e não participantes do programa de atividades físicas;
- Explorar as relações entre as características da rede social pessoal (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) e o nível de estresse, as características sócio-demográficas e as condições de saúde em ambos os grupos de idosos participantes e não participantes do programa de atividades físicas;
- Comparar as características da rede social pessoal (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) entre idosos participantes e não participantes do programa de atividades físicas;
- Explorar as relações do apoio social com as características estruturais das redes sociais e com a funcionalidade familiar dos idosos em ambos os grupos participantes e não participantes do programa de atividades físicas.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. ENVELHECIMENTO

No século passado uma verdadeira revolução em termos de longevidade humana pôde ser observada, com acréscimos tanto na expectativa média de vida, quanto no número total de idosos na população mundial. Melhorias e avanços em diversos setores do conhecimento humano resultaram nesta transição etária, nunca antes observada.

A expectativa média de vida da população mundial, a partir de meados do século passado, sofreu um acréscimo de aproximadamente 20 anos (WHO, 1999). No Brasil, no pequeno intervalo de tempo entre os anos de 1991 e 2000, a expectativa média de vida ao nascer aumentou de 66,9 para 70,4 anos de idade, o que representa um aumento de pouco mais de três anos de vida (IBGE, 2006).

O órgão americano *U.S. Bureau of Census* (2004), indica que para os primeiros 25 anos do atual século que vivemos, o crescimento da população idosa deverá superar as taxas de crescimento total da população em todas as partes do globo. Estima-se que a proporção mundial de pessoas acima de 60 anos venha a dobrar, de 10% para 21%, entre os anos de 2000 e 2050 (WHO, 2000).

Em termos globais, no ano de 2000 haviam cerca de 590 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Estima-se que, em 2025, esta população deverá alcançar números próximos a 1,2 bilhões de idosos, e no ano de 2050 aproximar-se-á de 2 bilhões de idosos (WHO, 2000).

Toda essa transformação demográfica tem promovido conseqüências em diversos ramos da sociedade humana, sendo que os diversos contextos aos quais o ser humano está inserido (social, econômico, político, cultural, psicológico e espiritual) vêm sendo envolvidos no decorrer desse processo (WHO, 2000). As amplas conseqüências desta transição etária deve-se, também, ao fato de que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo composto por alterações progressivas nas estruturas biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo senescente (WHO, 1999).

Partindo-se desta definição Mazo, Lopes e Benedetti (2004) indicam que o envelhecimento humano pode ser definido de diferentes maneiras, dependendo para onde se dirige o foco de atenção, se a fatores ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Nesta pesquisa, o foco de atenção é voltado a aspectos psicossociais. Considerações sobre estes aspectos serão tecidas ainda neste capítulo.

### 2.1.1. Aspectos sociais do envelhecimento

Embora essa maior longevidade seja um grande triunfo da humanidade (WHO, 2002), em muitas sociedades mundiais, principalmente nas ocidentais, as pessoas tendem a ser marginalizadas e excluídas socialmente com o avançar da

idade (CORNER; BRITAIN; BOND, 2007).

Muitas dessas sociedades, sem levar em consideração algumas mudanças e perdas que freqüentemente se associam à velhice (VELOZ; NASCIMENTE-SHCULZE; CAMARGO, 1999), acabam por super-valorizar aspectos relacionados à competitividade, à capacidade de produção, à independência e à autonomia funcional, contribuindo para a exclusão social de idosos.

Em pesquisa sobre as representações sociais do envelhecimento, com 37 pessoas entre 52 e 92 anos de idade, Veloz, Nascimento-Shculze e Camargo (1999) encontraram resultados que apontaram para três tipos de representação social do envelhecimento: a primeira é uma representação doméstica e feminina onde a perda dos laços familiares é central, a segunda tipicamente masculina apóia-se na noção de atividade, caracterizando o envelhecimento como perda do ritmo de trabalho, e a última mais utilitarista apresenta o envelhecimento como desgaste da máquina humana.

Esses resultados reforçam a percepção de um processo de perdas, incapacidades e doenças relacionadas ao envelhecimento (VELOZ; NASCIMENTE-SHCULZE; CAMARGO, 1999). Com isso, acabou-se por agregar uma imagem negativa ao processo de envelhecimento, sendo que acabamos por deixar de ter uma “*elite de anciãos*” para termos uma “*massa de velhos*”, como coloca o etnopsicanalista E. H. Erikson em seu livro *El ciclo vital completado* (1990), destacado por Rifiotis (2007).

Esses fatos acabam por contribuir para a diminuição de oportunidades pessoais e sociais, e para o isolamento, ou exclusão social. A exclusão social caracteriza-se pela redução de acesso a recursos financeiros, ao mercado de trabalho, a serviços e às próprias relações sociais. A não participação em atividades



comunitárias, a pouca extensão da rede social individual e, principalmente, a pobreza são fatores de risco para esta exclusão social sofrida pelo idoso (CORNER; BRITAIN; BOND, 2007).

A participação social é um dos principais componentes da qualidade de vida (BOWNLING, 1995, MAZO, 2003), contudo, infelizmente, uma parte dos idosos é excluída desta participação (BOWNLING, 1995). No Brasil, dados da pesquisa “Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade” indicaram que com o avançar dos anos há maior chance de receber menos apoio social (ALVES, 2007), o que caracteriza uma forma de exclusão social. Nessa mesma pesquisa, 14% das idosas com mais de oitenta anos relataram não possuírem ninguém que lhes apoiassem, o mesmo sendo respondido por 4% dos homens da mesma faixa etária (ALVES, 2007).

Derivante do processo de envelhecimento percebe-se a coexistência de três fatores com efeitos cumulativos nas redes de relações sociais dos idosos: a contração dessas redes; a redução das oportunidades de contatos e das motivações para renovar essas redes; e uma maior dificuldade para a manutenção dessas redes (SLUZKI, 1997). Estes fatores são agravantes para o processo de exclusão social sofrido pelos idosos.

Todavia, os efeitos desses fatores podem ser reduzidos por fatores culturais, pela intervenção de profissionais e pelos próprios idosos, uma vez que o reconhecimento e a revalorização dessas perdas podem ser extremamente terapêuticos (SLUZKI, 1997).

Nesse ponto, a atividade física assume relevância uma vez que possibilita a seus praticantes oportunidades de reconstrução e ampliação de suas redes de relações. Mazo (2003) em um estudo com 198 idosas, idade média de 73,6 (DP=5,9)

anos, constatou que a prática de atividade física possibilitou benefícios nas relações sociais com a família e com amigos, na integração social, no bem-estar e a melhora na auto-estima das idosas.

As redes de relações, ou redes sociais, dos idosos sofrem transformações com o avançar da idade. Todavia, pode-se dizer que a rede social pessoal de um indivíduo constitui uma configuração em constante processo de mudança, derivada da evolução histórica e do ciclo de vida do indivíduo (SLUZKI, 2000). Estas redes de relações baseiam-se em alguns fundamentos supracitados, e reiteram a importância dos vínculos construídos ao longo da vida (SLUZKI, 1997; DOMINGUES, 2000).

Com o envelhecimento são maiores os riscos de acometimento por doenças crônico-degenerativas e outros agravos à saúde que podem vir a acarretar uma maior demanda por recursos e cuidados e, com isso, requerer uma articulação e mobilização de pessoas do círculo de relações do indivíduo com os serviços de saúde (DOMINGUES, 2000). Também, a redução dramática da rede social na velhice pode gerar sobrecarga nas relações sociais remanescentes, tornando a relação conjugal mais central ainda para o idoso (SLUSKI, 1997), podendo então sobrecarregar o cônjuge cuidador do idoso e, inclusive, comprometer a saúde deste.

Assim, incentivar o desenvolvimento das redes de apoio social é uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e de criar oportunidades para melhoria das condições de vida dos idosos.

### 2.1.2. Funcionalidade familiar e o idoso

As mudanças demográficas que vem ocorrendo em diversos países, especificamente no Brasil, decorrentes do processo de envelhecimento populacional

são acompanhadas por alterações epidemiológicas que requerem a reorganização da atenção à saúde do idoso. Neste processo de atenção e cuidado, a família destaca-se como um importante instrumento de promoção de cuidados e integração da equipe médica com o paciente idoso (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

A família pode ser compreendida como um sistema baseado nas relações interpessoais e que se modifica com o passar do tempo, influenciado pelos conflitos e transformações de seus membros e da sociedade na qual está inserida (BRASIL, 2006). Outras definições são encontradas na literatura, mas geralmente levam em consideração aspectos com a afetividade, o companheirismo e a solidariedade entre seus membros (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Trata-se de uma construção social, histórica e cultural, que tem relevância para a organização humana na sociedade (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007; SANTOS, 2008).

No Brasil, esta base para a construção das famílias, de seu significado e papel social, tem sofrido inúmeras transformações no tempo, sendo as configurações familiares adequadas a cada época (SANTOS, 2008). Assim, sucessivas modificações têm sido observadas nas famílias, que se tornam cada vez mais nucleares, e nos papéis sociais desempenhados por seus membros (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Os papéis sociais tradicionais dos membros familiares encontram-se em transformação, derivando de construtos históricos, das relações sociais e, especialmente, do sistema cultural no qual os indivíduos estão inseridos. Sem uma definição clara e precisa dos papéis e com a liberdade de escolha, de busca da satisfação pessoal e da felicidade dos indivíduos, ocorre a exacerbação do individualismo e um aumento das dificuldades encontradas pelas famílias e seus membros em manejar situações de crise e conflito (SANTOS, 2008). Isto, por sua

vez, pode contribuir para uma menor participação da família na assistência ao idoso, gerando com isso uma carência assistencial, especialmente para os idosos mais incapacitados (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Além disso, a sociedade atual caracteriza-se pela alta velocidade com que sofre transformações, as quais nem sempre são acompanhadas pelas famílias e, com isso, surgem certos desconfortos que somados ao maior individualismo de seus membros pode levar a um quadro de disfuncionalidade familiar (SANTOS, 2008).

Um sistema familiar disfuncional é caracterizado, como (BRASIL, 2006, p.42):

“(...) aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. (...) são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros (...). Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão grupal, de forma adequada e, com freqüência, identificam a “crise” como responsabilidade única do membro que a desencadeou. Nas situações conflitivas (...) com pessoas idosas, freqüentemente é possível observar uma solução aparente onde, ou o idoso é separado do seu meio (institucionalizado ou isolado do grupo) que o considera gerador do problema ou os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que a mesma não diz respeito a eles”.

Diante disto, ambientes familiares em condições de disfuncionalidade podem ter a sua capacidade assistencial diminuída e, assim, não serem capazes de prover as necessidades dos idosos (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Por outro lado, em um sistema familiar funcional, os conflitos e situações críticas são enfrentados com recursos próprios, buscando-se a estabilidade emocional e a adequada resolução do problema (BRASIL, 2006). Quando existe um ambiente familiar equilibrado, há o respeito e o interesse mútuo entre seus membros, e estes por se conhecerem bem sabem como lidar uns com os outros para que a funcionalidade familiar seja mantida (ZINKER, 2001). O ambiente familiar é composto por indivíduos interdependentes e, com isso, o que afeta a um destes indivíduos afeta o grupo por inteiro (SANTOS, 2008). Neste sistema, todos os

membros desempenham funções e papéis para seu bom funcionamento, dos quais destacam-se: o prover e o cuidar (BRASIL, 2006).

Reconhecer a funcionalidade familiar permite que esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos possam ser construídos com vias a suprir as demandas assistenciais dos idosos e de suas famílias. O reconhecimento da dinâmica familiar possibilita o reconhecimento de disfunções e a intervenção precoce na busca do equilíbrio familiar e melhorando a qualidade assistencial e os cuidados prestados ao idoso, além de reduzir os custos emocionais para a própria família (BRASIL, 2006).

### 2.1.3. Estresse e envelhecimento

Envelhecer com saúde e qualidade de vida é hoje uma das maiores preocupações mundiais, tanto a nível individual, como coletivo. Para que se alcancem tais objetivos todo o contexto biopsicosocial vinculado ao indivíduo representa uma via de ação para que se vivencie com sucesso o processo de envelhecimento. Todos os entornos do ser humano, todo o contexto histórico-social, cultural, relacional, afetam a sua forma de viver, de encarar desafios e demandas, sua qualidade de vida, e conseqüentemente seu processo de envelhecimento.

Desta forma, diversos fatores podem afetar o processo de envelhecimento individual. Tais fatores podem ser considerados estressores (SMITH *et al.*, 2004), sendo responsáveis pelas diferenças individuais observadas no processo de envelhecimento (ESCH, 2003).

Para Cassel (1976), o termo estressor se refere às circunstâncias ou estímulos nocivos do ambiente capazes de desencadear reações de estresse no organismo. O termo estresse foi empregado inicialmente por Hans Selye, em 1936,

para definir uma resposta não específica do organismo a algum tipo de demanda (LACERDA, 2002; TAFARO *et al.*, 2008). Pode ser definido também como as alterações orgânicas que ocorrem em função de estressores físicos, sociais ou psicológicos (CASSEL, 1976). Segundo Luft (2007, p. 32):

O termo estresse denota um estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, principalmente, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas alterações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e psicológicos.

Em idosos, os agentes estressores são variados, dentre os quais podem-se citar a aposentadoria, o declínio das capacidades físicas e cognitivas, a redução das redes sociais causada, em parte, pela morte de entes queridos, e a mudança de papéis sociais (GREENBERG, 2002).

As respostas do organismo ao estresse envolvem mecanismos fisiológicos de luta/fuga que preparam o corpo para tais respostas que, por sua vez, dependerão do agente estressor e da percepção subjetiva individual frente a tais estímulos (LUFT, 2007). Segundo Tafari *et al.* (2008) o estresse atua, a nível fisiológico, no equilíbrio *simpático-vagal* aumentando a atividade simpática. Quando esta ativação é excessiva, e crônica, exaure a energia do organismo e em períodos de longa duração resultam em danos à performance deste indivíduo. Em contrapartida se esta ativação não for extrema nem permanente pode melhorar a performance individual (TAFARO *et al.*, 2008).

Assim, levando-se em consideração as sensações individuais e o impacto do estresse sobre o organismo, o estresse pode ser considerado positivo ou negativo (TAFARO *et al.*, 2008).

As conseqüências negativas do estresse psico-fisiológico crônico mais comuns são: depressão, ansiedade, raiva e hostilidade, as quais são relacionadas à

hipertensão arterial, doenças coronariana, comprometimento do sistema imune e exacerbação da sintomatologia da dor (TAFARO *et al.*, 2008). Também associa-se a alterações no sono que trarão prejuízos para a qualidade de vida, piora nos quadros clínicos de doenças crônicas e redução da sobrevida (TAFARO *et al.*, 2007).

Idosos são mais susceptíveis a doenças associadas e dependentes da idade, conseqüentemente, a morbidade e incapacidade, consideradas importantes causas de estresse crônico em idosos, também aumentam com o passar dos anos vividos (TAFARO *et al.*, 2008).

## 2.2. PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA O IDOSO

Como visto anteriormente, o fenômeno do envelhecimento tem um impacto significativo sobre diversas dimensões das sociedades e de seus indivíduos. Um maior contingente populacional de idosos consome mais recursos e requer novas estratégias de enfrentamento que visem o envelhecimento ativo (WHO, 2002), sadio e independente.

Com isso, como ressaltam Assis, Hartz e Valla (2004), programas para a promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. Neste ponto, os programas e estratégias que têm por base a promoção de saúde devem visar que o idoso assuma um estilo de vida ativo, mais voltado ao autocuidado, e adotando a capacidade funcional como um novo conceito de saúde para os idosos (DERNTL; WATANABE, 2004).

Para Albuquerque (2005) a promoção de saúde na velhice deve focar-se no bom funcionamento físico, mental e social do indivíduo, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades, visto que muitas das medidas que afetam a saúde dos idosos transcendem o setor saúde.

Uma das maiores contribuições para a difusão das políticas públicas para a terceira idade foi realizada pela *World Health Organization* (2002), durante a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Madri - Espanha, com o lançamento do documento "*Envelhecimento Ativo: um marco para elaboração de políticas*". Nesse, a OMS preconiza (dentre uma série de medidas para a manutenção da autonomia e independência do idoso) a promoção de saúde em um contexto gerontológico assume características de políticas públicas voltadas para a promoção/manutenção de um envelhecimento ativo. O qual pode ser entendido como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos. (WHO, 2002). Neste aspecto, foi lançado recentemente pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) o projeto *Cidade Amiga do Idoso*, outro marco das políticas públicas para a terceira idade, o qual objetiva que as cidades adaptem suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão dos idosos na sociedade, e usufruam o potencial que os idosos representam para a humanidade.

Um termo propício para se referir às políticas de promoção de saúde seria a intersectorialidade. Ou seja, para se atingir as metas citadas anteriormente é importante uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e



comunidades. Conforme é ressaltado pela *World Health Organization* na *Carta de Ottawa* (BRASIL, 2001), políticas de promoção da saúde requerem a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde.

Nesse sentido, ao que tudo indica, tanto os países desenvolvidos, quanto aqueles em desenvolvimento têm trabalhado a favor, aprovando leis e criando estratégias de ações que visam assegurar um envelhecimento saudável e com dignidade, com uma diferença: nos países em desenvolvimento a existência destas leis não garante que elas sejam cumpridas (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007).

Estas ações normalmente são implantadas por meio de programas para os idosos, como: campanhas de imunização contra a gripe, palestras sobre doenças crônico-degenerativas, grupos de convivência, distribuição de medicamentos, tele-assistência, centro-dia, lares assistidos, atividades culturais, oficinas de memória e de trabalhos manuais, grupos de crescimento e atividade física, dentre outros (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007).

Em relação às políticas de promoção de saúde voltada para os idosos brasileiros, um documento base é a Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994; Lei N.8.842), o qual incorpora os postulados voltados para a orientação das ações de atenção, apresentados anteriormente (Carta de Ottawa), por sua vez ajustados às peculiaridades nacionais e populacionais (DERNTL; WATANABE, 2004). Também o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003; Lei N.10.741), prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional.

Em seu propósito a PNI busca promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da sua capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (DERNTL; WATANABE, 2004).

Todavia, cabe ressaltar aqui, parafraseando Rifiotis (2007) – em um provocante artigo, diga-se de passagem – o envelhecimento é um processo de síntese da nossa percepção do tempo e, portanto, não é possível pensar e propor políticas públicas sem dar atenção a todas as etapas do ciclo vital, seja na infância ou na idade adulta. O autor coloca ainda que nas políticas para a terceira idade os idosos não devem ser os únicos sujeitos, e, portanto deve-se encarar o desafio de pensar de outro modo a complementaridade entre as etapas da vida. O que é coerente pelo envelhecimento ser um processo de todo o ciclo de vida, que começa antes do nascimento e continua até a morte (WHO, 1999).

#### 2.2.1. Atividade física e relações sociais como práticas de promoção de saúde

Neste estudo o foco se dirige para a atividade física, como um meio de modificar os hábitos de vida dos idosos, retardando o aparecimento de doenças crônicas e mantendo-os por mais tempo funcionalmente capazes para realizar as atividades da vida diária (CHAIMOWICZ, 1997; ACSM, 1998; MATSUDO, MATSUDO e BARROS NETO, 2000; SHEPHARD, 2003; WARBURTON, NICOL E BREDIN, 2006), e para o apoio social percebido pelos idosos como um fator protetor

do estado de saúde e indutor de uma melhor qualidade de vida (RAMOS, 2002; SAITO; SAGAWA; KANAGAWA, 2005; KURIAMA et al., 2005; GRIEP et al., 2005).

Em uma revisão sistemática, cuja principal fonte foram as bases de dados *Medline* e *Lilacs*, no período 1990-2002, periódicos de saúde pública, envelhecimento e educação em saúde, disponíveis em bibliotecas especializadas (UnATI/UERJ, ENSP, USP, IMS/UERJ), *sítes* e livros sobre o assunto, Assis, Hartz e Valla (2004) apontam que, de modo geral, os objetivos dos programas de promoção de saúde convergem no horizonte de melhoria da saúde e qualidade de vida do idoso, com acento ora em mudanças comportamentais/práticas de saúde ora em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar ou em ambas combinadas.

Atualmente, no Brasil, observa-se uma crescente implementação de programas de promoção de saúde, especificamente por meio da atividade física, embora a maioria dessas ações ocorra por iniciativa de universidades, nas quais não há o devido apoio financeiro, apenas alguns recursos de fomento à pesquisa e extensão, o que acaba gerando dificuldades para administrar o excesso de demanda da comunidade idosa (BENEDETTI; GONÇALVES, MOTA, 2007).

Benedetti, Gonçalves e Mota (2007) indicam que a recente implantação e expansão do Programa Saúde da Família (PSF) figura como um novo campo de possibilidade para a implantação de programas de atividade física via prefeituras municipais em conjunto com outros órgãos, facilitando a parceria entre os setores públicos e privados (BENEDETTI, 2004; SALIN, 2006).

A implantação dos programas de atividade física como estratégia de promoção de saúde tem se destacado pelo incentivo propiciado ao envolvimento social, além, é claro, pela necessidade de criar hábitos de vida saudáveis na população. Benedetti, Gonçalves e Mota (2007) propõem diretrizes para que esses

programas de atividade física propiciem: ações que favoreçam idosos considerados pouco ativos a aumentar o nível de atividade física, inserindo-os em grupos específicos para melhorar também o contato social; ações que favoreçam os idosos considerados ativos a se manterem ativos, principalmente no domínio do lazer, mantendo sua capacidade funcional.

A idéia de promover saúde tem se tornado uma força vital no novo movimento de saúde pública, no qual a saúde é concebida também como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social. Elementos de capital social tais como confiança mútua, normas de reciprocidade ou solidariedade, e engajamento cívico aliados ao crescimento da epidemiologia social são temas que poderão trazer novas perspectivas ao campo da saúde pública e da promoção de saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Referente às relações sociais do idoso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), ressalta que incentivar o desenvolvimento das redes sociais é uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e de criar oportunidades para melhoria das condições de vida dos idosos.

Em estudo que analisou os efeitos de um programa de psicomotricidade baseado nos preceitos da formação pessoal nas relações interpessoais de idosos, na faixa etária dos 68 aos 78 anos, Castiglia, Pires e Boccardi (2006) concluíram que esse programa mostrou-se um instrumento valioso para a satisfação do idoso nas suas necessidades; proporcionou novo referencial social ao grupo participante, pelo oferecimento de oportunidades de trabalho em cooperação, propiciando diversidade de experiências que promoveram a aceitação e a integração de todos. Os autores indicaram que o programa destacou-se por ser um ambiente favorável às

experiências sociais, observando-se progressos significativos no comportamento social do idoso na perspectiva de integração e trocas de experiências.

Com isso, observa-se que programas de promoção da saúde devem propiciar ambientes e práticas favoráveis à interação social dos idosos, contribuindo para a reestruturação da rede de apoio social e, por sua vez, induzindo a um melhor estado de saúde, visto que pessoas que estão em contato com as outras podem ser mais inclinadas a ter hábitos de vida mais saudáveis (RAMOS, 2002).

Observou-se com isso a relevância dos programas de atividade física para a promoção de saúde seja pelos efeitos diretos da mesma, seja por essas atividades, quando realizadas em grupo, favorecerem a integração social de seus membros.

## 2.3. REDE E APOIO SOCIAL

### 2.3.1. Definição e características de redes e apoio social

O conceito de rede social foi desenvolvido e refinado de maneira cumulativa a partir de meados do século passado por diversos autores – Kurt Lewin, Jacob L. Moreno, John Barnes, Elisabeth Both, dentre outros – conforme cita Sluzki (1997).

Segundo o mesmo autor, todos os contextos culturais, subculturais, históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio-ambiente, de existência ou carência, de região, país, hemisfério, fazem parte do nosso *universo relacional* (SLUZKI, 1997). Dentro desse universo, todas as relações que o indivíduo tem como significativas, ou diferenciadas, constituem a sua rede social pessoal. Neste ponto, a rede social

assume características “micro” (rede social significativa do sujeito ou subgrupo de quem a descreve) e “macro” (comunidade da qual se faz parte, sociedade, espécie, ecologia, etc.). Neste estudo abordar-se-á a micro-rede social pessoal significativa para os idosos participantes.

Outro conceito de rede social, mais simplista, é o de Bowling (1997), no qual a rede social de um indivíduo seria o grupo de pessoas com os quais este mantém contato ou algum vínculo social. Ressalta-se que, apesar deste estudo centrar-se na rede social pessoal do indivíduo, é possível que por meio da análise de redes sociais traçar-se a rede social de um grupo, ou a rede social de um determinada rede (BERKMAN et al., 2000).

Na rede social pessoal destacam-se as relações com: a família, os amigos e conhecidos, as relações de trabalho ou estudo e as relações comunitárias de serviço formal ou informal (SLUZKI, 1997; 2000; DOMINGUES, 2000; LACERDA, 2002). Para os idosos, a família, os amigos e os vizinhos constituem os principais componentes destas redes (DOMÍNGUEZ, 2000; MICHAEL et al., 2001; RAMOS, 2002; SHEPHARD, 2003; ZUNZUNEGUI et al, 2004; SAITO, SAGAWA e KANAGAWA, 2005).

As redes sociais têm características estruturais e funcionais. As características estruturais envolvem principalmente a quantidade, a proximidade, a composição e a frequência dos contatos sociais (OSTERGREN *et al.*, 1991). Dentre estas características estruturais destacam-se (SLUZKI, 1997; BOWLING, 1997; OSTERGREN et al, 1991):

a) **Tamanho:** referente ao número de pessoas incluídas na rede social pessoal.

Sluzki (1997, p:45) indica que as redes mais efetivas são as de tamanho médio. O autor argumenta que redes mínimas são menos efetivas em

situações de sobrecarga ou tensão de longa duração, bem como as redes muito numerosas correm o risco da inefetividade pelos indivíduos suporem que outrem estão a auxiliar na resolução do problema. Todavia o autor não expõe qual o tamanho de uma rede média, mínima ou numerosa.

- b) **Composição:** os vínculos do indivíduo de acordo com a área (família, amigos, comunidade e relações de trabalho). Redes muito localizadas são menos flexíveis e, com isso, menos efetivas (SLUZKI, 1997, p.46).
- c) **Densidade:** refere-se à conexão entre os membros da rede, independentemente do informante (ex.: amigos do informante que são amigos entre si).
- d) **Proximidade ou dispersão:** grau de intimidade ou distância de um integrante da rede para com o informante. Esta característica influi sobre a sensibilidade da rede para as variações do indivíduo, e sobre a eficácia e velocidade das respostas para situações de crise. Também é definida como *acessibilidade* (SLUZKI, 1997, p.47).
- e) **Homogeneidade ou heterogeneidade:** de características demográficas e sócio-culturais pessoais dos integrantes da rede. Esta característica orienta acerca das potenciais tensões entre as sub-redes com diferenças culturais e/ou sócio-demográficas.
- f) **Atributos de vínculos específicos:** grau de intimidade, expectativas de duração, disponibilidade e intensidade. Definido também como *força das relações*.
- g) **Simetria:** reciprocidade dos relacionamentos.
- h) **Enraizamento social:** afinidade ou identificação do indivíduo com seu meio.

As características funcionais das redes sociais correspondem às interações que ocorrem dentro das estruturas destas redes (ROSA et al., 2007). Sluzki (1997) as descreve como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, acesso material e de serviços, e acesso a novos contatos. Já Berkman *et al.* (2000) indicam como componentes funcionais das redes sociais alguns mecanismos psicossociais, sendo estes: o apoio social, a influência social, o engajamento social, o acesso a recursos e bens materiais e o contato pessoa-a-pessoa.

Todas as características funcionais das redes sociais ocorrem simultaneamente. Todavia, o apoio social é o mais destacado destes mecanismos quando se vincula as redes sociais e a saúde (BERKMAN *et al.*, 2000).

Apoio social pode ser compreendido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (MINKLER, 1985). Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (SHUMAKER; BROWNELL, 1984; MINKLER, 1985).

Sarason, Sarason e Pierce (1987) o definem como a percepção de uma crença pessoal de que essa pessoa poderia obter ajuda ou empatia de outros quando necessário e a satisfação pessoal com esse apoio.

Na literatura encontram-se diversas definições de apoio social, o que é compreensível por este se tratar de um conceito multidimensional (AGNEESSENS; WAEGE; LIEVENS, 2006). Basicamente, pode ser entendido como a existência de relações sociais (individuais ou grupais) nas quais há uma troca de recursos



(tangíveis ou não) qualitativos, o que implica em um melhor bem-estar e menor estresse em situações adversas tanto para quem fornece, quanto para quem recebe.

A recepção de apoio social por um indivíduo será influenciada pela estrutura da rede social do mesmo, sendo que nem todos os contatos irão prover o mesmo tipo, intensidade, frequência e duração de apoio (BERKMAN *et al.*, 2000). Ter uma grande quantidade de contatos sociais não garante que o indivíduo receba apoio social adequado, devendo-se, sim, atentar para a qualidade desses relacionamentos (GRIEP *et al.*, 2005). Segundo Agneessens, Waeye e Lievens (2006), o número de relações, que representam fontes potenciais de apoio ao indivíduo são apenas parte da complexidade da rede de relações sociais de uma pessoa.

Assim, diferentes relacionamentos sociais podem fornecer diferentes tipos de apoio social. Isso porque, o apoio social é, como citado anteriormente, um conceito multidimensional, havendo diferentes tipos (dimensões funcionais) do mesmo.

Na literatura (OSTERGREN *et al.*, 1991; HINSON LANGFORD *et al.*, 1997; SLUZKI, 1997; BOWLING, 1997; BERKMAN *et al.*, 2000; GRIEP, 2003) encontram-se citados diferentes tipos de apoio social, dos quais destacam-se:

- a) **Apoio emocional:** envolve a provisão de cuidado, empatia, amor, carinho, afeto, respeito e confiança. Este tipo de apoio é associado à habilidade de resposta da rede social em fornecer apoio para o enfrentamento de problemas pessoais, confidenciais, e de encorajamento em situações adversas (OSTERGREN *et al.*, 1991)
- b) **Apoio instrumental:** definido como a disponibilidade de provisão de recursos (bens, serviços ou ajuda) materiais. Prestar auxílio financeiro, e auxílio nas tarefas domésticas ou em cuidados pessoais em casos de necessidade são exemplos de apoio instrumental ou material.

- c) **Apoio informativo:** reflete a disponibilidade de informação (aconselhamentos, sugestões, diretrizes e informações) provida por outras pessoas durante situações de crise, objetivando a resolução do problema.
- d) **Apoio avaliativo:** envolve a disponibilidade de informação relevante no contexto de auto-avaliação, e não de resolução de problemas. Também definido como *apoio afirmativo*.

Outros tipos de apoio social também podem ser citados, tais como: o *apoio afetivo* – que se refere a demonstrações físicas de afeto; e o *apoio de interação social positiva* – que, por sua vez, se refere a ter alguém com quem se distrair e fazer coisas agradáveis (GRIEP, 2003).

As outras características funcionais das redes sociais também são relevantes no estudo da relação entre as redes sociais e a saúde, e, como ressaltam *Berkman et al.* (2000), têm ganhado destaque nestes estudos.

A influência social, segundo Marsden e Friedkin (*apud* BERKMAN *et al.*, 2000), deriva do entendimento de que a proximidade entre dois atores em uma rede social é associada a ocorrência de influência interpessoal entre ambos atores. Com isso, em situações ambíguas, as pessoas obtêm como guia normativa a comparação de suas atitudes com as de um grupo de pares tomado como referência. Esse compartilhamento de normas e valores talvez possua conseqüências diretas para o comportamento de membros de uma determinada rede (BERKMAN *et al.*, 2000).

Outro mecanismo psicossocial tido como função de rede social é o engajamento social. Promovendo a participação e o engajamento social, as redes sociais talvez influenciem a saúde individual. A participação e engajamento social provêm um senso de valor, pertencimento e vinculação, além de favorecer a oportunidades de companheirismo e sociabilidade (BERKMAN *et al.*, 2000).

Outros dois mecanismos psicossociais são considerados funções da rede social: o acesso a recursos e bens materiais, e o contato pessoa-a-pessoa. O primeiro corresponde à via pela qual as redes oportunizam e promovem acesso a oportunidades restritas. O segundo representa um importante mecanismo pelo qual as redes sociais podem influenciar processos de transmissão de doenças.

No contexto do presente estudo, estas características assumem relevância por vincularem-se ao de apoio social (influência social e acesso a recursos e bens materiais), e por serem beneficiadas pela prática de atividades em grupo, destacando-se aqui a participação em um programa de exercícios físicos.

### 2.3.2. Relações sociais, apoio social e saúde

As primeiras teorias a estudar os relacionamentos sociais à saúde têm origens em sociólogos como *Émile Durkheim*, que em sua obra "*Suicídio*" demonstrou haver padrões sociais no suicídio, teorizando que os níveis de suicídio eram inversamente proporcionais aos níveis de integração social do grupo dos quais os indivíduos faziam parte (BERKMAN *et al.*, 2000).

O segundo autor a se destacar como pioneiro no estudo das relações sociais e seu vínculo com a saúde foi, segundo Berkman *et al.* (2000), o psicanalista *John Bowlby*, o qual propôs teorias que sugeriam que o ambiente, especialmente para as crianças, tinha um papel central no desenvolvimento de neuroses. Uma das principais contribuições de Bowlby foi a "*teoria da vinculação*", escrita entre os anos de 1964 e 1979. Esta teoria postula que uma base segura para a criança explorar e aventurar-se é criada pela *figura de vinculação* (geralmente a mãe). Assim, haveria uma vinculação segura, a qual promoveria uma espécie de proteção psicológica

externa que manteria o metabolismo da criança estável. Na vida adulta a figura de vinculação poderia ser encontrada no cônjuge.

Pouco após, as contribuições de dois epidemiologistas, Cassel (1976) e Cobb (1976), têm relevante importância na origem de estudos entre as relações sociais e a saúde (GRIEP, 2003). Cassel (1976) indicou que o apoio social fornecido pelos relacionamentos sociais auxiliaria os indivíduos a possuírem um maior controle em situações estressantes e melhor resposta às adversidades da vida. A hipótese sugerida pelo autor é que o apoio social possui um efeito “tampão” sobre os efeitos deletérios do estresse no organismo.

Estudos empíricos sugerindo que as redes sociais têm relação com a saúde começaram a tornarem-se mais numerosos a partir de 1980 (BERKMAN et al., 2000). Atualmente diversos estudos ressaltam a existência de relações entre o apoio social e a saúde (HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988; UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; ZUNZUNEGUI et al., 2004; SAITO, SAGAWA e KANAGAWA, 2005), sendo amplamente reconhecida sua associação tanto com a saúde física, quanto com a saúde mental (BERKMAN et al., 2000).

House, Landis e Umerson (1988) demonstraram que a associação entre as relações sociais e a saúde é comparável à de fatores de risco como o tabagismo, pressão arterial e atividade física. Indivíduos socialmente mais isolados possuem maiores riscos de mortalidade na maioria das causas de morte estudadas (HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988; BERKMAN et al., 2000).

Avlund, Damsgaard e Holstein (1998) demonstraram haver uma relação entre relações sociais e mortalidade. Para tal, 734 idosos com 70 anos ou mais foram acompanhados por 11 anos em uma coorte iniciada em 1984. Os autores indicaram

que os dois aspectos funcionais das relações sociais que mais se associaram à sobrevivência após o período de acompanhamento foram: receber apoio instrumental tanto para pequenas como para grandes tarefas se necessário, e prover ajuda a outros em diferentes tarefas. Os autores indicaram ainda que as redes sociais podem beneficiar homens e mulheres de formas diferentes.

Em outro estudo, Pin *et al.* (2005) encontraram uma associação entre as relações sociais e a manutenção da independência em um grupo de 306 idosos suíços, com idades entre 80 e 84 anos, acompanhados por períodos de 12 a 18 meses. Os autores demonstraram haver associação entre características da rede social e a manutenção da independência. A existência de um amigo íntimo (OR=1,58) e de contatos com parentes (OR=1,12) foram associadas à manutenção da independência. Ressalta-se a importância da independência como um fator chave para um envelhecimento bem sucedido e com qualidade de vida.

Outros benefícios da manutenção da rede e do apoio social adequado para os idosos destacam-se: menor incidência de depressão, melhores estados de saúde físico e mental, melhores relatos de bem-estar, manutenção das atividades da vida diária, redução da classificação positiva para transtornos mentais comuns, manutenção das funções cognitivas, e satisfação com a vida (CAPITANINI, 2000; ZUNZUNEGUI, BÉLAND e OTERO 2001; MICHAEL *et al.*, 2001; HO *et al.*, 2003; ZUNZUNEGUI *et al.*, 2003; YEH; LIU, 2003; ZUNZUNEGUI *et al.*, 2004; GRIEP *et al.*, 2005; SAITO, SAGAWA e KANAGAWA, 2005; KAWAMOTO *et al.*, 2005; KURIAMA *et al.*, 2005; RESENDE *et al.*, 2006).

Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996) realizaram uma revisão sistemática da literatura internacional sobre o apoio social e os processos fisiológicos com implicações na saúde, e apontaram a existência de fortes evidências vinculando o

apoio social a aspectos cardiovasculares, endócrinos e imunes. Os efeitos do apoio social que pareceram mais replicáveis foram na pressão arterial, nos níveis de catecolaminas e em ambas respostas celulares e humorais do sistema imune.

O apoio social parece reduzir a reatividade cardiovascular aos estressores psicossociais (LEPORE; ALLEN; EVANS, 1993), associando-se assim a menores níveis crônicos de pressão arterial (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996), como também parece proteger contra elevações agudas desses níveis em respostas a situações estressoras (BERKMAN *et al.*, 2000).

Neste ponto, o apoio social, por possuir importantes conseqüências para a saúde, assume relevante importância para os idosos por todas as alterações sociais vivenciadas pelos indivíduos.

#### 2.3.2.1. Mecanismos da ação das redes sociais no estado de saúde

Berkman *et al.* (2000) descrevem como se dá a influência das redes sociais na saúde. Inicialmente, condições sócio-estruturais (cultura, política, fatores sócio-demográficas e mudanças sociais) definem a extensão, a forma e a natureza das redes sociais (características estruturais, e características dos relacionamentos), as quais irão promover oportunidades para que diferentes mecanismos psicossociais (apoio social, influência social, engajamento social, contatos pessoa-a-pessoa, e acesso a recursos e bens materiais) sejam vivenciados pelos indivíduos, o que por sua vez terá impactos na saúde por meio de diferentes vias (comportamentos saudáveis, vias psicológicas e fisiológicas).

As redes sociais influenciam a saúde através de uma série de cinco mecanismos psicossociais principais, os quais exercem influências simultâneas no

estado de saúde por vias biológicas e psicológicas (BERKMAN *et al.*, 2000).

O apoio social é o mecanismo mais comumente destacado quando se busca associar as redes sociais com a saúde. Porém, as influências das redes sociais na saúde também ocorrem por: influência social – que é a influência interpessoal de membros da rede, e parece ter conseqüências diretas no comportamento dos membros da rede; engajamento social – refere-se à participação social, provê ao indivíduo o senso de valor, vinculação e de pertencer à comunidade, também oportuniza o companheirismo e a sociabilidade; contato pessoa-a-pessoa – relacionada à transmissão de doenças infecto-contagiosas; e acesso a recursos e bens materiais – facilitação de acesso a oportunidades restritas (BERKMAN *et al.*, 2000).

Segundo Berkman *et al.* (2000), os mecanismos psicossociais agem na saúde por meio de influências simultâneas em comportamentos de risco, nos estados cognitivo e emocional, e em aspectos fisiológicos vinculados ao estresse.

No que concerne aos comportamentos de risco, as relações sociais afetam comportamentos como: atividade física, tabagismo, consumo de álcool, utilização de drogas ilícitas e padrões alimentares. Berkman *et al.* (2000) destacam dados de *Alameda County*, onde foi observado uma relação entre desconexão social e prevalência de comportamentos prejudiciais à saúde.

Essa questão assume relevância para o presente estudo por se tratar o exercício físico (parte central deste estudo) de um desses comportamentos. Alguns autores (TREIBER *et al.* 1991; e WIJNDAELE *et al.*, 2007) demonstraram haver associação entre o apoio social e a participação em práticas de exercícios físicos.

Wijndaele *et al.* (2007) indicam que, talvez, o apoio social atue indiretamente neste comportamento. Os autores colocam que indivíduos com pouca percepção de

apoio social tendem a sentirem mais estresse (efeito tampão do apoio social sobre o estresse), e com isso acabam por participar menos de atividades e exercícios físicos. Segundo os mesmos autores, esta influência também pode ser direta. Neste caso, as relações sociais beneficiariam comportamentos saudáveis (ex.: atividade física) por meio de alguns mecanismos, como o controle social, que levariam a estados psicológicos positivos e resultaria em maior motivação para o auto-cuidado.

Este mecanismo de ação direta do apoio social sobre os comportamentos saudáveis Wijndaele *et al.* (2007) relaciona-se às influências das relações sociais sobre os estados cognitivo e emocional indicada por Berkman *et al.* (2000), as quais correspondem a: competência social, auto-eficácia e depressão, estado de humor, emoções e bem-estar percebido pelo indivíduo.

Os mecanismos fisiológicos de ação das relações sociais sobre a saúde são vinculados às respostas ao estresse (CASSEL, 1976; UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; BERKMAN *et al.*, 2000). Estes aspectos envolvem as respostas do eixo *hipotalâmico-hipofisário-adrenal* (HHA), reatividade cardiovascular e resposta imune. O isolamento social crônico, durante a vida do indivíduo, seria responsável por acelerar a taxa de envelhecimento por promover respostas diferenciadas da via HHA ao estresse. Esta via também está vinculada a respostas cardiovasculares (pressão arterial) em situações estressantes, bem como regulando os mecanismos imunes envolvidos na regulação de infecções latentes (BERKMAN *et al.*, 2000).

A reatividade cardiovascular aguda aos estressores psicossociais parece refletir, em parte, a ativação simpática-adrenérgica a qual pode ser induzida pela ação aguda de estressores psicossociais na via simpática-adrenal-medular, que por sua vez irá aumentar os níveis plasmáticos de catecolaminas (CACIOPPO *et al.*,



1995). Por meio desse mecanismo simpático-adrenérgico o apoio social parece relacionar-se com a saúde. A ativação simpático-adrenérgica também tem implicações sobre o funcionamento do sistema imune (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996).

Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996) indicam, também, que o sistema neuroendócrino possivelmente serve como uma importante via para as influências das relações sociais na saúde. Esses autores ressaltam a existência de uma considerável gama de pesquisas demonstrando que eventos neuroquímicos podem influenciar e serem influenciados por processos psicossociais. Este fato é provável porque estressores, inclusive os estressores psicológicos diários, podem provocar a liberação de hormônios pituitários, simpáticos e adrenomedulares, os quais têm efeitos múltiplos, dentre os quais alterações nos sistemas cardiovascular e imune (CACIOPPO *et al.*, 1995).

### 2.3.3. Avaliação de rede e apoio social

A rede social pessoal, por ser um conceito multidimensional, possui uma variedade de definições e dimensões que refletem a sua abrangência conceitual (GRIEP, 2003).

Essa grande diversidade conceitual repercutiu na criação de diversos instrumentos diferenciados, o que acaba dificultando a comparação dos resultados das investigações referentes ao tema (GRIEP, 2003). Um dos principais problemas metodológicos para a adequada mensuração de rede e de apoio social, o fato de não haver um escala que seja unânime no meio acadêmico (BOWLING, 1997).

Especificamente no que se refere ao apoio social, este pode ser medido por meio da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Todavia, por se tratar de um conceito multidimensional, alguns autores indicam a necessidade de se diferenciar as diversas dimensões de apoio social para verificar suas influências nos desfechos da saúde (SHERBOURNE; STEWART, 1991; UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996). Assim, uma escala adequada deve ser sensível para identificar as diferentes dimensões do apoio social.

No Brasil, a Escala de Apoio Social, desenvolvida para uso no *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Chor *et al.* (2003), tem sido recomendada para uso após ter sido validada e considerada confiável, mostrando-se sensível para medir as diferentes dimensões do apoio social a que se predispõe (GRIEP, 2003). O uso desta escala também é recomendado para gestantes (SILVA; COUTINHO, 2005).

Uma descrição detalhada de diversos instrumentos, e suas devidas características, foi realizada por Griep (2003, p.26-28). Esta revisão, realizada pela autora, foi disposta em um quadro, o qual encontra-se reproduzido, com permissão da autora, no presente estudo (Quadro 2.1).

**Quadro 2.1** – Medidas de rede e apoio social em estudos populacionais – Reproduzido de Griep (2003, p.26-28).

<b>Escala / Autores</b>	<b>Dimensões de rede ou apoio Social</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Tempo *</b>	<b>Confiabilidade</b>	<b>Validade</b> Coeficiente de correlação	<b>Grupo testado</b>
<b>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</b> Barrera (1981)	Ajuda material; assistência física; aconselhamento; participação social	40	9,6	Teste-reteste: 0,88 (intervalo: 2 dias) Consistência interna: 0,93	<sup>1</sup> FES : 0,36 ASSIS <sup>2</sup> :0,42	71 estudantes
<b>Social Support Index</b> Bell et al (1982)	Percepção de apoio e ajuda em momentos de crise	8	1,4	-	-	-
<b>Social Network Index</b> Berkman & Syme (1979)	Origem de contatos sociais: casamento, amigos e parentes, membros de igreja e outros grupos sociais.	11	5,7	-	-	-
<b>Social Support Scale</b> Blazer et al (1982)	Frequência de interação social; satisfação com apoio social	10	20,3	-	-	-
<b>Broadhead Questionnaire</b> Broadhead et al (1982)	Rede social; apoio percebido; adequação da rede e apoio social	30	10,8	-	-	210 pacientes adultos
<b>Social Relationship Scale (SRS)</b> McFarlane (1980)	Apoio social relacionado a: dinheiro e finanças; casa e família; saúde pessoal; social; sociedade em geral.	18	6,9	Teste-reteste: 0,91 (intervalo: 1 semana) Consistência interna: 0,69-0,99	Julgado por painel de especialistas como satisfatório	73 estudantes
<b>Social Relationships and Activity</b> House et al (1982)	Envolvimento em organizações formais e informais; atividades sociais.	3	2,0	-	-	-
<b>Interpersonal Support</b> Cohen et al (1983)	Aspectos funcionais dos contatos: apoio material; apoio auto-estima; ancoramento social	40	6,6	Teste-reteste: 0,74 (intervalo: 2 dias) e 0,87 (intervalo: 6 meses) Consist. Interna: 0,88- 0,90	FES: 0,30	31, 216 e 32. estudantes

<sup>1</sup> FES = Family Environmental Questionnaire.

<sup>2</sup> ASSIS: Arizona Social Support Interview .

\* Tempo médio de aplicação (minutos).

Fonte: GRIEP, R.H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde**. 2003. 177 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

Continuação da Quadro 2.1...

<b>Escala / Autores</b>	<b>Dimensões de rede ou apoio Social</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Tempo *</b>	<b>Confiabilidade</b>	<b>Validade</b> Coeficiente de correlação	<b>Ggrupo testado</b>
<b>The Instrumental-Expressive Social Support Scale</b> Dean et al (1981)	Papel dos relacionamentos; força das ligações; relacionamentos mútuos	26	8,3	Consistência interna: 0,89-0,93	-	1091 homens e mulheres de uma população geral
<b>Interview Schedule for Social Interaction (ISSI)</b> Henderson et al (1980)	Vínculos sociais; integração social; criação (educação); senso de confiança; ajuda e orientação.	52	30,0	Teste-reteste: 0,66-0,85 (intervalo: 18 dias) Consistência interna: 0,67-0,81	-	756 homens e mulheres de uma população geral (18-65 anos)
<b>Social Support Scale</b> Lin et al (1979)	Interações e envolvimento com amigos; vizinhos e pessoas próximas.	9	3,0	Consistência interna: 0,52	-	170 americanos membros de uma comunidade chinesa
<b>Social Network Interaction Index</b> Orth-Gomér & Johnson (1987)	Frequência de interações sociais; origem de contatos sociais	18	4,1	Consistência interna: 0,89	-	17.433 homens e mulheres de uma população geral
<b>Social Support Index</b> Wilcox (1981)	Apoio emocional; apoio material e apoio de informação.	18	-	Teste-reteste: 0,89 (intervalo: 1 mês) Consistência interna: 0,92	-	320 residentes de uma comunidade
<b>Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire</b> Saameño et al (1996)	Quantidade de pessoas (rede); apoio de confidente; apoio afetivo	11	-	Teste-reteste: CCI:0,92 (intervalo: 1 a 4 semanas) Consistência interna: 0,90 (0,88 e 0,79)	Validade de constructo mostrou adequação do instrumento	401 homens e mulheres. Teste-reteste: 22 pessoas (18 a 65 anos)
<b>Social Support Index (SSI)</b> Helminen et al (1995)	Ancoragem social; frequência de contato com rede social; participação social; apoio de informação e emocional; influência social	34	-	Teste-reteste: Coef Correlação de Pearson: 0,51-1,00 (intervalo: 3 semanas) cons.interna: 0,29-0,71	Boa validade de face (conteúdo) Limitada evidência de validade de constructo	63 homens (50-60 anos)

Continuação da Quadro 2.1...

<b>Escala / Autores</b>	<b>Dimensões de rede ou apoio Social</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Tempo *</b>	<b>Confiabilidade</b>	<b>Validade Coeficiente de correlação</b>	<b>Ggrupo testado</b>
<b>Social Support Questionnaire (SSQ)</b> Sarason et al (1983)	Número percebido de contatos sociais; satisfação com o apoio social.	27	15,0	Teste-reteste: 0,83-0,90 (intervalo: 4 semanas) consistência interna: 0,94-0,97	-	602 estudantes
<b>MOS Social Support Survey</b> Sherbourne & Setwart (1991)	Apoio: material, Informação / emocional, interação social positiva, afetivo	19	-	Teste-reteste: 0,78 (0,72 a 0,76 para cada subescala) - (intervalo: um ano) Consistência interna: 0,97 (0,91 a 0,96 para cada subescala)	Validade de convergente e discriminante: adequação do instrumento Análise fatorial: 4 dimensões	2.987 pacientes crônicos de ambulatorios

## 2.4. ATIVIDADE FÍSICA E O IDOSO

O conceito de atividade física (AF) é utilizado, muitas vezes, sem uma clareza conceitual e confundido com aptidão física e exercício físico (MAZO, 2003). Neste estudo, entende-se por atividade física qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético; por exercício físico, uma subcategoria da AF que é planejada, estruturada e repetitiva, com a intenção de melhorar ou manter um ou mais elementos da aptidão física; e, por aptidão física, o conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo, relacionadas com a capacidade de realizar atividades físicas (CASPERSEN *et al.*, 1985).

Os incentivos à prática de atividade física emergiram de acordo com a evolução do conceito de saúde que, por sua vez, contribuiu para a identificação da inatividade física como um dos principais fatores de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis (VAN DER BIJ; LAURANT; WENSING, 2002; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; BRASIL, 2006), dentre as quais: doença cardíaca coronariana, diabetes, hipertensão, e obesidade, câncer de cólon e peito, osteoporose e as fraturas relacionadas, e uma das causas que mais afeta a capacidade funcional, a deterioração prematura da função física (inatividade física) (WHO, 2002).

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do Diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Todavia, na população idosa brasileira a prevalência de inatividade física é

alta (BRASIL, 2006), podendo ser considerada um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e do mundo (MATSUDO, 2001; BLAIR, 2002). De acordo com pesquisa recente nas capitais brasileiras, a inatividade física atinge grande parte da população idosa nacional, sendo que esse estudo demonstrou que 50,3% das mulheres e 65,4% dos homens acima dos 65 anos eram inativos (BRASIL, 2007).

Diante de tal quadro, inúmeros têm sido os esforços governamentais e de diversas entidades públicas e privadas para aumentar os níveis de atividade física de suas populações (BENEDETTI; GONÇALVEZ; MOTA, 2007).

É consenso na literatura nacional e internacional o papel benéfico que a atividade física exerce no processo de envelhecimento (HEATH, 1994; ACSM, 1998; MATSUSO; MATSUDO; BARRO NETO, 2001; NELSON *et al.*, 2007), sendo, em muitos casos, irrefutáveis as evidências que sustentam a prática da atividade física como fundamental para um envelhecimento mais sadio e ativo (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006).

O envolvimento regular em alguma atividade física parece poder retardar os declínios normais relacionados à idade na função de vários sistemas fisiológicos, como também os efeitos, e número, de doenças debilitantes (SHEPHARD, 2003; BIRD; TARPENNING; MARINO, 2005). Warburton, Nicol e Bredin (2006) indicam que há uma relação linear entre atividade física e o estado de saúde, sendo que o aumento nos níveis de atividade física pode levar a incrementos e melhorias no estado de saúde do indivíduo.

Assim, a AF regular é um meio de promoção de saúde e de qualidade de vida para os idosos, pois a prática de atividade física bem orientada e realizada regularmente pode trazer vários benefícios para a saúde e qualidade de vida do

idoso, dentre os quais podem ser citados: maior longevidade, redução das taxas de morbidade, e mortalidade, redução do número de medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia e benefícios psicológicos, como, por exemplo, melhoria da auto-imagem, da auto-estima, do contato social e prazer pela vida (HEATH, 1994; CHAIMOWICZ, 1997; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000; SHEPHARD, 2003).

Os fatores biológicos e psicossociais que influenciam o sedentarismo dos idosos são geralmente acompanhados pelas doenças, incapacidades e dependência. Nesse sentido, um estilo de vida ativo por parte dos idosos deve ser encarado como uma forma de quebrar o círculo vicioso de aumento da idade-sedentarismo-doença-incapacidade, com os estereótipos de uma velhice sem movimento e sem participação ativa na sociedade (MAZO, 2003; CARDOSO, 2005).



### 3. ETHOS DA PESQUISA

#### 3.1. O PROGRAMA FLORIPA ATIVA

Em Florianópolis a população acima de 60 anos é de aproximadamente 34.000 pessoas, o que corresponde a 8,4% da população total. Ao longo dos últimos 26 anos observou-se o já conhecido fenômeno mundial de envelhecimento, acelerado e progressivo de nossa população, refletindo num aumento de 194% dos indivíduos da terceira idade (PMF, 2007a).

No ano de 2006, foi criado em Florianópolis, pela Secretaria Municipal de Saúde, o programa *Capital Idoso*, que oferece atendimento clínico diferenciado por meio das equipes de Estratégia da Saúde da Família e grupos de educação para hipertensos e diabéticos. Além disso, oferece noções de boa alimentação e atividades físicas específicas, entre outras (PMF, 2007a).

O Capital Idoso é um programa baseado em quatro linhas de ação que perpassam a prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação. Sem esquecer, entretanto, que é necessário concentrar esforços na educação em saúde de todas as faixas etárias, para que uma população mude seus hábitos e conseqüentemente

altere positivamente seus indicadores, o que ocorre somente em longo prazo (PMF, 2007a).

Em relação aos programas de atividade física, a SMS contava em 2006, com dois programas, um voltado aos idosos chamado *Idoso Ativo* e o outro *Floripa em Forma* que era direcionado à população que necessitava de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, ambos realizados nos Centros de Saúde (CS) do município de Florianópolis, SC. Além dos programas de atividade física realizados pela SMS, também era realizado o programa *Viver Ativo* pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), desde o ano de 2000, com atividades para os idosos do município (PMF, 2007b).

### 3.1.1. Unificação dos programas de exercício físico

O surgimento do programa *Floripa Ativa* aconteceu pela fusão operacional de três programas de exercícios físicos que já eram realizados. Ambos os programas da SMS (*Idoso Ativo* e *Floripa em Forma*) e o programa da SEMAS (*Viver Ativo*), abordavam as morbidades de forma diferenciada, mas apresentavam denominadores comuns, como a reabilitação, a prevenção e a promoção de saúde para idosos, bem como, oportunidades de estágio acadêmico para estudantes de Educação Física e Fisioterapia, além de campo para realização de pesquisas.

Essa fusão foi lançada oficialmente em 31 de outubro de 2007, em evento realizado pelo Capital Idoso, na Avenida Beira Mar Norte, em Florianópolis. Para esse lançamento foi organizada uma caminhada festiva (*1 Caminhada Capital Idoso*), que contou com a participação dos idosos, bem como das autoridades municipais, representantes do Capital Idoso, da UFSC e da UDESC.

O programa *Floripa Ativa* tem em sua estrutura três fases “A”, “B” e “C”, as quais estão relacionadas ao enfoque do trabalho com os usuários dos CS (adultos e idosos). A fase “A” refere-se à reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica; a fase “B” a prevenção secundária e terciária; e a fase “C” a prevenção primária, secundária e promoção em saúde. Dessa forma, o antigo programa *Floripa em Forma* corresponde à fase “A”, o *Idoso Ativo* à fase “B” e o *Viver Ativo* à fase “C” do programa *Floripa Ativa*. Essas informações estão expressas na Tabela 2.1.

**Tabela 2.1 – Características do Programa Floripa Ativa**

<b>Programa Floripa Ativa</b>			
<b>Antigos Programas</b>	Floripa em Forma	Idoso Ativo	Viver Ativo
<b>Atual (Três Fases)</b>	FASE “A”	FASE “B”	FASE “C”
<b>Coordenação</b>	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Assistência Social
<b>Parcerias</b>	CEFID/UEDESC*	CDS/UFSC** CEFID/UEDESC	CDS/UFSC CEFID/UEDESC
<b>Atuação</b>	Reabilitação	Prevenção secundária e terciária	Prevenção primária, secundária e promoção em saúde
<b>Fases da reabilitação cardiopulmonar</b>	Fases 2 e 3	Fases 4 e 5	Fase 5
<b>Público Alvo</b>	Pacientes com comorbidade pulmonar, cardiovascular e metabólica	Idosos com comorbidade leve a moderada, e aqueles já reabilitados da Fase A	Idosos com doenças controladas
<b>Local das atividades</b>	Centros de Saúde	Centros de Saúde	Grupos de convivência, ILPIS***, Centro comunitários
<b>Profissionais</b>	Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física	Médico Profissional de Educação Física	Médico Profissional de Educação Física

\* Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina. \*\* Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. \*\*\* Instituições de longa permanência para idosos.

Em decorrência dessa fusão, a Fase “A” que estava sem atividades, voltou a funcionar. Inicialmente, o CS de Capoeiras foi contemplado com a contratação de um fisioterapeuta, sendo observada expansão para outros CS como: Estreito, Ingleses, Lagoa da Conceição, Córrego Grande Saco Grande e Santo Antônio. A implementação dessa fase ocorreu de forma gradativa, sendo que até outubro de 2008, 43 pacientes estavam sendo atendidos em sete CS.

A Fase “B” ampliou o número de CS e de pessoas atendidas, sendo observada contratação de estagiários de Educação Física pela Prefeitura Municipal, via Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE).

Na fase “C”, não ocorreram mudanças no desenvolvimento das atividades, sendo observado somente aumento do número de locais atendidos após a unificação dos programas.

A operacionalização técnica do programa *Floripa Ativa* é realizada pela equipe do Capital Idoso. Reuniões mensais são realizadas com a participação de todos os profissionais envolvidos neste programa (funcionários da SMS, professores do CDS/UFSC e do CEFID/UDESC responsáveis pela Fase “B”, mestrandos de ambas as universidades, fisioterapeutas da Fase “A” e professora coordenadora da fase “C”). Estas reuniões têm por objetivo nortear o trabalho a ser desenvolvido, bem como solucionar problemas e avançar em intervenções, dentre outros.

A operacionalização logística (recrutamento e encaminhamento dos pacientes para as Fases “A” e “B”) é realizada pelos profissionais de saúde que atuam nos CS, principalmente, os médicos, os agentes comunitários e os enfermeiros. Em cada fase, existem critérios de inclusão, de acordo com a sua área de atuação. O fato de um paciente estar na Fase “A”, não acarreta que ele mude obrigatoriamente para a Fase “B”, para chegar na “C”.

A fase “B” do Floripa Ativa é derivada do projeto *Idoso Ativo*, que foi implantado em junho de 2006. Tinha como objetivo orientar os pacientes idosos do CS para um estilo de vida ativa e saudável e implementar programa de atividade física regular (ginástica) e orientações nutricionais. Este programa foi realizado com a parceria entre a SMS, a UFSC (curso de Educação Física e Nutrição) e a UDESC (curso de Educação Física) (PMF, 2007b).

O programa começou como projeto piloto, nas instalações de quatro CS (Córrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande e Policlínica do Estreito), atendendo cerca de 140 idosos. Os idosos que praticavam ginástica também recebiam orientações nutricionais. Este programa era coordenado pelas professoras Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti (CDS/UFSC), Dra. Giovana Zarpellon Mazo (CEFID/UDESC) e Ms. Marize Amorim Lopes (CDS/UFSC).

No entanto, após a criação do programa Floripa Ativa algumas modificações aconteceram devido a problemas logísticos. Inicialmente, duas turmas da Fase “B” foram assumidas pela fase “C”, visto que os idosos participantes apresentavam doenças controladas e eram independentes fisicamente. A turma da Policlínica do Estreito parou suas atividades em julho de 2007, e a do CS Rio Tavares encerrou-as em dezembro de 2007. Outrossim, seis CS iniciaram suas atividades. Em Capoeiras e Ingleses, o programa foi implantado em novembro de 2007; Santo Antônio e Lagoa da Conceição em maio de 2008; Estreito e João Paulo em julho de 2008.

Dessa forma, até outubro de 2008, o Programa *Floripa Ativa* – Fase “B” caracterizou-se por atender usuários dos CS com idade igual ou acima de 60 anos (preferencialmente), portadores de comorbidades leves a moderadas, em oito CS e 10 turmas, máximo de 25 pacientes por grupo. Total de aproximadamente 200 idosos.

Constituíam a equipe desta fase: duas docentes e pesquisadoras, uma do CDS/UFSC e a outra do CEFID/UDESC, quatro mestrandos e quatro estagiários de Educação Física de ambas as universidades. A supervisão e acompanhamento das aulas são realizados pelos mestrandos, bem como o planejamento, coordenação e execução das coletas de dados. As coletas de dados acontecem em três meses pré-estabelecidos (março, julho e dezembro), além das avaliações esporádicas

realizadas para avaliar alunos iniciantes no programa.

A operacionalização é organizada por meio de reuniões quinzenais entre mestrandos e estagiários para planejamento das aulas, discussões sobre os problemas e dificuldades encontradas no decorrer das aulas. Reuniões mensais entre mestrandos e professoras-orientadoras são realizadas, a fim de sistematizar o trabalho a ser desenvolvido, bem como sanar as dúvidas existentes. Além disso, reuniões mensais são realizadas entre funcionários da SMS, professoras e mestrandos do CDS/UFSC e do CEFID/UDESC (Fase “B”), fisioterapeutas (Fase “A”) e professora responsável pela Fase “C”, para sistematizar as futuras ações (implantação do programa em outros CS, aquisição e distribuição de novos materiais, organização de eventos comemorativos, discussão de problemas operacionais, dentre outros).

As atividades realizadas no programa buscam a prevenção secundária e terciária, fases quatro e cinco da reabilitação cardíaca; o desenvolvimento das capacidades físicas enfatizando, principalmente a resistência de força, equilíbrio, flexibilidade, coordenação e resistência aeróbica; além de exercícios específicos para fortalecimento da musculatura pélvica e descontração muscular. Busca-se atingir estes objetivos por meio da prática de exercícios físicos (ginástica), com periodicidade de três vezes por semana e duração de 60 minutos, realizada nas dependências dos CS (auditórios e salas) ou Centros Comunitários, próximos às mesmas. Os materiais utilizados para a execução das aulas são: caneleiras, halteres, colchonetes, bastões, bolas, cordas, arcos, som (materiais disponibilizados em todos os CS), dentre outros materiais alternativos, como fitas de tecido, balões, que os próprios estagiários levavam. As aulas seguem um planejamento elaborado mensalmente.

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal do tipo descritivo-exploratório, pois visou, primordialmente, a descrição de características de uma determinada população e a exploração de relações entre as variáveis (GIL, 1991). De forma geral, busca-se realizar uma descrição detalhada das variáveis, comparações entre grupos e medidas de associação (BARROS *et al.*, 2005).

### 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

#### 4.2.1. População

O município de Florianópolis conta com 55 Unidades de Saúde (US) distribuídas pelo território do município, das quais 48 constituem-se em Centros de Saúde (CS) (PMF, 2007).

A população deste estudo delimitou-se a representar idosos de ambos os gêneros, com 60 anos ou mais, residentes no município de Florianópolis, SC, Brasil, atendidos pelo SUS na rede pública municipal de saúde, em três CS (Capoeiras, Córrego Grande e Saco Grande) nos quais ocorre a Fase “B” do programa *Floripa Ativa*.

Destaca-se que o programa *Floripa Ativa* é um programa intersetorial da Prefeitura Municipal de Florianópolis, fruto da fusão de três programas de atividade e exercício físico das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de Assistência Social (SEMAS), em parceria com as Universidades Federal (UFSC) e do Estado de Santa Catarina (UDESC). O programa tem por objetivo implementar a reabilitação, a prevenção e a promoção de saúde de idosos por meio da atividade e exercício físico em US. Esse programa constitui-se de três fases distintas (A, B e C), das quais: a fase “A” refere-se à reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica; a fase “B” à prevenção secundária e terciária; e a fase “C” à prevenção primária e promoção de saúde. Para maiores detalhes vide capítulo 2.2 da revisão de literatura (p.32).

A população pertencente às Regionais de Saúde<sup>1</sup>, das quais os CS inseridos no presente estudo fazem parte, é de 13.638 idosos, sendo que 2.525 são residentes na área de abrangência destes CS. Assim, este estudo terá como população 2.525 idosos atendidos pelos CS de Capoeiras, Córrego Grande e Saco Grande.

A escolha por esta população se deu em virtude de ser uma população idosa, acometida, em sua maioria, por doenças crônicas e que estão inseridos em um programa estruturado de promoção de saúde por meio da prática regular de exercícios físicos em CS.

---

<sup>1</sup> Dados acessados a partir do site da SMS: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>



#### 4.2.2. Amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por idosos cadastrados em Centros de Saúde do município de Florianópolis, SC. Foram constituídos dois grupos, sendo um de idosos que participam do programa *Floripa Ativa – Fase B*, e outro dos que não participam deste programa e nem de outras atividades formais em grupo (grupos de exercícios físicos, de convivência ou religiosos), sejam elas de caráter recreativo, lazer, educacional ou religioso.

O grupo de idosos participantes do referido programa foi denominado Grupo dos Participantes (GP), enquanto que o grupo de idosos não praticantes de atividades em grupo foi denominado Grupo dos Não Participantes (GNP).

O processo de seleção da amostra, em ambos os grupos, ocorreu com técnica de seleção não-probabilística, de forma intencional por acessibilidade (GIL, 1991). Segundo o autor neste tipo de amostragem o pesquisador seleciona os indivíduos a que tem acesso.

Os critérios de inclusão foram diferenciados para ambos os grupos. Para os integrantes do GP os critérios adotados foram os seguintes: ser idoso (com 60 anos ou mais); participante do programa *Floripa Ativa – Fase B* até o mês de julho de 2008; com a ficha de identificação preenchida; e que aceitou participar do presente estudo de forma voluntária.

Para a composição da amostra do GNP, os critérios de inclusão adotados foram: ser idoso (com 60 anos ou mais); ser cadastrado no CS (Capoeiras, Córrego Grande, e Saco Grande) onde acontece o programa *Floripa Ativa – Fase B*; não participar de atividades formais em grupo (grupos de atividade física, de convivência, de oração, etc.); ter acesso pelo pesquisador e pelos acadêmicos treinados antes ou

após consulta médica no CS, no mês de novembro de 2008; e ter aceitado participar voluntariamente nesta pesquisa.

Dos idosos inicialmente elegíveis e entrevistados para participar do GP estudo (n= 116), 12% (n= 14) não atenderam ao critério etário e 40,5% (n= 47) foram excluídos por não terem dados completos na ficha de identificação ou tenham se negado a responder alguma questão ou instrumento desta pesquisa. Assim, atenderam aos critérios de inclusão no GP 55 (47,5%) idosos, distribuídos em três CS – 10 idosos no CS de Capoeiras, 25 no CS do Córrego Grande e 20 no CS do Saco Grande – de ambos os gêneros (45 mulheres e 10 homens), com idade média de 69,6 (DP= 7,3) anos.

Para o GNP, atenderam aos critérios e aceitaram participar deste estudo 25 idosos, cadastrados em três CS – 9 idosos no CS de Capoeiras, 12 no CS do Córrego Grande e 5 no CS do Saco Grande – de ambos os gêneros (17 mulheres e 9 homens), com média de idade de 70,6 (DP= 5,7) anos.

Assim, a amostra total deste estudo foi constituída por 81 idosos, de ambos os gêneros (62 mulheres e 19 homens), com idade média de 70 (DP= 6,8) anos.

#### 4.3. INSTRUMENTOS

Neste estudo, foram utilizados instrumentos para se avaliar e identificar variáveis sócio-demográficas, as condições de saúde, as características da rede social pessoal (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) e o nível de estresse.

Para ambos os grupos de idosos aplicaram-se os seguintes instrumentos: Ficha de identificação, Escala de Apoio Social, Mapa Mínimo das Relações, APGAR Familiar e a Escala de Estresse Percebido.

Segue abaixo os objetivos e a descrição dos instrumentos utilizados neste estudo:

### **Ficha de Identificação**

**Objetivo:** avaliar as características sócio-demográficas e de condições de saúde dos idosos.

**Descrição:** formulário com questões abertas e fechadas relacionadas às características sócio-demográficas (idade, gênero, estado civil, anos de estudo, renda familiar mensal) e de condições de saúde (doenças, medicamentos de uso contínuo e autopercepção do estado de saúde), aplicado aos idosos em forma de entrevista (ANEXO 1). As doenças que acometem os idosos foram investigadas por meio da questão “*Algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que você tem alguma doença? Qual? Há quanto tempo?*”, e a autopercepção do estado de saúde foi por meio da questão “*Como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde?*”.

### **Escala de Apoio Social**

**Objetivo:** avaliar a percepção de apoio social disponível, total e em suas dimensões (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informativo).

**Descrição:** a Escala de Apoio Social foi inicialmente utilizada no *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), e submetida a procedimentos padronizados de tradução e adaptação para a língua portuguesa por Chor *et al.*

(2001), e validada por Griep (2003), para uso no Estudo Pró-Saúde realizado com funcionários da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ANEXO 2).

Seu uso tem sido recomendado após testes de sua validade e confiabilidade, nos quais mostrou-se sensível para medir as diferentes dimensões do apoio social a que se dispõe, apresentando elevados índices de consistência interna para o apoio material (0,86), o afetivo (0,91), a interação social positiva (0,95), o informativo (0,93) e o emocional (0,92) (GRIEP, 2003). Segundo a autora, não foram identificadas variações nas estimativas de consistência interna segundo a estratificação por gênero, idade e escolaridade.

Consiste de questionário composto por 19 itens, os quais abrangem cinco dimensões funcionais do apoio social: apoio material (4 perguntas referentes a provisão de recursos e apoio material); afetivo (3 perguntas sobre demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (4 perguntas acerca de expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (4 perguntas sobre a disponibilidade de pessoas para se divertir ou relaxar); e informativo (4 perguntas referentes à disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações) (GRIEP, 2003).

As respostas a essas perguntas são indicadas de acordo com a percepção que o entrevistado tem acerca da frequência da disponibilidade de determinado apoio, em caso de necessidade. As respostas correspondem a: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre. Segundo Sherbourne e Stewart (1991) o apoio social pode ser medido por meio da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções.

## **Mapa Mínimo das Relações**

**Objetivo:** avaliar as características estruturais da rede social dos idosos.

**Descrição:** o Mapa Mínimo das Relações (MNR) foi inicialmente idealizado por Sluzki, e adaptado para o português e para utilização em idosos por Domingues (2000) (ANEXO 3).

Este instrumento permite a avaliação de características estruturais da rede: tamanho da rede social pessoal (número de relacionamentos sociais); composição (setores com os quais o indivíduo se relaciona: família, amigos, comunidade, relações com o sistema de saúde, e trabalho); e proximidade desses relacionamentos (muito íntimo, íntimo, e pouco íntimo). Por meio deste instrumento também é possível avaliar características funcionais das redes, tais como: companhia social, auxílio para serviços domésticos, auxílio para cuidados pessoais, e auxílio financeiro (os dois últimos em caso de necessidade) (DOMINGUES, 2000).

Trata-se de um instrumento gráfico, com características sociométricas, que constitui, como ressalta Sluzki (1997), um registro estático do momento a que se refere o indivíduo. Cabe salientar que a utilização do método sociométrico, que visa explicar as relações pessoais entre indivíduos de um grupo (MARKONI; LAKATOS, 2001) não é objetivo deste estudo. Neste estudo descritivo utiliza-se o MNR apenas como um instrumento de coleta de dados quantitativos.

A representação gráfica do instrumento é descrita por Domingues (2000, p.24):

A representação gráfica no *Mapa Mínimo das Relações* é feita por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes, havendo em um uma subdivisão.

O indivíduo a ser pesquisado encontra-se no centro dos círculos representado por um ponto. Nos quadrantes estão representadas as áreas de composição das relações (...).

Os círculos representam a proximidade de relações:

- *Círculo próximo ao informante:* representa as relações íntimas;
- *Círculo intermediário:* representa as relações com menor proximidade; e
- *Círculo externo:* representando as relações distantes.

A forma de aquisição de dados por meio deste questionário segue as orientações de Domingues (2000; p.25 e 48). Inicialmente quatro perguntas, referentes às características funcionais de rede supracitadas, são dirigidas aos idosos (*Quem lhe visita ou lhe faz companhia?; Se o(a) senhor(a) precisar de ajuda para serviços em sua casa, quem o(a) auxiliaria?; Se o(a) senhor(a) precisar de alguém para auxiliá-lo(a) em cuidados pessoais, quem o(a) auxiliaria?; Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio financeiro, a quem o(a) senhor(a) recorreria?*), que na resposta indicam os relacionamentos correspondentes. Para cada relacionamento indicado marca-se um ponto no quadrante ao qual o vínculo pertence.

### **APGAR Familiar**

**Objetivo:** avaliar a funcionalidade familiar. Nesse estudo utiliza-se este instrumento com o objetivo de agregar mais qualidade às medidas de rede social, uma vez que a família representa a principal fonte de apoio social para o idoso (CHAIMOWICZ, 1997; MIGUEL; FORTES, 2005).

**Descrição:** o APGAR Familiar (ANEXO 4) representa uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verifica a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso positivo ou como um estressor. Este instrumento foi desenvolvido por Smilkstein (1978) e tem seu uso recomendado (BRASIL, 2006; SHORTRIDGE-BAGGET; MALMGREEN; WANTROBA, 2004).

Permite a avaliação de domínios questões referentes a: adaptação (assistência recebida quando recursos familiares são necessários), companheirismo (reciprocidade nas comunicações familiares e na resolução de problemas), desenvolvimento (maturidade estrutural e emocional da unidade familiar), afetividade

(intimidade e interação emocional no contexto familiar) e capacidade resolutive (decisão, determinação ou resolutividade familiar, bem como se refere ao tempo compartilhado entre os membros da família) (BRASIL, 2006).

Esses domínios são avaliados por meio de cinco questões, às quais são atribuídos valores referentes à frequência de satisfação com a família (nunca=0, às vezes=1, sempre=2), gerando escores por domínio e um escore total.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) altos índices do APGAR demonstram uma maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis mudanças de papéis, enquanto que os índices mais baixos parecem representar um ambiente familiar estressante.

### **Escala de Estresse Percebido**

**Objetivo:** verificar o estresse geral percebido pelos idosos.

**Descrição:** Neste estudo o estresse foi avaliado de forma global, por meio da Escala de Estresse Percebido (ANEXO 5) desenvolvida por Cohen, Karmack e Mermelstein (1983), conforme indica Luft (2007). No Brasil, esta escala foi traduzida para a língua portuguesa e validada para a avaliação de estresse percebido em idosos por Luft *et al.* (2007), apresentando um índice de confiabilidade de 0,82.

Este instrumento mede o grau com que os indivíduos percebem as situações como estressantes. A escala tem 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre).

### 3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 75/08, e aprovada em 26 de Maio de 2008 (ANEXO 6).

Anterior a coleta de dados foi realizado um treinamento para a aplicação dos instrumentos. Os instrumentos referentes às características de rede social (Escala de Apoio Social, Mapa Mínimo das Relações e APGAR Familiar) e estresse (Escala de Estresse Percebido) foram aplicados por uma equipe de entrevistadores, composta por um pesquisador responsável, um aluno do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) e cinco alunos do curso de graduação em Educação Física, todos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), vinculados ao Laboratório de Gerontologia (LAGER).

A equipe de entrevistadores, inicialmente, passou por treinamento prévio, constituído de três encontros entre o período de agosto de 2007 e julho de 2008. Em cada encontro foram explicados os instrumentos, realizada a sua leitura, esclarecidas as dúvidas, aplicação assistida e esclarecimentos finais.

Outro instrumento, a ficha de Identificação, foi aplicado pelos estagiários do programa *Floripa Ativa – Fase B*. Estes estagiários ao iniciarem suas atividades no programa recebem um treinamento sobre a aplicação das fichas de identificação, e demais avaliações do programa (não incluídos no presente estudo). Os estagiários do programa em geral são alunos dos cursos de graduação em Educação Física do CEFID/UDESC e do CDS/UFSC, e dos programas de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do CEFID/UDESC, e de Educação Física do CDS/UFSC.



O procedimento de coleta de dados com os idosos participantes do programa *Floripa Ativa-Fase B* (GP) e com os idosos não participantes (GNP) ocorreu da seguinte forma:

- Inicialmente foi realizado contato com os idosos. No GP este contato se deu antes das aulas do programa de exercício físico, no próprio local onde acontecem as aulas, nos dias e horários das atividades do programa. Com os idosos GNP o contato ocorreu antes ou após consulta médica, na sala de espera, dos CS onde acontece o programa *Floripa Ativa – Fase B*. Para ambos os grupos, neste contato inicial foram expostos do que se tratava a entrevista, a importância da sua participação, os instrumentos, o sigilo das informações e o convite para participar da pesquisa.

- Então, com os idosos do GP que aceitaram participar do estudo foi agendado dia e horário para aplicação dos instrumentos. Já com os idosos do GNP as entrevistas ocorreram após o aceite em participar da pesquisa, em virtude ao acesso a estes idosos. Antes da aplicação dos instrumentos à amostra, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma de posse do idoso e a outro com a equipe da pesquisa (ANEXO 7);

- As entrevistas, para os idosos de ambos os grupos (GP e GNP), ocorreram de forma individual, nas dependências dos CS.

- Em ambos os grupos (GP e GNP) os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: Escala de Apoio Social, Mapa Mínimo das Relações, APGAR Familiar e Escala de Estresse Percebido. Apenas a aplicação da Ficha de identificação foi diferente entre os grupos. Para os idosos do GP, esta ficha é aplicada em forma de entrevista pelos estagiários do programa assim que o idoso

inicia sua participação. Já para os idosos do GNP, a Ficha de identificação foi aplicada antes dos demais instrumentos.

### 3.5. ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram tabulados, tratados e analisados no software estatístico SPSS<sup>®</sup>, versão 13.0, para Windows<sup>®</sup>.

A análise dos dados provenientes dos instrumentos de coleta de dados encontra-se descrita abaixo. No Apêndice A encontram-se tabelas complementares, com as variáveis derivadas das análises dos instrumentos e os testes de normalidade das variáveis numéricas.

⇒ *Ficha de Identificação*: as variáveis derivadas deste instrumento são descritas em três blocos independentes.

Do bloco sócio-demográficas inicialmente tem-se o gênero e a idade em anos de vida, que foi estratificada em 60-69, 70-79 e mais de 80 anos. Deste bloco deriva também a classificação do estado civil (casado, solteiro, divorciado, viúvo), e sua dicotomização (possui cônjuge e não possui cônjuge). Optou-se pelo uso do estado civil dicotomizado, pois, acredita-se que a presença de um cônjuge possa influenciar as características das redes sociais dos idosos. A escolaridade (anos de estudo) foi estratificada em: 1-4 anos de estudo, 5-8 anos, 9-11 anos e  $\geq 12$  anos de estudo. A renda familiar mensal (valor indicado pelo idoso) foi estratificada de acordo com o número

de salários mínimos (R\$ 415,00 reais; \$ 178,87 dólares<sup>2</sup>) em: ≤1 salário mínimo, 1 a ≤3, 3 a ≤5, 5 a ≤10 e >10 salários.

Das condições de saúde abordadas na ficha de identificação foram utilizadas a autopercepção da saúde (excelente, muito boa, boa, regular e ruim), quais doenças possui e, derivada destas respostas dos idosos, quantas doenças tinham (nenhuma, alguma doença e mais de duas doenças), além, do número de medicamentos de uso contínuo destes idosos.

Outro bloco deste instrumento remete à participação social dos idosos no programa de atividade física. Deste deriva a variável, para aqueles idosos inseridos no GP, do tempo de participação dos idosos no programa (menos de um ano, um a dois anos e mais de dois anos).

⇒ *Escala de Apoio Social*: para o cálculo dos escores padronizados de cada uma das cinco dimensões de apoio social avaliadas foram atribuídos pontos a cada opção de resposta, constituindo uma escala de Likert com variação de 1 (nunca) a 5 (sempre). O escore da dimensão é o resultado da razão:

$$\frac{\text{Total de pontos obtidos}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

A análise de dados desta escala seguiu a padronização sugerida por Griep (2003, p.58). Para se obter o escore geral do apoio social procedeu-se com o cálculo da média dos escores das dimensões. Disto, resultaram seis variáveis numéricas de apoio social (cinco dimensões e o escore geral). Ressalta-se que para esses valores ainda não existem pontos de corte que classifiquem o indivíduo de forma qualitativa.

⇒ *Mapa Mínimo das Relações*: o tamanho da rede social pessoal foi identificado pelo número total de contatos indicados pelo idoso. A proximidade dos

---

<sup>2</sup> Valor vigente em novembro de 2008. Cotação do dólar (28/11/2008) = \$ 1,00 dólar = R\$ 2,32 reais (fonte: <http://coqueteldosolon.blogspot.com/2008/11/taxa-de-cmbio-valor-do-dlar-em-281108.html>).

relacionamentos foi identificada pelo número de contatos em cada um dos círculos de intimidade. A composição da rede foi avaliada por meio da existência ou não de contato social em cada uma das dimensões (família, amigos, comunidade, relações com o sistema de saúde e relações no trabalho) do instrumento. O número de contatos disponíveis para auxílio ao idoso, em cada uma das funções da rede verificadas neste instrumento, foi identificado pelo número de contatos indicados pelo idoso em cada uma das questões.

- ⇒ *APGAR Familiar*: a satisfação nos domínios avaliados neste instrumento (adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive) foi categorizada de acordo com a resposta dada pelos idosos (Nunca= 0; Às vezes= 1; Sempre= 2). A condição da funcionalidade familiar foi obtida pela soma das respostas de cada domínio, gerando um escore numérico classificado em: boa funcionalidade familiar (7 a 10 pontos), moderada funcionalidade familiar (5 a 6 pontos), ou alta disfuncionalidade familiar (0 a 4 pontos).
- ⇒ *Escala de Estresse Percebido*: foi utilizado o resultado total da escala. A soma das pontuações das 14 questões, que pode variar de zero a 56, define o valor total. Quanto maior o valor resultante maior o nível de estresse do sujeito. Segundo Luft (2007) pontos de corte específicos não são sugeridos, devendo o estresse ser avaliado no seu *continuum*.

### 3.5.1. Tratamento estatístico

Inicialmente, foi empregada a estatística descritiva (frequência, percentual, média, desvio padrão, etc.) para se verificar e descrever as variáveis avaliadas. Estas análises foram realizadas separadamente de acordo com os grupos em estudo (GP e GNP).

Procedeu-se com a verificação da normalidade dos dados (Apêndice A), por meio da aplicação dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, para que se pudesse definir sobre a utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos. Na verificação da normalidade dos dados também se utilizou a análise dos histogramas e valores de assimetria e curtose.

Após ser realizada a verificação da normalidade na distribuição das variáveis de dados contínuos, procedeu-se com a análise estatística inferencial. Para estas análises foi adotado o nível de significância de 5%.

Para a comparação entre os grupos das características sócio-demográficas, de condições de saúde e nível de estresse foram utilizados: o Teste *t* para amostras independentes e, sua alternativa não paramétrica, o Teste de Mann-Whitney, bem como os testes do Qui-quadrado e exato de Fisher (quando necessário).

O coeficiente de correlação de Spearman, o teste Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis foram empregados com fins à verificação de relações entre as variáveis sócio-demográficas e condições de saúde com o apoio social, as características estruturais das redes sociais e a funcionalidade familiar.

A verificação de relações entre o nível de estresse e as características sócio-demográficas e condições de saúde ocorreu por meio da aplicação dos testes *t* para amostras independentes, análise univariada de variância (ANOVA one-way), e dos

coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

Ao se verificar as relações do apoio social, das características estruturais das redes sociais e da funcionalidade familiar com o nível de estresse, foram utilizados o coeficiente de correlação de Spearman e a análise univariada de variância (ANOVA one-way).

A comparação das características estruturais de rede social, do apoio social e da funcionalidade familiar entre os grupos ocorreu por meio da aplicação do teste de Mann-Whitney para as primeiras e do teste do Qui-quadrado para a última. O teste de Kruskal-Wallis foi empregado para se comparar a percepção de apoio social disponível por tempo de participação no programa para os idosos do GP.

A verificação de relações entre o apoio social, as características estruturais das redes sociais e a funcionalidade familiar ocorreu por meio da aplicação dos seguintes testes: coeficiente de correlação de Spearman e teste de Kruskal-Wallis.

## 5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram analisados considerando-se os dois grupos: Grupo dos participantes (GP) e Grupo dos não-participantes (GNP).

A Tabela 5.1 descreve as características sócio-demográficas e as condições de saúde dos idosos de ambos os grupos.

Os sujeitos componentes do GP foram em sua maioria idosa (81,8%), com idades entre 60 e 69 anos (50,9%), casadas (47,3%), com até quatro anos de estudo (49,1%), renda familiar de um a três salários mínimos (35,2%) e residem com filhos e/ou netos (30,9%). Apresentam comorbidade (58,2%) e avaliam sua saúde como regular (45,5%).

De forma similar, a amostra do GNP foi composta por, em sua maioria, idosas (65,4%), com idades entre 70 e 79 anos (53,8%), casadas ou viúvas (ambas 38,5%), com até quatro anos de estudo (46,2%), com renda familiar de um a três salários mínimos (38,5%) e que moram sozinhas (34,6%). Semelhante ao GP, apresentam comorbidade (48%) e avaliam sua saúde como boa ou regular (ambas 34,6%).

**Tabela 5.1.** Características sócio-demográficas e condições de saúde dos idosos participantes do GP e do GNP

Variáveis	GP (n= 55)		GNP (n= 26)	
	n	%	n	%
<b>Gênero</b>				
Feminino	45	81,8	17	65,4
Masculino	10	18,2	9	34,6
<b>Estrato etário (anos)</b>				
60-69	28	50,9	11	42,3
70-79	22	40	14	53,8
≥80	5	9,1	1	3,8
<b>Estado civil</b>				
Casada	26	47,3	10	38,5
Solteira	2	3,6	1	3,8
Divorciada	3	5,5	5	19,2
Viúva	24	43,6	10	38,5
<b>Arranjos domiciliares</b>				
Sozinha (o)	9	16,4	9	34,6
Só com cônjuge	14	25,5	4	15,4
Só com filhos e/ou netos	17	30,9	3	11,5
Com cônjuge e filhos e/ou netos	13	23,6	8	30,8
Outros	2	3,6	2	7,7
<b>Escolaridade (estratos)</b>				
Analfabeto	4	7,3	1	3,8
1-4	27	49,1	12	46,2
5-8	12	21,8	8	30,8
9-11	6	10,9	--	--
≥12	6	10,9	5	19,2
<b>Renda familiar (estratos salários)</b>				
≤1 salário	6	11,1	5	19,2
>1 - ≤3 salários	19	35,2	10	38,5
>3 - ≤5 salários	13	24,1	3	11,5
>5 - ≤10 salários	8	14,8	5	19,2
>10 salários	8	14,8	3	11,5
<b>Doenças</b>				
Nenhuma	4	7,3	4	16
Uma doença	19	34,5	9	36
2 ou mais doenças (comorbidade)	32	58,2	12	48
<b>Percepção da saúde</b>				
Excelente	6	10,9	4	15,4
Muito boa	7	12,7	2	7,7
Boa	16	29,1	9	34,6
Regular	25	45,5	9	34,6
Ruim	1	1,8	2	7,7

Ambos os grupos (GP e GNP) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para a idade ( $t_{(79)} = -0,624$ ;  $p = 0,534$ ). Também, demonstraram-se semelhantes em todas as variáveis sócio-demográficas avaliadas neste estudo, não sendo observadas diferenças estatisticamente entre os grupos para estas variáveis (Tabela 5.2).



**Tabela 5.2.** Comparação entre as características sócio-demográficas e condições de saúde entre os idosos do GP e do GNP

Variáveis	GP (n= 55)		GNP (n= 26)		Valor de p
	n	%	N	%	
<b>Gênero</b>					
Feminino	45	72,6	17	27,4	0,103 <sup>a</sup>
Masculino	10	52,6	9	47,4	
<b>Estrato etário (anos)</b>					
60-69	28	71,8	11	28,2	0,470 <sup>a*</sup>
70-79	22	61,1	14	38,9	
≥80	5	83,3	1	16,7	
<b>Estado civil</b>					
Casada	26	72,2	10	27,8	0,641 <sup>a*</sup>
Solteira	2	66,7	1	33,3	
Divorciada	3	37,5	5	62,5	
Viúva	24	70,6	10	29,4	
<b>Estado civil (dicotômico)</b>					
Possui cônjuge	26	72,2	10	27,8	0,456 <sup>a</sup>
Não possui cônjuge	29	64,4	16	35,6	
<b>Arranjos domiciliares</b>					
Sozinha (o)	9	50	9	50	0,114 <sup>a*</sup>
Só com cônjuge	14	77,8	4	22,2	
Só com filhos e/ou netos	17	85	3	15	
Com cônjuge e filhos e/ou netos	13	61,9	8	38,1	
Outros	2	50	2	50	
<b>Escolaridade (estratos)</b>					
Analfabeto	4	80	1	20	0,338 <sup>a*</sup>
1-4	27	69,2	12	30,8	
5-8	12	60	8	40	
9-11	6	100	--	--	
≥12	6	54,5	5	45,5	
<b>Renda familiar (estratos salários)</b>					
≤1 salário	6	54,5	5	45,5	0,626 <sup>a</sup>
>1 - ≤3 salários	19	65,5	10	34,5	
>3 - ≤5 salários	13	81,3	3	18,8	
>5 - ≤10 salários	8	61,5	5	38,5	
>10 salários	8	72,7	3	27,3	
<b>Doenças</b>					
Nenhuma	4	50	4	50	0,440 <sup>a</sup>
Uma doença	19	67,9	9	32,1	
2 ou mais doenças (comorbidade)	32	72,7	12	27,3	
<b>Percepção da saúde</b>					
Excelente	6	60	4	40	0,557 <sup>a*</sup>
Muito boa	7	77,8	2	22,2	
Boa	16	64	9	36	
Regular	25	73,5	9	26,5	
Ruim	1	33,3	2	66,7	
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	5,7	4,5	6,1	4,8	0,519 <sup>b</sup>
<b>Renda familiar</b>	2.034,5	1.945,6	1.866,1	1.697,9	0,738 <sup>b</sup>
<b>Medicamentos de uso contínuo</b>	2,7	1,6	2,3	1,8	0,237 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Teste do Chi-quadrado; <sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney.

\* Teste exato de Fisher.

Também, as condições de saúde da amostra não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que foram caracterizados por

idosos que apresentam comorbidade, fazem uso de aproximadamente dois medicamentos de uso contínuo e avaliam a sua saúde como regular ou boa.

Em relação às doenças apresentadas pelos idosos, parecem não existir diferenças entre as prevalências das doenças referidas pelos idosos de ambos os grupos. Desta forma, as prevalências de depressão, hipertensão, agravos cardiovasculares, osteomioarticulares, demências, diabetes e outras doenças não diferem significativamente entre os idosos do GP e do GNP (Tabela 5.3).

**Tabela 5.3 – Principais doenças relatadas pelos idosos de ambos os grupos (GP e GNP)**

Doenças	Participação Social				Valor de p <sup>a</sup>
	GP		GNP		
	n	%	n	%	
<b>Cardiovasculares*</b>	3	5,4	3	12	0,949
<b>Depressão</b>	1	1,8	3	12	0,088 <sup>b</sup>
<b>Diabetes</b>	9	16,4	2	8	0,314
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	5	9,1	--	--	0,318 <sup>b</sup>
<b>Hipertensão</b>	34	61,8	14	56	0,622
<b>Osteomioarticulares</b>	11	20	6	24	0,685
<b>Outras doenças**</b>	22	40	12	48	0,502

<sup>a</sup> Teste do Qui-quadrado.

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

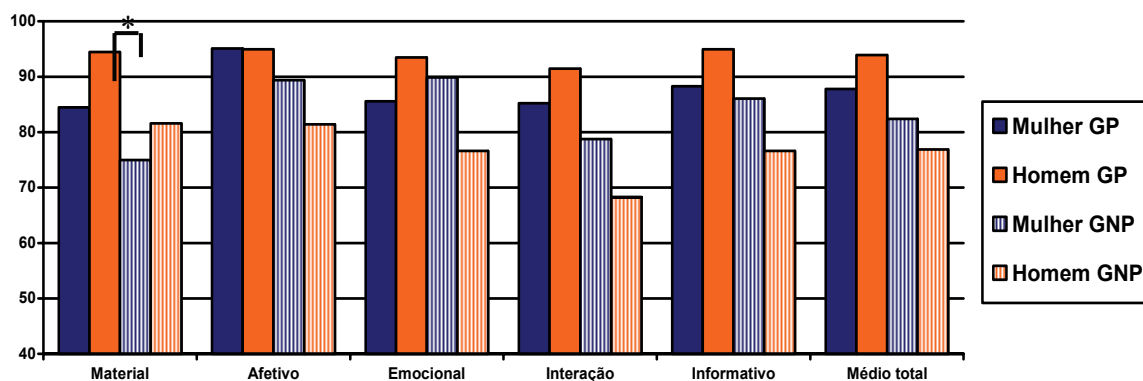
\* Agravos cardiovasculares exceto hipertensão.

\*\* Outras doenças citadas: hipercolesterolemia, hipotireodismo, triglicérides, câncer, úlcera gástrica, problemas intestinais e respiratórios.

Dentre as características sócio-demográficas e condições de saúde da amostra, algumas variáveis apresentaram relações com a percepção de apoio social disponível aos idosos de ambos os grupos. Estas relações são destacadas abaixo.

Para os idosos pertencentes ao GP, dentre as dimensões de apoio social avaliadas, o apoio de interação social positiva e o apoio material apresentaram relações com variáveis sócio-demográficas e condições de saúde. O primeiro apresentou correlações significativas, fracas, com a idade ( $\rho = -0,295$ ;  $p = 0,029$ ) e com a autopercepção da saúde ( $\rho = -0,279$ ;  $p = 0,039$ ). Assim, a idade e a autopercepção da saúde compartilharam apenas 8% e 7%, respectivamente, da variância das médias do apoio de interação social positiva. Já o segundo, apoio material, apresentou diferenças de acordo com o gênero, sendo que os homens

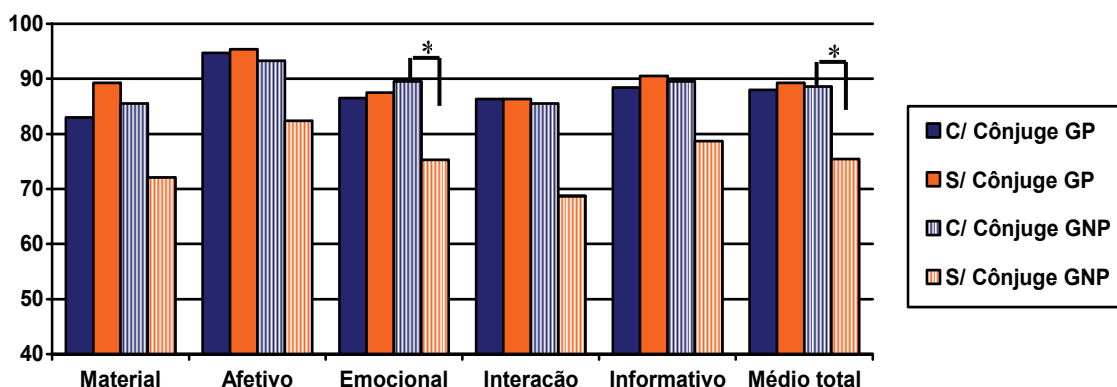
relataram significativamente mais apoio do que as mulheres ( $Z = -1,992$ ;  $p = 0,046$ ) (Figura 5.1).



**Figura 5.1.** Comparação da percepção de apoio nas diferentes dimensões em relação ao gênero dos idosos dos grupos GP e GNP  
\* significativo ao nível de  $p \leq 0,05$ .

Já para os idosos inseridos no GNP, a renda familiar (valor informado) e o estado civil (dicotômico) foram as variáveis sócio-demográficas relacionadas ao apoio social disponível percebido por estes idosos. A renda familiar correlacionou-se positivamente com o apoio material ( $\rho = 0,438$ ;  $p = 0,025$ ), afetivo ( $\rho = 0,401$ ;  $p = 0,042$ ), emocional ( $\rho = 0,509$ ;  $p = 0,002$ ), de interação social positiva ( $\rho = 0,398$ ;  $p = 0,044$ ) e com o apoio total ( $\rho = 0,531$ ;  $p = 0,005$ ). Para estes idosos, a renda familiar mensal compartilhou cerca de 19% da variância do apoio material, 16% do afetivo, 26% do emocional, 16% de interação social positiva e 28% do apoio total. O apoio social informativo não apresentou relação com a renda familiar dos idosos ( $p = 0,323$ ).

O estado civil, por sua vez, pareceu influenciar a percepção de apoio emocional e o total disponível, com os idosos que têm cônjuge percebendo mais apoio em ambas dimensões ( $Z = -2,340$ ;  $p = 0,019$  e  $Z = -2,400$ ;  $p = 0,016$  respectivamente) (Figura 5.2).



**Figura 5.2.** Comparação da percepção de apoio nas diferentes dimensões em relação ao estado civil dos idosos dos grupos GP e GNP

\* significativo ao nível de  $p \leq 0,05$ .

No que concerne às características estruturais das redes sociais dos idosos, dentre as variáveis sócio-demográficas, a escolaridade e o estado civil apresentaram relações com o número de contatos íntimos. Para os idosos do GP, a escolaridade correlacionou-se com o número de contatos íntimos ( $\rho = 0,290$ ;  $R^2 = 8\%$ ;  $p = 0,032$ ). O estado civil, por sua vez, apresentou relação com o número de contatos íntimos dos idosos do GNP, sendo que os idosos que têm cônjuge relataram mais contatos íntimos ( $Z = -2,318$ ;  $p = 0,020$ ).

Também, para os idosos do GNP, o tamanho da rede de apoio social foi influenciado pelo arranjo domiciliar dos idosos ( $X^2 = 9,569$ ;  $p = 0,048$ ). Para estes idosos a presença de filhos e/ou netos parece ser relevante. Os idosos que moram com filhos e/ou netos ( $Z = -2,323$ ;  $p = 0,020$ ) e, também, aqueles que moram com o cônjuge e filhos e/ou netos ( $Z = -2,387$ ;  $p = 0,017$ ), apresentaram redes sociais significativamente maiores do que aqueles que moravam sós.

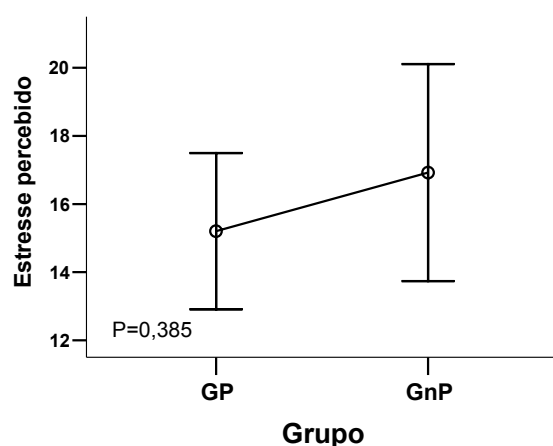
Nenhuma variável de condição de saúde relacionou-se com as características estruturais das redes sociais ou com a funcionalidade familiar dos idosos de ambos os grupos.

A respeito da funcionalidade familiar observou-se que, para os idosos do GP, o estado civil foi a única variável socioeconômica relacionada à funcionalidade

familiar. Observou-se uma diferença significativa entre os idosos que têm cônjuge e os que não os têm ( $Z = -2,118$ ;  $p = 0,034$ ), sendo que os primeiros apresentaram uma funcionalidade familiar inferior aos segundos. Não foram observadas relações para os idosos do GNP

Desta forma, destacam-se para os idosos do GP a idade, o gênero, a auto percepção da saúde, a escolaridade e o estado civil como variáveis relacionadas às características das redes sociais (apoio social, características estruturais e funcionalidade familiar). Já para os idosos do GNP destacam-se: a renda familiar mensal, o estado civil e os arranjos domiciliares como variáveis relacionadas.

O nível de estresse percebido pelos idosos foi de 15,2 (DP= 8,4) para o GP e 16,9 (DP= 7,8) para o GNP, não sendo observada diferença estatisticamente significativas entre os grupos ( $t_{(78)} = -0,874$ ;  $p = 0,385$ ). Na Figura 5.3 observa-se tal comparação.



**Figura. 5.3** – Comparação do nível de estresse percebido entre os idosos do GP e GNP

Ao se analisar as relações do nível de estresse com as características sócio-demográficas e condições de saúde, observou-se, apenas, uma diferença significativa entre o gênero para os idosos do GP ( $F_{(52)} = 2,789$ ;  $p = 0,007$ ), sendo que

as mulheres deste grupo apresentaram níveis de estresse percebido significativamente superiores aos homens do mesmo grupo (Tabela 5.4).

As outras características sócio-demográficas e condições de saúde descritas na Tabela 5.4 não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com o nível de estresse percebido em nenhum dos grupos.

**Tabela 5.4** – Comparação do nível de estresse percebido de idosos de ambos os grupos e acordo com variáveis sócio-demográficas e condições de saúde

Variáveis	Estresse Percebido					
	GP (n= 55)		Valor de p	GNP (n= 26)		Valor de p
	$\bar{X}$	DP		$\bar{X}$	DP	
<b>Gênero</b>						
Feminino	16,6	8,2	0,007 <sup>a</sup>	17,5	7,6	0,600 <sup>a</sup>
Masculino	8,9	6,1		15,7	8,7	
<b>Estado civil</b> (dicotômico)						
Possui cônjuge	15,8	9,7	0,616 <sup>a</sup>	13,9	7,7	0,125 <sup>a</sup>
Não possui cônjuge	14,6	7		18,8	7,5	
<b>Arranjos domiciliares</b>						
Sozinha (o)	17,6	8,6	0,759 <sup>b</sup>	17,3	6,6	0,968 <sup>b</sup>
Só com cônjuge	16,2	9,2		17,5	10,6	
Só com filhos e/ou netos	14,2	6,6		19	12	
Com cônjuge e filhos e/ou netos	14,1	9,9		15,2	8,4	
Outros	9	**		17,5	6,3	
<b>Renda familiar</b> (estratos salários)						
≤1 salário	18	6,6	0,538 <sup>b</sup>	21,2	9	0,394 <sup>b</sup>
>1 - ≤3 salários	15,6	7		18,5	5,8	
>3 - ≤5 salários	15,5	8,6		15,6	8,1	
>5 - ≤10 salários	12,8	5		12,2	9,7	
>10 salários	11,3	11,8		13,6	8,5	
<b>Doenças</b>						
Nenhuma	8	9,1	0,192 <sup>b</sup>	15,2	11	0,829 <sup>b</sup>
Uma doença	14,1	7,8		15,8	6,6	
2 ou mais doenças (comorbidade)	16,5	8,4		17,6	8,2	
<b>Percepção da saúde</b>						
Excelente	13	5,2	0,240 <sup>b</sup>	13,2	7,8	0,583 <sup>b</sup>
Muito boa	9,7	3,9		18	5,6	
Boa	14,8	8,7		15,7	9,5	
Regular	17,1	9,1		17,7	7,1	
Ruim	23	*		24,5	3,5	

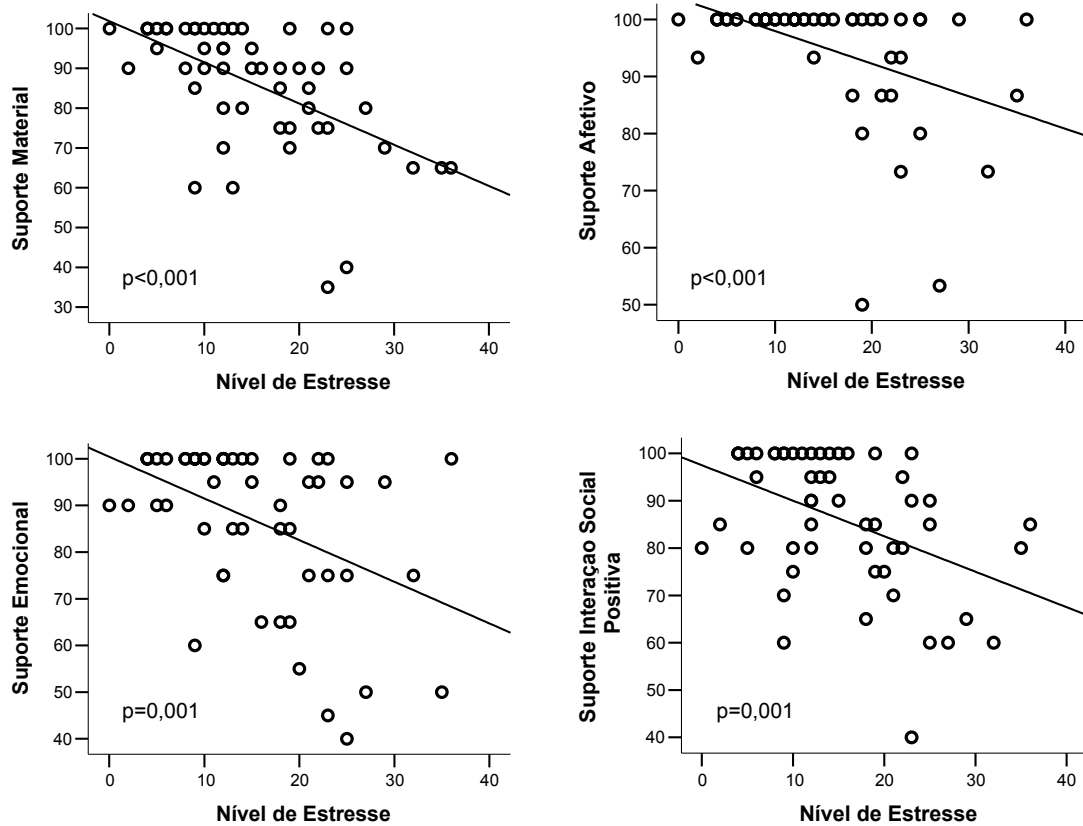
<sup>a</sup> Teste t para amostras independentes; <sup>b</sup> Análise univariada (ANOVA one-way).

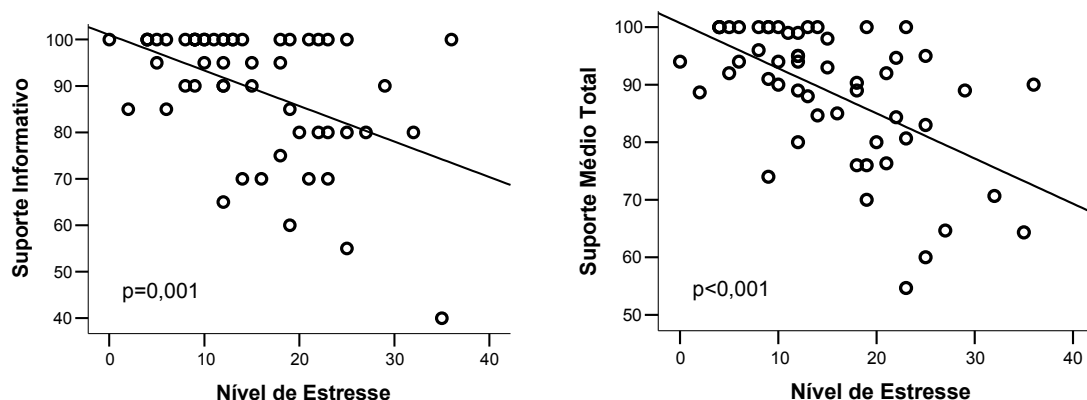
\*\* Valor constante.

Também, ao se relacionar o nível de estresse com a idade, os anos de estudo e o número de medicamentos de uso contínuo, não foram observadas relações significativas, tanto para os idosos do GP ( $p= 0,252$ ;  $p= 0,384$ ;  $p= 0,710$  respectivamente) quanto para os do GNP ( $p= 0,072$ ;  $p= 0,336$ ;  $p= 0,376$  respectivamente).

Destacam-se agora as relações entre o nível de estresse dos idosos de ambos os grupos e suas características de rede social (estruturais, apoio social e funcionalidade familiar).

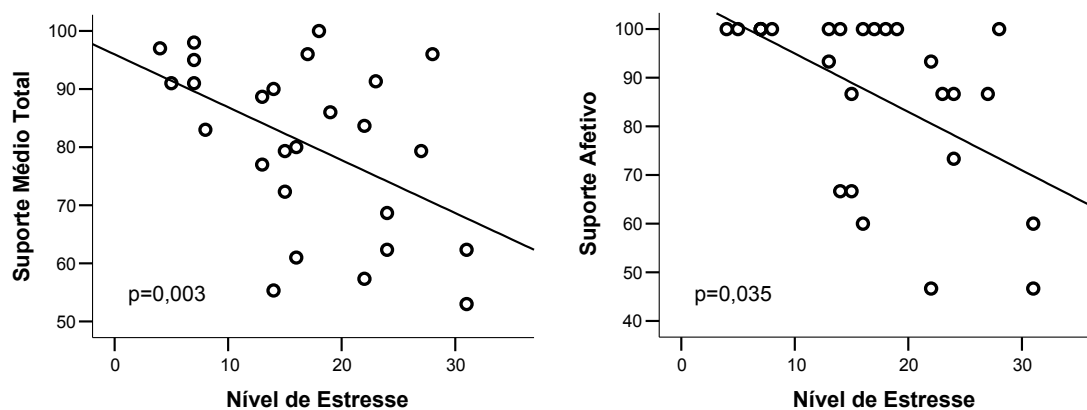
O nível de estresse dos idosos apresentou correlações moderadas e inversamente proporcionais a todas as dimensões de apoio social avaliadas neste estudo, destacando-se: material ( $\rho = -0,575$ ;  $p < 0,001$ ), afetivo ( $\rho = -0,491$ ;  $p < 0,001$ ), emocional ( $\rho = -0,434$ ;  $p = 0,001$ ), de interação social positiva ( $\rho = -0,434$ ;  $p = 0,001$ ), informativo ( $\rho = -0,423$ ;  $p = 0,001$ ) e com o apoio total ( $\rho = -0,556$ ;  $p < 0,001$ ) dos idosos integrantes do GP (Figura 5.4). Sendo que cerca de 33%, 24%, 19%, 19%, 18% e 31%, respectivamente, da variância nestas dimensões de apoio social foi compartilhada com o nível de estresse percebido.





**Figura 5.4** – Diagrama de dispersão das relações entre as dimensões do apoio social e o nível de estresse dos idosos do GP

Nos idosos do GNP, observaram-se correlações significativas apenas para o apoio afetivo ( $\rho = -0,553$ ;  $p = 0,003$ ) e para o apoio total ( $\rho = -0,415$ ;  $p = 0,035$ ), sendo 30% e 17%, respectivamente, da variância nestas dimensões de apoio social compartilhada com estresse percebido por estes idosos (Figura 5.5). Neste grupo, para as outras dimensões do apoio social: material ( $p = 0,061$ ), emocional ( $p = 0,158$ ), interação social positiva ( $p = 0,119$ ) e informativo ( $p = 0,198$ ), não foram observadas relações significativas.



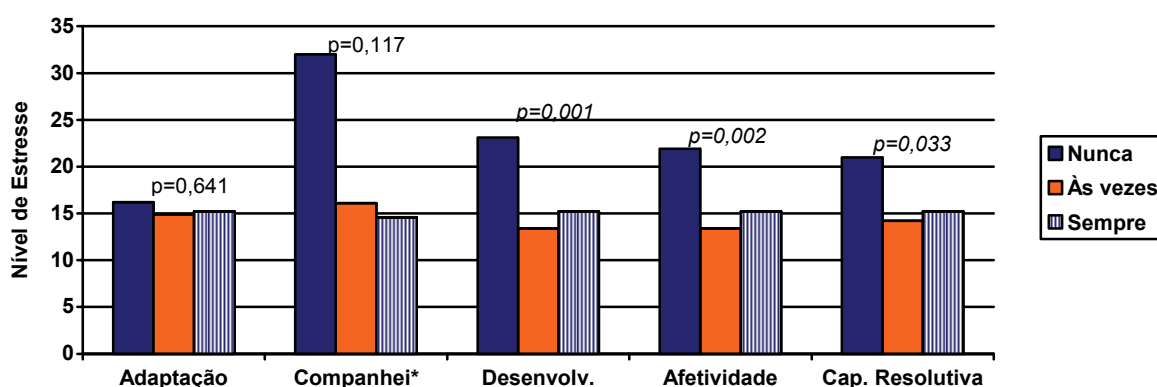
**Figura 5.5** – Diagrama de dispersão das relações entre dimensões do apoio social (afetivo e total) e o nível de estresse dos idosos do GNP

O nível de estresse dos idosos do GP correlacionou-se ao tamanho da rede de apoio social destes idosos ( $\rho = -0,366$ ;  $R^2 = 13,3\%$ ;  $p = 0,006$ ). Assim, para estes idosos, menores redes de apoio social associaram-se a maiores níveis de estresse e vice-versa. Esta relação não foi observada para os idosos pertencentes ao GNP.



Ainda, o nível de estresse relacionou-se à funcionalidade familiar tanto para os idosos do GP ( $F_{(2)}= 3,337$ ;  $p= 0,043$ ) quanto para os idosos do GNP ( $F_{(2)}= 6,656$ ;  $p= 0,005$ ). Assim, para os idosos de ambos os grupos, quanto mais elevada a disfuncionalidade familiar maior o nível de estresse.

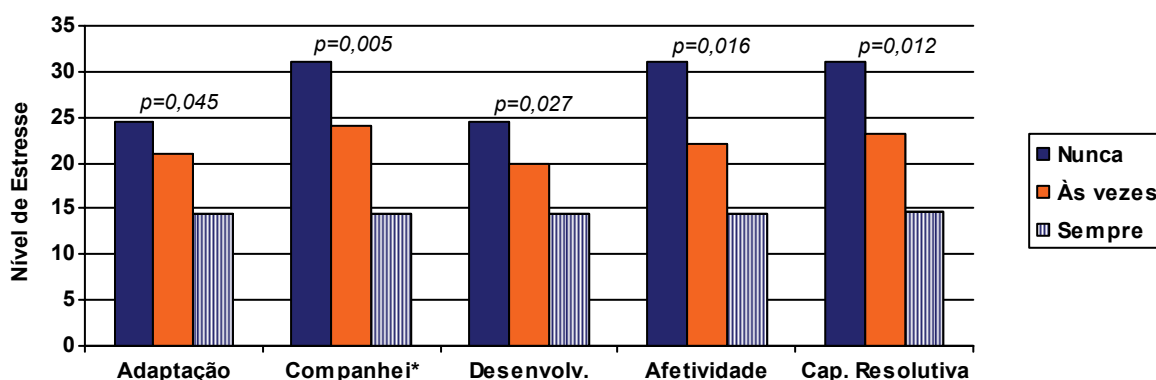
A relação entre o nível de estresse e a funcionalidade familiar também foi observada na satisfação dos idosos com as categorias desta. Para os idosos do GP, por exemplo, foram observadas diferenças entre o desenvolvimento ( $F_{(1)}= 13,343$ ;  $p= 0,001$ ), afetividade ( $F_{(1)}= 10,333$ ;  $p= 0,002$ ) e capacidade resolutiva ( $F_{(1)}= 4,782$ ;  $p= 0,033$ ) (Figura 5.6).



**Figura 5.6** – Comparação das médias (ANOVA one-way) do nível de estresse e das dimensões da funcionalidade familiar dos idosos integrantes do GP

\* Companheirismo

Também, para os idosos pertencentes ao GNP, a funcionalidade familiar vinculou-se ao nível de estresse. Este, apresentou diferenças significativas de acordo com a satisfação na adaptação ( $F_{(2)}= 3,571$ ;  $p= 0,045$ ), companheirismo ( $F_{(2)}= 6,666$ ;  $p= 0,005$ ), desenvolvimento ( $F_{(2)}= 4,225$ ;  $p= 0,027$ ), afetividade ( $F_{(2)}= 5,012$ ;  $p= 0,016$ ) e capacidade resolutiva ( $F_{(2)}= 5,422$ ;  $p= 0,012$ ) (Figura 5.7).



**Figura 5.7** – Comparação das médias (ANOVA one-way) do nível de estresse e das dimensões da funcionalidade familiar dos idosos integrantes do GNP

\* Companheirismo

Diante disto, sugere-se que para os idosos do GNP, os quais não participam de atividades sociais formais, o relacionamento familiar tem influência sobre o estresse destes idosos. Relações entre funcionalidade familiar e nível de estresse também foram observadas para os idosos do GP, porém, aparentemente menos influente do que nos idosos do GNP.

Prosseguindo-se com as análises de dados, buscou-se descrever e comparar as características da rede social dos idosos. Nesta análise, observaram-se diferenças significativas nas características funcionais destas redes em relação à participação social dos idosos. Ou seja, apesar de ambos os grupos não apresentarem diferenças nas características estruturais de suas redes (tamanho, número de contatos íntimos, meio íntimos e pouco íntimos), as redes sociais dos idosos engajados socialmente (GP) apresentam melhor funcionalidade e estes têm mais contatos disponíveis para auxílios específicos (Tabela 5.5).

Na Tabela 5.5 estão descritas as características funcionais e estruturais das redes sociais dos idosos de ambos os grupos, bem como a comparação entre estes grupos.

**Tabela 5.5** – Comparação entre o apoio social e suas dimensões, e a estrutura da rede social entre os idosos participantes do GP e do GNP

Variáveis	GP (n= 55)			GNP (n= 26)			Mann-Whitney	
	md <sup>a</sup>	IC 95%	Posto médio	md <sup>a</sup>	IC 95%	Posto médio	Z	P
<b>Apoio Social</b>								
Material	90	82,1 – 90,5	43,9	82,5	68,4 – 86,1	34,8	-1,651	0,099
Afetivo	100	92,1 - 98	44,6	96,6	79,4 – 93,8	33,3	-2,402	0,016 <sup>b</sup>
Emocional	95	82,5 – 91,6	44,6	82,5	74,2 – 87,3	33,3	-2,065	0,039 <sup>b</sup>
Interação social	90	82,4 – 90,2	44,9	82,5	66,7 – 83,6	32,6	-2,231	0,026 <sup>b</sup>
Informativo	95	85,7 – 89,9	44,5	90	75,8 – 89,9	33,4	-2,041	0,041 <sup>b</sup>
Apoio total	92	85,8 – 92,1	45,6	83,3	74,6 – 86,4	31	-2,619	0,009 <sup>b</sup>
<b>Rede Social</b>								
Tamanho	9	8,9 – 11,4	44,4	8	6,3 – 9,5	33,6	-1,930	0,054
Contatos íntimos	4	3,9 – 6,4	40,4	5	3,4 – 6	42,1	-0,311	0,756
Contatos meio-íntimos	3	2,8 – 4,3	44,3	2	1,6 – 3,2	33,8	-1,888	0,059
Contatos pouco íntimos	1	0,8 – 1,9	42,3	0,5	0,3 – 1,2	38,2	-0,783	0,434
Companhia social	3	2,7 – 3,9	44,4	2	1,6 – 2,6	33,7	-1,952	0,051
Cuidados pessoais	7	6,5 – 9	43,3	6	4,8 – 7,8	36,1	-1,286	0,198
Tarefas diárias	3	2,4 – 3,8	46,9	2	1,4 – 2,2	28,3	-3,477	0,001 <sup>b</sup>
Auxílio financeiro	2	2,1 – 3,3	45,4	1	1,1 – 2,1	31,5	-2,603	0,009 <sup>b</sup>

\* Quem lhe faz companhia ou lhe visita regularmente?

\*\* Se precisar, quem lhe ajudaria nas tarefas do dia-a-dia?

\*\*\* Se precisar, quem lhe ajudaria nos cuidados pessoais?

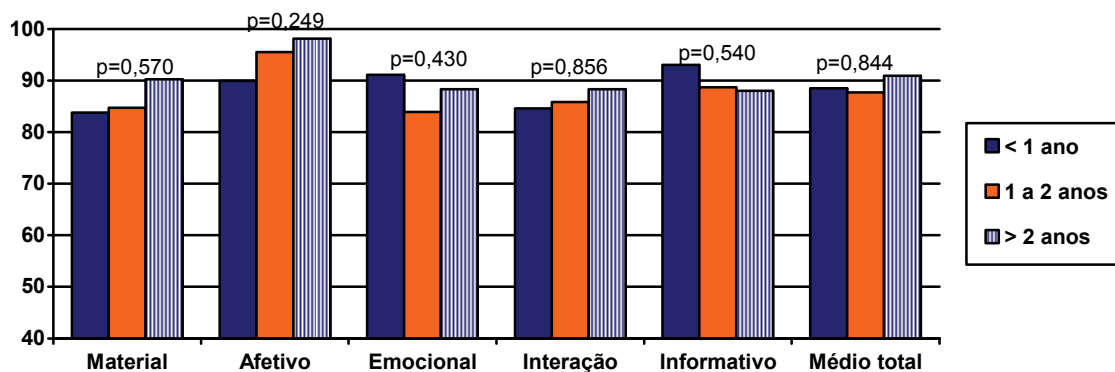
\*\*\*\* Se precisar, a quem recorreria para auxílio financeiro?

<sup>a</sup> Mediana.

<sup>b</sup> Significante ao nível de  $p \leq 0,05$ .

No que concerne à percepção de apoio social disponível, os resultados deste estudo indicam que os idosos engajados socialmente no programa de atividades físicas (GP) relataram perceber mais apoio nas seguintes dimensões: afetivo ( $p= 0,016$ ), emocional ( $p= 0,039$ ), de interação social positiva ( $p= 0,025$ ), informativo ( $p= 0,041$ ), além de perceber, também, mais apoio total ( $p= 0,009$ ).

As diferenças na percepção de apoio social disponível parecem ser mais relacionadas à participação social dos idosos, uma vez que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos do GP com o tempo de participação no programa de atividades físicas – inferior a um ano ( $n= 13$ ), de um a dois anos ( $n= 24$ ) e mais de dois anos ( $n= 18$ ) – (Figura 5.8).



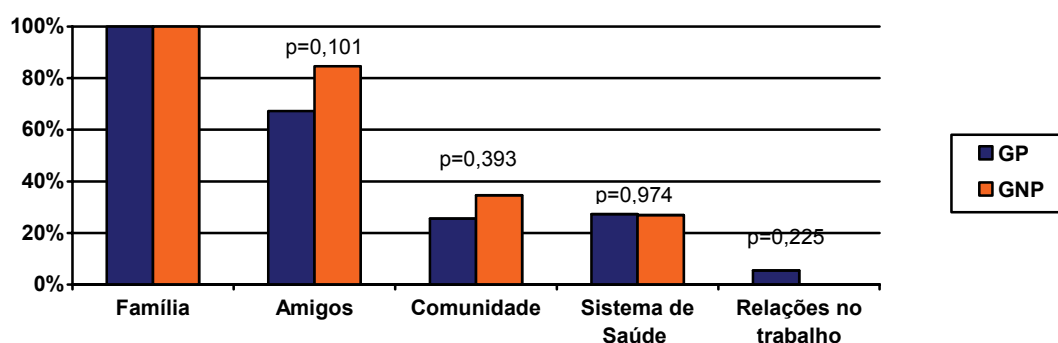
**Figura 5.8** – Comparação das médias nas diferentes dimensões do apoio social de acordo com o tempo de participação no programa entre os idosos do GP

Em relação às características estruturais das redes sociais dos idosos, não foram observadas diferenças significativas no tamanho da rede ( $p= 0,054$ ) e no número de contatos íntimos ( $p= 0,756$ ), meio íntimos ( $p= 0,059$ ) e pouco íntimos ( $p= 0,434$ ).

Contudo, para as questões relativas ao número de contatos disponíveis para fornecer apoio em situações específicas (companhia social, auxílio nas tarefas do dia-a-dia, cuidados pessoais e financeiro) observou-se que os idosos do GP têm, significativamente, mais pessoas para lhes ajudarem em suas tarefas diárias ( $p= 0,001$ ) e, também, mais pessoas em quem confiar para pedir auxílio financeiro ( $p= 0,009$ ). Nas questões referentes à companhia social e auxílio em cuidados pessoais não foram observadas diferenças significativas ( $p=0,198$  e  $p=0,051$  respectivamente).

A composição da rede de apoio social dos idosos de ambos os grupos foi similar, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas nas proporções para a família<sup>3</sup>, amigos ( $X^2= 2,684$ ;  $p= 0,101$ ), comunidade ( $X^2= 0,729$ ;  $p= 0,393$ ), relações com o sistema de saúde ( $X^2= 0,001$ ;  $p= 0,974$ ) e no ambiente de trabalho ( $X^2= 1,473$ ;  $p= 0,225$ ) (Figura 5.9).

<sup>3</sup> Estatística não calculada em função de possuir valores constantes em ambos os grupos.



**Figura 5.9** – Comparação da composição das redes de apoio social entre os idosos dos grupos GP e GNP.

Com base nos dados expostos na Tabela 5.6 (abaixo) busca-se esclarecer as diferenças encontradas nas percepções de apoio social entre os idosos do GP e GNP, uma vez que, acredita-se que as diferenças observadas na funcionalidade familiar e em suas dimensões possam explicar as diferenças na percepção de apoio social disponível. Dada a importância da família para os idosos, uma vez que com o envelhecimento as relações com a família tornam-se essenciais, quando não únicas, buscou-se comparar a funcionalidade familiar de ambos os grupos (Tabela 5.6).

**Tabela 5.6** – Comparação entre a funcionalidade familiar e a participação social (GP e GNP)

APGAR Familiar	GP (n= 54)		GNP (n= 26)		Chi-Quadrado	
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Funcionalidade familiar</b>						
Elevada disfuncionalidade	1*	20	4*	80	5,380	0,047 <sup>a</sup>
Moderada disfuncionalidade	3	60	2	40		
Boa Funcionalidade	50*	71,4	20*	28,6		
<b>Satisfação com Adaptação</b>						
Nunca	-*	-	3*	100	5,556	0,049 <sup>a</sup>
Às vezes	11	68,8	5	31,3		
Sempre	43	70,5	18	29,5		
<b>Satisfação com Companheirismo</b>						
Nunca	1	50	1	50	1,018	0,672 <sup>a</sup>
Às vezes	8	61,5	5	38,5		
Sempre	45	69,2	20	30,8		
<b>Satisfação com Desenvolvimento</b>						
Nunca	-*	-	5*	100	10,602	0,004 <sup>a</sup>
Às vezes	10	83,3	2	16,7		
Sempre	44	69,8	19	30,2		
<b>Satisfação com Afetividade</b>						
Nunca	-	-	1	100	2,129	0,415 <sup>a</sup>
Às vezes	11	64,7	6	35,3		
Sempre	43	69,4	19	30,6		
<b>Satisfação com Cap. Resolutiva</b>						
Nunca	-	-	1	100	2,360	0,378 <sup>a</sup>
Às vezes	8	61,5	5	38,5		
Sempre	44	69,7	20	30,3		

<sup>a</sup> Teste exato de Fisher. \* Ajuste residual ]-1,8] – [1,8].

Os resultados deste estudo indicam que os idosos participantes do programa de atividades físicas (GP) apresentam melhor funcionalidade familiar do que seus pares não-participantes (GNP) ( $p= 0,047$ ). Observou-se que, dos idosos com elevada disfuncionalidade familiar, 80% pertenciam ao GNP, enquanto que, daqueles que apresentaram boa funcionalidade familiar, a maioria (71,4%) era do GP.

Também foram observadas diferenças na satisfação destes idosos em relação a algumas das dimensões da funcionalidade familiar. Os idosos do GNP parecem ser menos satisfeitos com a adaptação ( $p= 0,049$ ) e o desenvolvimento familiar ( $p= 0,004$ ). Em ambas dimensões, dos idosos nunca satisfeitos a totalidade era de idosos pertencentes ao GNP.

Como visto, a funcionalidade familiar parece exercer um importante papel para a análise das diferenças na percepção de apoio social entre os idosos de ambos os grupos em estudo. Desta forma, buscou-se analisar as relações entre estas variáveis.

A funcionalidade familiar relacionou-se com a percepção de apoio social dos idosos de ambos os grupos. Para os idosos do GP, observou-se relação, apenas, com o apoio afetivo ( $X^2_{(2)}= 7,849$ ;  $p= 0,020$ ) (Tabela 5.7).

**Tabela 5.7** – Comparação entre a percepção de apoio social (dimensões e total) e a classificação da funcionalidade familiar dos idosos do GP

Apoio Social	Funcionalidade Familiar									Kruskal-Wallis <sup>c</sup> Valor de p
	Elevada Disfuncionalidade (n=1)			Moderada Disfuncionalidade (n=3)			Boa Funcionalidade (n=50)			
	md <sup>a</sup>	min – máx	pm <sup>b</sup>	md <sup>a</sup>	Min – máx	pm <sup>b</sup>	md <sup>a</sup>	min – máx	pm <sup>b</sup>	
<b>Material</b>	65	*	6	70	35	18,5	90	40 – 100	28,4	0,204
<b>Afetivo</b>	73,3	*	4	80	73,3–100	14,3	100	50 – 100	28,7	0,020**
<b>Emocional</b>	75	*	12,5	65	45–100	17,6	95	40 – 100	28,3	0,295
<b>Interação social</b>	60	*	3,5	75	40 – 100	19,7	90	60 – 100	28,4	0,172
<b>Informativo</b>	80	*	12,5	80	60 – 100	19,1	95	40 – 100	28,3	0,351
<b>Total</b>	70	*	6	70	54,6 – 100	18	92,5	60 – 100	28,5	0,201

<sup>a</sup> Mediana. <sup>b</sup> Posto médio. <sup>c</sup> Graus de liberdade = 2.

\* Valores constantes.

\*\* Significante ao nível de  $p \leq 0,05$ .

Já para os idosos do GNP, a percepção de apoio social variou de acordo com a classificação da funcionalidade familiar tanto para o apoio total ( $X^2_{(2)}= 8,302$ ;  $p= 0,016$ ), como também para os apoios: afetivo ( $X^2_{(2)}= 8,385$ ;  $p= 0,015$ ) e emocional ( $X^2_{(2)}= 6,214$ ;  $p= 0,045$ ) (Tabela 5.8).

**Tabela 5.8** – Comparação entre a percepção de apoio social (dimensões e total) e a classificação da funcionalidade familiar dos idosos do GNP

Apoio Social	Funcionalidade Familiar									Kruskal-Wallis <sup>c</sup> Valor de p
	Elevada			Moderada			Boa Funcionalidade			
	Disfuncionalidade (n=4)			Disfuncionalidade (n=2)			(n=20)			
md <sup>a</sup>	min – máx	pm <sup>a</sup>	md <sup>b</sup>	min – máx	pm <sup>a</sup>	md <sup>a</sup>	min – máx	pm <sup>b</sup>		
<b>Material</b>	65	25 – 80	8,1	67,5	40 – 95	9,7	92,5	50 – 100	14,9	0,193
<b>Afetivo</b>	53,3	46,6 – 86,6	4	93,3	86,6 – 100	9,7	100	60 – 100	14,9	0,015**
<b>Emocional</b>	60	55 – 80	5,2	80	*	11	87,5	40 – 100	15,4	0,045**
<b>Interação social</b>	47,5	25 – 85	6	70	60 – 80	9,7	85	45 – 100	15,3	0,060
<b>Informativo</b>	57,5	35 – 90	5,3	87,5	75 – 100	16	90	60 – 100	14,8	0,064
<b>Total</b>	59,8	53 – 62,3	3,7	79,6	79,3 – 80	11,2	89,3	55,3 – 100	15,6	0,016**

<sup>a</sup> Mediana.

<sup>b</sup> Posto médio.

<sup>c</sup> Graus de liberdade = 1.

\* Valores constantes

\*\* Significante ao nível de  $p \leq 0,05$ .

Além das diferenças observadas, de acordo com a classificação da funcionalidade familiar, nos diferentes tipos de apoio social (afetivo, emocional e total), observou-se, também, diferenças significativas na percepção de apoio social de acordo com a satisfação dos idosos com as dimensões da funcionalidade familiar.

Para os idosos do GNP, observaram-se diferenças significativas na percepção dos tipos apoio social (citados acima) de acordo com a satisfação dos idosos com o companheirismo, o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade resolutiva de suas famílias.

A percepção do apoio social afetivo variou de acordo com a satisfação dos idosos no companheirismo ( $X^2_{(2)}= 6,232$ ;  $p= 0,044$ ), desenvolvimento ( $X^2_{(2)}= 10,324$ ;  $p= 0,006$ ) e capacidade resolutiva familiar ( $X^2_{(2)}= 6,232$ ;  $p= 0,044$ ). Já a percepção de apoio social emocional variou de acordo com a satisfação em relação à

afetividade familiar ( $X^2_{(2)} = 7,554$ ;  $p = 0,023$ ) e, também, com o desenvolvimento ( $X^2_{(2)} = 7,155$ ;  $p = 0,028$ ) e o companheirismo da família ( $X^2_{(2)} = 6,005$ ;  $p = 0,05$ ).

A percepção de apoio total disponível variou de acordo com o grau de satisfação com o companheirismo ( $X^2_{(2)} = 7,029$ ;  $p = 0,030$ ), o desenvolvimento ( $X^2_{(2)} = 9,697$ ;  $p = 0,008$ ) e com a afetividade familiar ( $X^2_{(2)} = 7,736$ ;  $p = 0,021$ ).

Ainda em relação aos idosos do GNP, foram observadas diferenças na percepção de interação social positiva de acordo com a satisfação com o desenvolvimento familiar ( $X^2_{(2)} = 9,195$ ;  $p = 0,010$ ) e com a afetividade da família ( $X^2_{(2)} = 7,461$ ;  $p = 0,024$ ).

Para os idosos do GP, participantes do programa de atividades físicas, apenas duas dimensões da funcionalidade familiar relacionaram-se com a percepção de apoio social.

Para estes idosos a satisfação com o desenvolvimento familiar foi relacionada à percepção de apoio social material ( $X^2_{(1)} = 6,869$ ;  $p = 0,009$ ), afetivo ( $X^2_{(1)} = 10,028$ ;  $p = 0,002$ ) e total ( $X^2_{(1)} = 5,708$ ;  $p = 0,017$ ). Também, a satisfação com a afetividade familiar se relacionou com o apoio social material ( $X^2_{(1)} = 6,899$ ;  $p = 0,009$ ), afetivo ( $X^2_{(1)} = 9,935$ ;  $p = 0,002$ ) e total ( $X^2_{(1)} = 4,315$ ;  $p = 0,038$ ), além, do apoio informativo ( $X^2_{(1)} = 5,091$ ;  $p = 0,024$ ).

Estes dados sugerem que a funcionalidade familiar, analisada de forma geral ou de acordo com suas dimensões, parece ter relação com a percepção de apoio social em idosos. Em ambos os grupos observaram-se relações indicativas de que melhor funcionalidade, ou maior satisfação com a funcionalidade familiar estão muito relacionadas à maior percepção de apoio social disponível.

Em função disto, acredita-se, que a percepção de mais apoio disponível pelos idosos do GP esteja vinculada ao fato deste grupo ter uma prevalência de idosos em



situações de disfuncionalidade familiar significativamente inferior ao GNP. No que se refere às características estruturais das redes sociais dos idosos e suas relações com a percepção de apoio social, foram observadas diversas relações estatisticamente significativas nos dois grupos em estudo. Estas correlações estão descritas na Tabela 5.9.

Para os idosos do GP foram observadas correlações proporcionais e moderadas entre o tamanho da rede de apoio social dos idosos e a percepção de apoio material ( $\rho= 0,318$ ;  $p= 0,018$ ), afetivo ( $\rho= 0,442$ ;  $p= 0,001$ ), informativo ( $\rho= 0,433$ ;  $p= 0,001$ ) e apoio total ( $\rho= 0,411$ ;  $p= 0,002$ ), compartilhando aproximadamente 10%, 19,5%, 19% e 17% da variância nestas dimensões do apoio social.

Também, ter mais contatos pouco íntimos foi relacionado à maior percepção de apoio material ( $\rho= 0,406$ ;  $p= 0,002$ ), interação social positiva ( $\rho= 0,328$ ;  $p= 0,014$ ) e com o apoio total ( $\rho= 0,375$ ;  $p= 0,005$ ), com 16,4%, 10,7% e 14%, respectivamente, de variância compartilhada. Já ter um maior número de contatos íntimos correlacionou-se positivamente com o apoio afetivo ( $\rho= 0,314$ ;  $p= 0,020$ ), e compartilha aproximadamente 10% da variância deste tipo de apoio.

Ainda referindo-se aos idosos do GP, o número de contatos disponíveis para tarefas específicas apresentou correlações positivas com a percepção de apoio social (Tabela 5.9).

**Tabela 5.9** – Correlação (Spearman) entre o apoio social (dimensões e total) e as características estruturais das redes dos idosos de ambos os grupos (GP e GNP)

Grupo	Rede Social	Apoio Social					
		Material	Afetivo	Emocional	Interação Social	Informativo	Total
		p	P	p	P	p	P
GP	Tamanho	0,018*	0,001*	0,095	0,053	0,001*	0,002*
	Contatos íntimos	0,359	0,020*	0,404	0,821	0,152	0,307
	Contatos meio íntimos	0,301	0,711	0,921	0,145	0,149	0,235
	Contatos pouco íntimos	0,002*	0,123	0,051	0,014*	0,132	0,005*
	Companhia social	0,092	0,003*	0,298	0,075	0,006*	0,024*
	Tarefas diárias	0,024*	0,019*	0,047*	0,517	0,020*	0,019*
	Cuidados pessoais	<0,001*	0,039*	0,006*	0,009*	0,001*	<0,001*
	Auxílio financeiro	0,009*	0,019*	0,042*	0,058	0,001*	0,006*
GNP	Tamanho	0,002*	0,011*	0,004*	0,001*	0,099	<0,001*
	Contatos íntimos	0,006*	0,028*	0,017*	0,003*	0,081	<0,001*
	Contatos meio íntimos	0,025*	0,149	0,044*	0,141	0,261	0,028*
	Contatos pouco íntimos	0,179	0,926	0,548	0,556	0,663	0,342
	Companhia social	0,021*	0,021*	0,026*	0,016*	0,035*	0,001*
	Tarefas diárias	<0,001*	0,090	0,055	0,053	0,411	0,004*
	Cuidados pessoais	0,001*	0,013*	0,026*	0,074	0,450	0,007*
	Auxílio financeiro	0,001*	0,020*	0,077	0,189	0,721	0,020*

\* Resultados Significativos.

Assim, ter mais contatos que façam companhia social, para estes idosos, foi relacionado a perceber mais apoio afetivo ( $\rho= 0,396$ ;  $R^2= 15,6\%$ ;  $p= 0,003$ ), informativo ( $\rho= 0,367$ ;  $R^2= 13,4\%$ ;  $p= 0,006$ ) e total ( $\rho= 0,304$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,024$ ) disponíveis.

Mais contatos para auxílio material nas tarefas do dia-a-dia correlacionou-se com os apoios: material ( $\rho= 0,304$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,024$ ), afetivo ( $\rho= 0,316$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,019$ ), emocional ( $\rho= 0,269$ ;  $R^2= 7\%$ ;  $p= 0,047$ ), informativo ( $\rho= 0,314$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,020$ ) e total ( $\rho= 0,315$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,019$ ).

Também, o número de contatos para auxílio financeiro correlacionou-se positivamente com o apoio material ( $\rho= 0,351$ ;  $R^2= 12,3\%$ ;  $p= 0,009$ ), afetivo ( $\rho= 0,315$ ;  $R^2= 9\%$ ;  $p= 0,019$ ), emocional ( $\rho= 0,275$ ;  $R^2= 7\%$ ;  $p= 0,042$ ), informativo ( $\rho= 0,442$ ;  $R^2= 19,5\%$ ;  $p= 0,001$ ) e total ( $\rho= 0,363$ ;  $R^2= 13,1\%$ ;  $p= 0,006$ ).

Por sua vez, o número de contatos para auxílio em cuidados pessoais (caso necessário) correlacionou-se com todas dimensões de apoio social avaliadas neste estudo, sendo estas: material ( $\rho = 0,490$ ;  $R^2 = 24\%$ ;  $p < 0,001$ ), afetivo ( $\rho = 0,279$ ;  $R^2 = 7\%$ ;  $p = 0,039$ ), emocional ( $\rho = 0,368$ ;  $R^2 = 13,5\%$ ;  $p = 0,006$ ), interação social positiva ( $\rho = 0,348$ ;  $R^2 = 12,1\%$ ;  $p = 0,009$ ), informativo ( $\rho = 0,451$ ;  $R^2 = 20,3\%$ ;  $p = 0,001$ ) e apoio total ( $\rho = 0,500$ ;  $R^2 = 25\%$ ;  $p < 0,001$ ).

Para os idosos do GNP foram observadas correlações proporcionais e moderadas entre o tamanho da rede de apoio social dos idosos e a percepção de apoio material ( $\rho = 0,578$ ;  $p = 0,002$ ), afetivo ( $\rho = 0,492$ ;  $p = 0,011$ ), emocional ( $\rho = 0,548$ ;  $p = 0,004$ ), interação social positiva ( $\rho = 0,598$ ;  $p = 0,001$ ) e total ( $\rho = 0,686$ ;  $p < 0,001$ ), compartilhando cerca de 33%, 24%, 30%, 36% e 47% da variância nestas dimensões do apoio social.

O número de contatos íntimos também foi correlacionado à percepção de apoio material ( $\rho = 0,524$ ;  $p = 0,006$ ), afetivo ( $\rho = 0,431$ ;  $p = 0,028$ ), emocional ( $\rho = 0,465$ ;  $p = 0,017$ ), interação social positiva ( $\rho = 0,555$ ;  $p = 0,003$ ) e total ( $\rho = 0,635$ ;  $p < 0,001$ ), compartilhando aproximadamente 27%, 18%, 22%, 31% e 40% da variância nestas dimensões do apoio social.

Ainda foram observadas correlações entre o número de contatos meio íntimos e a percepção de apoio material ( $\rho = 0,438$ ;  $p = 0,025$ ), emocional ( $\rho = 0,397$ ;  $p = 0,044$ ) e apoio total ( $\rho = 0,432$ ;  $p = 0,028$ ). Estas variáveis compartilharam respectivamente cerca de 19%, 16% e 18% de suas variâncias.

O número de contatos disponíveis para fazer companhia social aos idosos correlacionou-se com todas as dimensões de apoio social avaliadas neste estudo, sendo estas: material ( $\rho = 0,449$ ;  $R^2 = 20,1\%$ ;  $p = 0,021$ ), afetivo ( $\rho = 0,450$ ;  $R^2 = 20,2\%$ ;  $p = 0,021$ ), emocional ( $\rho = 0,436$ ;  $R^2 = 19\%$ ;  $p = 0,026$ ), interação social

positiva ( $\rho = 0,468$ ;  $R^2 = 21,9\%$ ;  $p = 0,016$ ), informativo ( $\rho = 0,415$ ;  $R^2 = 17,2\%$ ;  $p = 0,035$ ) e apoio total ( $\rho = 0,595$ ;  $R^2 = 35,4\%$ ;  $p = 0,001$ ).

O número de contatos disponíveis para auxílio nas tarefas do dia-a-dia apresentou uma correlação positiva, moderada a forte, com o apoio social material ( $\rho = 0,722$ ;  $p < 0,001$ ), com 52% da variância destas variáveis sendo compartilhada por ambas. O número de contatos para auxílio nas tarefas diárias também apresentou correlação com o apoio total ( $\rho = 0,541$ ;  $R^2 = 29,2\%$ ;  $p = 0,004$ ).

Um maior número de contatos para auxílio em cuidados pessoais foi correlacionado a maiores percepções de apoio material ( $\rho = 0,607$ ;  $R^2 = 36,8\%$ ;  $p = 0,001$ ), afetivo ( $\rho = 0,482$ ;  $R^2 = 23,2\%$ ;  $p = 0,013$ ), emocional ( $\rho = 0,435$ ;  $R^2 = 18,9\%$ ;  $p = 0,026$ ) e total ( $\rho = 0,517$ ;  $R^2 = 26,7\%$ ;  $p = 0,007$ ).

Por fim, o número de contatos para auxílio financeiro correlacionou-se positivamente com o apoio material ( $\rho = 0,614$ ;  $R^2 = 37,6\%$ ;  $p = 0,001$ ), afetivo ( $\rho = 0,454$ ;  $R^2 = 20,6\%$ ;  $p = 0,020$ ), e total ( $\rho = 0,453$ ;  $R^2 = 20,5\%$ ;  $p = 0,020$ ).

## 6. DISCUSSÃO

Neste capítulo será realizada a discussão dos dados resultantes desta pesquisa confrontando-os com dados da literatura. Inicialmente serão abordadas as características sócio-demográficas e condições de saúde, bem como suas relações com as características da rede social (características estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) da amostra. Em seguida, abordar-se-á o nível de estresse e suas relações com as outras variáveis deste estudo. Por fim, serão discutidas as comparações entre as características da rede social dos idosos de ambos os grupos, suas relações e interações.

Primeiramente, destaca-se um importante aspecto deste estudo, e que reforça sua validade interna. Ambos os grupos (GP e GNP) são similares nas suas características sócio-demográficas, de condições de saúde e nível de estresse, não havendo nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos para tais variáveis. Este fato reduz a probabilidade de que as diferenças observadas nas características da rede social entre os grupos resultem de diferenças em características básicas das amostras dos dois grupos.

As características sócio-demográficas são relevantes por fornecerem informações que proporcionam relacionar o indivíduo ao ambiente em que está

inserido, facilitando assim a comparação de outras variáveis a serem investigadas (MAZO, 2003).

Inicialmente, torna-se relevante destacar que o presente estudo teve como participantes idosos residentes na comunidade, fisicamente independentes e usuários dos serviços de saúde do SUS.

Ambos os grupos (GP e GNP) foram compostos, em sua maioria (81,8% e 65,4% respectivamente) por mulheres. A maioria de mulheres em ambos os grupos parece refletir a predominância do gênero feminino na população idosa brasileira (IBGE, 2002). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), no ano de 2000 as mulheres correspondiam a 55,1% da população idosa brasileira. Em estudo recente, com 2.136 idosos de 204 cidades brasileiras, a Fundação Perseu Abramo (FPA, 2007) demonstrou haver, ainda, uma desigual distribuição entre os gêneros na população brasileira (57% mulheres e 43% homens).

Todavia, essas diferenças nas proporções entre mulheres e homens nos grupos deste estudo parecem estar além da simples correspondência aos padrões da população.

Em relação aos idosos do GP, a predominância de mulheres neste grupo encontra-se respaldada na literatura. Sobre tais diferenças, Faria Júnior (1994) aponta que, em programas supervisionados de atividade física para idosos, é comum a predominância de mulheres idosas. Além disso, Andreotti e Okuma (2003) sugerem que, talvez, homens com 60 anos ou mais de idade tenham mais oportunidades de encontros sociais (clubes, praças, bares, etc.) do que as mulheres, além de que muitas vezes os homens não acham estes programas apropriados para si.

Outro aspecto relevante em relação à maior proporção de mulheres em ambos os grupos deste estudo é a diferença no acesso e uso dos serviços de saúde entre homens e mulheres. De modo geral, as mulheres fazem maior uso dos serviços de saúde quando comparadas aos homens (PINHEIRO et al., 2002). Em estudo com dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares (PNAD/1998), estes autores observaram que as mulheres faziam mais uso dos serviços de saúde e de consultas médicas e odontológicas do que os homens. Os fatos apontados para tais diferenças perpassam pelas demandas associadas à gravidez e parto em idades precoces, diferenças na morbidade entre homens e mulheres, e maior interesse das mulheres em relação à sua saúde (PINHEIRO et al., 2002).

Desta forma, o fato da maioria da amostra deste estudo (em ambos os grupos) ser constituída por mulheres encontra respaldo na literatura, uma vez que a característica desta amostra, composta por usuários dos serviços de saúde do SUS, inseridos e não inseridos em um programa de atividades físicas, remete a diferenças relacionadas ao gênero em seu acesso e aderência.

No que concerne ao estado civil da amostra, em ambos os grupos predominaram idosos casados ou viúvos. No GP, a proporção de casados foi pouco superior à de viúvos (47,3% e 43,6% respectivamente). Já no GNP estas proporções foram idênticas (38,5%). Estes dados aproximam-se dos da FPA (2007), onde estão apontados que 52% dos idosos brasileiros eram casados e outros 34% viúvos.

Em relação aos anos de estudo dos idosos desta pesquisa, tanto os do GP ( $\bar{X}$ = 5,7; DP= 4,5 anos de estudo) como os do GNP ( $\bar{X}$ = 6; DP= 4,8 anos de estudo) apresentaram baixa escolaridade. Dados do IBGE (2002), sobre idosos responsáveis por domicílios, indicaram que idosos de Florianópolis tinham em média

7,2 anos de estudo. No que se refere à proporção de idosos alfabetizados no presente estudo foi de 92,7% no GP e 96,2% no GNP. Dados esses superiores aos encontrados nos idosos de Florianópolis, onde 85,7% dos idosos sabiam ler e escrever (BENEDETTI, 2004).

Em relação à renda familiar, os idosos do presente estudo apresentaram médias próximas em ambos os grupos (GP:  $\bar{X}$ = R\$ 2.034,5; DP= 1.945,6 reais; GNP:  $\bar{X}$ = R\$ 1.866,1; DP= 1.697,9 reais). Conforme o IBGE (2002), a renda familiar média dos idosos responsáveis por seus domicílios no Brasil era de R\$ 1.790,00 reais, muito próxima às médias dos idosos deste estudo.

Além disso, ao se analisar a distribuição da renda familiar por estratos (de acordo ao salário mínimo vigente), os dados dos idosos deste estudo vão ao encontro de dados de idosos de Florianópolis, onde a maior parte (24,9%) recebia de um a três salários mínimos (BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004). Apesar de uma proporção ligeiramente superior, também, a maior parte dos idosos de ambos os grupos (GP= 35,2% e GNP= 38,5%) participantes da presente pesquisa recebia de um a três salários mínimos por mês.

Assim, percebe-se que os idosos avaliados no presente estudo apresentam características sócio-demográficas semelhantes aos dados de outros estudos realizados no mesmo município e a nível nacional.

Em relação às condições de saúde da amostra observaram-se resultados semelhantes aos encontrados na literatura. Inicialmente, a maioria dos idosos do GP (58,2%) e do GNP (48%) indicou ter duas ou mais doenças. Dados da PNAD de 2003, analisados por Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007), indicaram que aproximadamente 65,3% dos idosos brasileiros apresentavam duas ou mais doenças.



Dentre as doenças que acometem os idosos investigados neste estudo destacam-se: hipertensão, doenças osteomioarticulares e diabetes para os idosos do GP; e hipertensão, doenças osteomioarticulares, depressão e outros agravos cardiovasculares para os idosos do GNP. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) as principais doenças que acometem os idosos são crônicas, e dentre estas se destacam: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças pulmonares, músculo-esqueléticas e saúde mental. Em idosos brasileiros, a hipertensão apresenta uma prevalência de 43%, diabetes e problemas cardiovasculares 13% e problemas de visão e coluna 26% e 23% respectivamente.

Provavelmente devido ao acometimento por comorbidade, os idosos desta pesquisa fazem uso de medicamentos contínuos (GP= 2,7 e GNP= 2,9) semelhante ao observado em outros estudos (LAUKKANEN et al., 1992; ROZENFELD, 2003; FLORES; BENVIGNÚ, 2008). Em estudo realizado por Flores e Benvegnú (2008) com 249 idosos do município de Santa Rosa (RS), com idade média de 69,9 anos, verificou que a maioria deles utilizava em média de 2,9 medicamentos. Estes dados condizem com outros estudos que apontam um consumo médio de dois a cinco medicamentos contínuos (LAUKKANEN et al., 1992; ROZENFELD, 2003).

Apesar das comorbidades e a utilização de medicamentos contínuos, a maioria dos idosos do GP considera sua saúde como regular (45,5%), e do GNP como regular ou boa (34,6% ambas). Os resultados dessa pesquisa corroboram com diferentes estudos. Em estudo realizado na cidade de São José, SC (município da região da Grande Florianópolis), com 262 idosos de ambos os gêneros, participantes de grupos de convivência, 35,5% da amostra classificaram sua saúde como regular enquanto que outros 46,9% a consideraram boa (CARDOSO et al., 2008). Em outra

pesquisa, com 1.516 idosos da cidade de Bambuí, MG, observou-se, também, uma predominância da classificação regular (49,2%) da saúde (LIMA COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

Em relação às condições de saúde, percebe-se que os idosos do presente estudo apresentam uma prevalência de duas ou mais doenças, semelhante ao observado em outras pesquisas (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007). Os idosos deste estudo apresentaram um consumo de medicamentos similar a de idosos da região sul do Brasil e, também, este consumo se encontra dentro de um número esperado para idosos (LAUKKANEN et al., 1992; ROZENFELD, 2003; FLORES; BENVENEGÚ, 2008). A autopercepção da saúde corrobora com dados de outros estudos (LIMA COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; CARDOSO et al., 2008), nos quais esta percepção tende a ser de regular a boa.

Dentre as características sócio-demográficas e condições da saúde da amostra, a idade, o gênero, a autopercepção da saúde, a escolaridade, o estado civil, os arranjos domiciliares e a renda familiar mensal apresentaram relações com as características das redes sociais (apoio social, características estruturais e funcionalidade familiar).

Diversos estudos (DUE et al., 1999; GRIEP et al., 2005; ROSA et al., 2007) apontam a existência de diferenças relacionadas à idade tanto na estrutura quanto na funcionalidade das relações sociais. Rosa et al. (2007) pesquisaram 1.568 idosos da cidade de São Paulo, e identificaram que as mulheres tiveram chance significativamente maior de apresentarem pequena diversidade de contatos a partir dos 75 anos de idade, e, também, mulheres com 80 anos ou mais apresentaram menor frequência de contatos quando comparadas a mulheres com menos de 65 anos. Os dados encontrados na presente investigação demonstraram que idades

mais avançadas foram correlacionadas a uma menor percepção de apoio social de interação social positiva, ou seja, a uma menor disponibilidade de contatos para realizar coisas agradáveis e relaxantes, por exemplo. Este fato vai ao encontro de resultados de estudos anteriores (DUE et al., 1999; GRIEP et al., 2005; ROSA et al., 2007).

Ressalta-se, ainda, que com avançar da idade ocorre a retração da rede de relações do indivíduo. Fato que se deve, em parte, pela perda ou migração de entes queridos (fato observado para este grupo no qual a maioria dos idosos era viúvo), aumento da dificuldade em realizar tarefas sociais requeridas para a manutenção dos vínculos sociais e redução das oportunidades de renovação dos contatos sociais (SLUZKI, 2000).

Diferenças entre os gêneros foram observadas entre os idosos do GP, onde os homens percebem mais apoio material disponível do que as mulheres do mesmo grupo. Já em estudo anterior (ROBLES et al., 2000), com 40 idosos da cidade de Guadalajara (México), observou que as mulheres, além de terem redes sociais maiores, recebiam mais apoio social que os homens. Contudo, em outro estudo, com 507 idosos com idade média de 72,2 (DP=4,7) anos, não foram observadas diferenças entre os gêneros em relação à percepção de apoio social disponível (LEUNG et al., 2007). Entretanto, diversos estudos (STOKES; WILSON, 1984; OLSON; SHULTZ, 1994; DUE et al., 1999; MATUD et al., 2003) confirmam a existência de diferenças entre os gêneros tanto na estrutura quanto na funcionalidade das redes sociais, refletindo-se em diferenças em diversas medidas de apoio social. Porém, existem, ainda, resultados conflitantes sobre qual gênero se beneficiaria mais do apoio social recebido (RODRIGUES-LAZO; ZUNZUNEGUI; OTERO, 2007).

Em relação aos resultados do presente estudo é possível que a maior percepção de apoio social material disponível tenha ocorrido em função dos diferentes comportamentos relacionados aos estereótipos sexuais, sendo os femininos marcados pela expressividade e os masculinos pela instrumentalidade (MATUD et al., 2003). Experiências na socialização também podem contribuir para a ocorrência de tais diferenças. A socialização masculina é mais centrada na autonomia e na independência, e a feminina na expressividade, no apoio e na intimidade (OLSON; SHULTZ, 1994; SHYE et al., 1995; MATUD et al., 2003). Entretanto, ressalta-se que essas diferenças podem ser moderadas por papéis e ocupações sociais, porém, esta evidência não está completa e mais estudos se fazem necessários (MATUD et al., 2003).

Em relação ao estado civil, neste estudo, os idosos do GNP que tinham cônjuge perceberam maior disponibilidade de apoio emocional e total, e também mais contatos íntimos. O estudo de Robles et al. (2000) identificou que idosos casados, em comparação a viúvos e solteiros, recebiam uma maior quantidade de apoio social e tinham uma maior rede de relações. Já na pesquisa de Rosa et al. (2007), com dados da pesquisa SABE, foi observada associação entre o estado civil e o apoio social recebido e prestado, porém, apenas para os homens, sendo os casados os mais beneficiados. Estes resultados parecem encontrar subsídios em observações de Due et al. (1999), em investigação com 2.001 pessoas com idades entre 25 e 70 anos, que indicaram que os homens reportaram ter a esposa como suas confidentes e provedoras de apoio emocional.

Outro aspecto relacionado ao estado civil foi a funcionalidade familiar, para a qual, de forma interessante, os maiores níveis de disfuncionalidade familiar foram associados aos idosos que relataram ter cônjuge. Este resultado pode derivar da

importância que o cônjuge apresenta para a estabilidade e satisfação com os relacionamentos, sendo que o suporte provido pelo parceiro pode beneficiar o bem-estar físico e mental do cônjuge (LAWRENCE et al., 2008). Contudo, com a aposentadoria, nem sempre a família está preparada para receber o aposentado (acostumado ao trabalho fora de casa e que, muitas vezes, não se adapta às atividades da vida doméstica), gerando conflitos e sofrimento (BOTH; PORTELLA; BOTH, 1994). Com isso, os relacionamentos conjugais podem tornar-se um peso para os idosos, especificamente para as mulheres que podem se sentir sobrecarregadas e ressentidas, em função dos maridos quererem, agora, controlá-las e interferirem em suas rotinas (SLUZKI, 2000).

O fato da maioria dos idosos desta pesquisa ser composta por mulheres contribui para a aceitação deste argumento. Como observado, há mais de cem anos, pelo grande sociólogo Émile Durkheim (1978), o casamento não teria o mesmo efeito protetor para as mulheres como tem para os homens.

No que se refere aos arranjos domiciliares, morar só foi relacionado a uma menor rede de apoio social quando comparado àqueles que moram com cônjuges e filhos e/ou netos, ou apenas com filhos e/ou netos, entre os idosos do GNP. A coabitação com filhos parece ser peça chave para a percepção de apoio dos idosos, influenciando tanto a estrutura quanto a função das redes de apoio (ROSA et al., 2007). Todavia, outros estudos não identificaram diferença na rede social de idosos em relação aos arranjos domiciliares (ROBLES et al., 2000; MICHAEL et al., 2001).

Ressalta-se, por sua vez, que um menor tamanho da rede social não necessariamente significa menos recepção de apoio social. De fato, existe evidência que reduções no tamanho da rede social de idosos pode ser compensado por aumento no apoio das relações remanescentes, e naquelas mais íntimas (GLASS et

al., 1997; DUE et al., 1999), como por exemplo: a morte do cônjuge pode fazer com que os filhos se tornem mais provedores de cuidados e apoio.

Em relação à renda familiar mensal, observa-se neste estudo que ela foi proporcionalmente correlacionada à percepção de apoio social disponível em diversas dimensões (material, afetivo, emocional e interação social positiva) e no apoio total para os idosos do GNP. Estudos (TURNER; MARINO, 1994; ROSA et al., 2007) observaram associação entre a renda e o apoio social em idosos, sendo que os estratos inferiores de renda foram associados a piores níveis de apoio. Também, parece que idosos em classes sociais mais altas se beneficiam mais dos efeitos protetores do apoio social sobre o risco de morte do que idosos em classes sociais menos privilegiadas (KRAUSE, 1997).

Outro aspecto sócio-demográficas relacionado à rede social dos idosos neste estudo foi a escolaridade. Esta, foi positivamente relacionada ao número de contatos íntimos. Em pesquisa sobre a associação entre apoio emocional, escolaridade e autopercepção de saúde, realizado com dados de 22 países europeus, com uma amostragem de 36.263 pessoas com idades acima de 25 anos, foi verificada associação entre escolaridade e apoio emocional sendo que pessoas com níveis educacionais mais altos (ensino médio e superior) tinham uma maior probabilidade de terem um confidente (KNESEBECK; GEYER, 2007). Apesar das diferenças culturais e sociais entre os países europeus e o Brasil, acredita-se que a observação feita no estudo de Knesebeck e Geyer (2007), no que se refere à associação da escolaridade com a presença de confidente, possa explicar, em parte, a relação observada no presente estudo. Destaca-se a necessidade de mais estudos nacionais que abordem este tema.

Além dos aspectos sócio-demográficos, também a auto-avaliação do estado de saúde foi associada à percepção de apoio social disponível. Estudos (MELCHIOR et al., 2003; KNESEBECK; GEYER, 2007) confirmaram a existência de associações entre o apoio social e a auto-avaliação da saúde. Essa relação tem sido objetivo de diversos estudos (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; BERKMAN et al., 2000; MELCHIOR et al., 2003; ZUNZUNEGUI et al., 2004; WIJNDAELE et al., 2007; KNESEBECK; GEYER, 2007), e as possíveis vias de ação do apoio social sobre a saúde seriam: a promoção de comportamentos saudáveis, mecanismos psicológicos e fisiológicos (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; BERKMAN et al., 2000).

Outra variável analisada nesta investigação, e que apresentou relevantes relações com as características da rede social (estruturais, apoio social e funcionalidade familiar) dos idosos de ambos os grupos (GP e GNP) foi o nível de estresse.

Inicialmente foi observada diferença significativa entre homens e mulheres para os idosos do GP, com as mulheres relatando mais estresse do que os homens. No estudo de Castillo et al. (2008) foi observada diferença na percepção de estresse entre homens e mulheres. Os autores explicam esta diferença em virtude de que, em muitas sociedades ocidentais, cabe à mulher o papel de mediadora dos problemas familiares e provedora de apoio e cuidado ao cônjuge, filhos e outros familiares, o que faz com que ela tenha mais contato com situações preocupantes.

Quanto ao nível de estresse dos idosos do GP e GNP, não foi observada diferença no nível de estresse entre os grupos. Este fato é relevante para este estudo, pois, a percepção de apoio social parece ser influenciada pelo estresse (DOHRENWEND et al., 1984 *apud* MATUD et al., 2003). Assim, as chances de

ocorrerem vieses nas diferenças observadas na percepção de apoio social entre os grupos, neste estudo, tornam-se reduzidas.

Mesmo assim, o nível de estresse dos idosos de ambos os grupos (GP e GNP) foi associado à percepção de apoio social, sendo inversamente proporcional a todas as categorias de apoio social analisadas para os idosos do GP e, também, inversamente proporcional ao apoio afetivo e ao apoio total disponível para os idosos do GNP. Na literatura encontram-se estudos que confirmam a associação entre apoio social e estresse (CASSEL, 1976; LEPORE; ALLEN; EVANS, 1993; UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; BERKMAN *et al.*, 2000). Para Due *et al.* (1999), reduções na percepção de apoio emocional e material (financeiro), podem ocorrer com o avançar da idade e, geralmente, parecem estar relacionadas a diversos eventos estressores que ocorrem na vida do idoso.

Além disso, a redução das redes sociais e a mudança dos papéis sociais associados ao envelhecimento parecem ser importantes estressores para o idoso (GREENBERG, 2002). Corroborando tal afirmação, no presente estudo o nível de estresse foi inversamente proporcional ao tamanho da rede de apoio social dos idosos do GP.

Ainda, neste estudo, a funcionalidade familiar também foi associada ao nível de estresse dos idosos. Para os idosos do GNP todas as dimensões da funcionalidade familiar foram inversamente proporcionais ao estresse, enquanto que para os idosos do GP esta associações ocorreu para a classificação da funcionalidade familiar e a satisfação com o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade resolutiva. O ambiente familiar é relacionado ao estresse (MCRAE; SHERRY; ROPER, 1999), estando os problemas familiares entre os eventos estressantes mais relatados por idosos (CASTILLO *et al.*, 2008).



Destacam-se agora as comparações das características de rede social (estruturais, apoio social e funcionalidade familiar), de idosos participantes de um programa de atividades físicas e não participantes (GP e GNP respectivamente).

No que se refere às características estruturais das redes de apoio social dos idosos, não foram observadas diferenças entre os grupos (GP e GNP) no tamanho e na proximidade (número de contatos íntimos, meio íntimos e pouco íntimos) destas redes. A rede de apoio social de um indivíduo é formada por aquelas relações que o indivíduo tem como significativas e diferenciadas das outras relações cotidianas. Para pessoas idosas estas relações significativas geralmente são com membros da família e, menos freqüentemente, com amigos e vizinhos mais próximos (SLUZKI, 2000). Assim, parece que as relações formadas durante as sessões do programa de exercícios físicos, pelos idosos do GP, talvez por serem vínculos mais recentes, não integrem à rede de apoio social ou rede de relações significativas destes idosos. Este fato foi observado em outro estudo (CHRISTENSEN et al., 2006), com adultos, no qual as relações sociais formadas durante sessões de atividade física orientada permanecerem relacionadas apenas às sessões de atividade física, não sendo consideradas relações significativas.

Outro aspecto estrutural das redes de apoio social dos idosos que não se diferenciou entre os grupos foi a composição destas redes. Em ambos os grupos (GP e GNP), familiares e amigos foram os principais componentes dessas redes. Em idosos observa-se que as redes sociais são, na maioria dos casos, compostas principalmente, quando não unicamente, por familiares e amigos (SLUZKI, 1997; MIGUEL; FORTES, 2005; PAULA-COUTO; NOVO; SANCHEZ-SOARES, 2008).

Neste estudo, observou-se diferença, na estrutura das redes, apenas no número de contatos disponíveis para tarefas específicas. Neste ponto, os idosos do

GP relataram ter significativamente mais pessoas disponíveis para auxiliá-los nas tarefas diárias e para pedir auxílio financeiro, o que se acredita ser reflexo de diferenças na funcionalidade familiar<sup>4</sup>. As diferenças na funcionalidade familiar serão abordadas adiante.

A maioria das características estruturais das redes de apoio social dos idosos foi relacionada à percepção da disponibilidade de apoio social. Estas relações não foram observadas apenas para o número de contatos meio íntimos (GP) e de contatos pouco íntimos (GNP). Segundo Bowling (1997) quanto maior o número de relacionamentos, maior a probabilidade de receber mais apoio. Contudo, o mesmo autor indica que ter mais contatos sociais não é garantia de mais apoio. Esta afirmativa é confirmada por outros estudos na literatura (KOUKOULI; VLACHONIKOLIS; PHILALITHIS, 2002) que indicam que é a qualidade, e não a quantidade dos relacionamentos que garante a recepção de apoio social.

Em relação à percepção de apoio social, foram observadas diferenças significativas na percepção de apoio social disponível tanto no total quanto nas diferentes dimensões (excetuando-se o apoio material) entre os idosos do GP e GNP. Os resultados indicaram que os idosos engajados socialmente no programa de atividades físicas relataram perceber mais apoio: afetivo, emocional, informativo, de interação social positiva e total.

Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que demonstram haver associação entre o apoio social e a atividade física (GILETTE, 1988; TREIBER et al., 1991; DISHMAN; SALLIS, 1994; EYLER et al., 1999; GRIEP et al., 2005; CHRISTENSEN et al., 2006; WIJNDAELE et al., 2007; MUMMERY et al., 2008).

---

<sup>4</sup> Percebeu-se durante as coletas de dados que os familiares são os mais referidos para estes tipos de apoio.

O caráter transversal deste estudo não permite que inferências temporais e causais sejam realizadas para a relação entre o apoio social e a participação no programa de exercícios físicos. Entretanto, acredita-se que a prévia recepção, ou percepção de mais apoio social disponível faz com que as pessoas tenham uma maior facilidade para aderir a programas de atividades físicas (EYLER et al., 1999; WIJNDAELE et al., 2007). Todavia, é preciso cautela nesta interpretação, pois, é plausível que indivíduos inativos fisicamente tenham menos oportunidades de participar socialmente (MUMMERY et al., 2008).

Em estudo de base populacional, que avaliou 2.790 mulheres americanas com 40 anos ou mais de idade, foi observado que mulheres com pouco ou sem nenhum apoio social tinham maiores chances de serem sedentárias ou insuficientemente ativas fisicamente do que aquelas que recebiam mais apoio social (EYLER et al., 1999). Para esses autores receber apoio social, voltado especificamente para a participação em atividades físicas, é um fator motivacional para o início do engajamento e aumento nos níveis de atividades física.

Também, dado o efeito tampão do apoio social sobre os efeitos do estresse no organismo, indivíduos com maior percepção de apoio social tenderiam a sentirem menos estresse e com isso participariam mais em atividades e exercícios físicos. Esta seria uma via de ação indireta do apoio social sobre a participação em programas e práticas de atividades físicas. A motivação para a participação nestes programas também poderia ser explicada por outros mecanismos psicossociais como a influência pessoal. Estes, por sua vez, fariam parte de uma via de ação direta do apoio social sobre a saúde, na qual as relações sociais beneficiariam comportamentos saudáveis (ex.: atividade física) por meio de mecanismos, como o

controle social e a influência pessoal, que levariam a estados psicológicos positivos e resultariam em maior motivação para o auto-cuidado (WIJINDALE et al., 2007).

Esse fato pode ser observado no estudo de Eyler et al. (1999), no qual as mulheres que recebiam mais apoio social específico para atividades físicas demonstraram 1,3 vezes mais chances de praticarem ao menos 150 minutos de atividades físicas de lazer por semana e 1,5 vezes mais chances de acumularem ao menos 300 minutos de atividade física total por semana do que aquelas que recebiam menos ou nenhum apoio social. Estes resultados reforçam o entendimento da relevância do apoio social para a participação em práticas de atividades físicas.

O apoio social parece ser um dos fatores determinantes da atividade física (EYLER et al., 1999) e, de forma geral e em algum grau, o apoio provido pela família e amigos tem sido consistentemente associado à atividade física (TREIBER et al., 1991; EYLER et al., 1999).

O apoio social provido por familiares e amigos parece ser importante para a adoção de um estilo de vida ativo (RAKOWISK, 1988; KING et al., 1990). Também, para alguns grupos de pessoas, o simples contato social que ocorre durante as aulas em programas de exercícios físicos parece ser importante para a manutenção e incremento na participação nestes programas (GILETTE, 1988). Este aspecto social do grupo de atividade física é um fator motivante para a aderência e permanência nestas práticas (CLARK, 1996 *apud* EYLER et al., 1999). Já para Eyler et al. (1999), o importante seria o simples fato de receber mais apoio social, independente da fonte (família, amigos, grupo).

Com o passar da idade, torna-se importante manter-se engajado e participativo socialmente (SIRVEN; DEBRAND, 2008). A participação social em programas de atividades físicas, por ser usualmente um processo em grupo,

contribui para a manutenção da rede social (MAZO, 2008) e reestruturação da mesma (SHEPHARD, 2003). Estes programas facilitam atividades sociais regulares e interações entre o grupo, que podem enaltecer estes vínculos sociais e proteger contra o isolamento e o desânimo (WALSH, 1998 *apud* SLUZKI, 2000). Além disso, pessoas que participam de atividades sociais em grupo tendem a ser mais apoiadas e menos vulneráveis ao isolamento e a problemas de saúde (HELMINEN et al., 1995).

O fato de participar socialmente, seja em programas de atividade física, seja uma participação comunitária, é benéfico para os indivíduos. O envolvimento comunitário parece possuir uma associação significativa com a atividade física (GREINER et al., 2004). Essa participação social, somada a outras estruturas sociais, tais como confiança, normas e redes sociais, favorecem ações coletivas de indivíduos que beneficiam ambos, indivíduos e grupo, e ampliam o capital social destes (PUTNAM, 1993 *apud* MUMMERY et al., 2008). O capital social pode ser entendido como os recursos disponíveis para os indivíduos por meio das conexões e relações sociais com os outros (CANNUSCIO; BLOCK; KAWACHI, 2003).

O capital social apresenta relações com a atividade física (GREINER et al., 2004; MUMMERY et al., 2008) e com o envelhecimento bem-sucedido (ARVE et al., 2009). Mummery et al. (2008) ao medir o capital social, controlando por idade e escolaridade, verificaram que os indivíduos que estavam nos dois mais altos quartis do capital social eram menos prováveis (57% e 67% respectivamente) de serem inativos fisicamente do que os indivíduos que estavam no quartil inferior da medida de capital social. Esses autores utilizaram uma medida de capital social baseada em dimensões da rede, do apoio e da participação social, medidas compatíveis com a do presente estudo.

Visto a importância da percepção de apoio social para a participação social de pessoas idosas em programas de atividades físicas, destaca-se agora a funcionalidade familiar dos idosos deste estudo. Acredita-se que as diferenças observadas na funcionalidade familiar entre os grupos (GP e GNP) possam explicar, ao menos em parte, as diferenças nas percepções de apoio social disponível entre estes grupos.

Os resultados deste estudo indicaram que os idosos participantes do programa de atividades físicas (GP) apresentaram melhor funcionalidade familiar do que seus pares não-participantes (GNP), além de estarem mais satisfeitos com a adaptação e com o desenvolvimento familiar.

A família pode ser compreendida como um sistema baseado nas relações interpessoais e que se modifica com o passar do tempo, influenciado pelos conflitos e transformações de seus membros e da sociedade na qual está inserida. Neste sistema, todos os membros desempenham funções e papéis para seu bom funcionamento, dos quais destacam-se: o prover e o cuidar (BRASIL, 2006).

Em um sistema familiar funcional, os conflitos e situações críticas são enfrentados com recursos próprios, buscando-se a estabilidade emocional e a adequada resolução do problema (BRASIL, 2006). Já um sistema familiar disfuncional é caracterizado pela falta de comprometimento com a manutenção do sistema, vínculos superficiais e instáveis, e alto grau de agressividade entre os membros. O idoso, quando inserido em um sistema familiar disfuncional, pode estar sujeito à exclusão social dentro da própria família. Frequentemente o idoso é afastado do meio familiar, ou seja, institucionalizado, por ser considerado um problema para a família. Também, o idoso pode ser privado, ou receber menos apoio social da família pelo fato dos familiares se afastarem para não se envolverem

e por considerarem que os problemas do idoso não lhes dizem respeito (BRASIL, 2006).

Os resultados deste estudo indicaram que os idosos não participantes do programa de atividades físicas (GNP) relataram ter significativamente menos pessoas para lhes ajudarem em suas tarefas diárias e, também, em quem confiar para pedir auxílio financeiro. Este fato talvez esteja associado a um ambiente familiar menos funcional, uma vez que, para os idosos, a família é a grande fonte de suporte material (instrumental e financeiro) (AGNEESSENS; LIEVENS, 2006).

Além disso, os idosos do GNP relataram uma maior insatisfação com a adaptação familiar quando comparados aos idosos do GP. Conceitualmente, a adaptação familiar diz respeito à assistência recebida quando se é necessário, em situações de estresse e resolução de problemas (BRASIL, 2006), e este conceito aproxima-se do conceito de apoio social. Este fato parece, em parte, explicar as diferenças na percepção de apoio social disponível entre os idosos de ambos os grupos (GP e GNP) do presente estudo.

Outra diferença significativa entre os idosos de ambos os grupos (GP e GNP) deste estudo foi observada no desenvolvimento familiar. Este se refere à liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional e alcance da maturidade de seus membros. É a forma da família auxiliar no desenvolvimento de seus membros por meio da provisão de apoio, auxílio e orientações mútuas para a mudança de papéis e início de novas atividades (BRASIL, 2006).

Neste ponto, acredita-se que o desenvolvimento familiar possa ser uma dimensão de destaque para a aquisição de um estilo de vida ativo e no encorajamento do idoso para participar de atividades sociais, dentre as quais a

participação em grupos de atividades físicas. A diferença observada, no presente estudo, entre os idosos do GP e do GNP para esta dimensão da funcionalidade familiar parece corroborar com tal reflexão. Assim, talvez, por estarem mais satisfeitos com o desenvolvimento familiar e inseridos em uma família mais funcional, os idosos do GP tenham aderido ao programa de atividades físicas.

Em estudo realizado por Rakowski (1988), foi observado que o ambiente familiar era peça chave para o sucesso de intervenções que visavam modificar práticas de saúde, sendo que o apoio provido pelas famílias foi considerado um fator fortalecedor destas intervenções. Com isso, acredita-se que esta dimensão da funcionalidade familiar, o desenvolvimento familiar, seja fundamental para a participação social de idosos.

Assim, dada a importância da família para os idosos, uma vez que com o envelhecimento as relações com a família tornam-se essenciais, quando não únicas (MIGUEL; FORTES, 2005), acredita-se que as diferenças observadas na funcionalidade familiar possam ser meios para se explicarem as diferenças na percepção de apoio social disponível entre os idosos dos grupos (GP e GNP) analisados na presente pesquisa.

Os familiares, especialmente os mais próximos ao indivíduo, são importantes para a provisão de apoio emocional e para os diferentes tipos de apoio instrumental (AGNEESSENS; LIEVENS, 2006). Os resultados do presente estudo vão ao encontro desta afirmação. Para os idosos, ter um sistema familiar funcional foi relacionado a uma maior percepção de apoio emocional (GNP), afetivo (GP e GNP) e total (GNP).

Dentre as dimensões da funcionalidade familiar que se diferenciaram entre os idosos dos GP e GNP, e que mais se relacionaram à percepção de apoio social



disponível, destaca-se o desenvolvimento familiar. Para esta dimensão, a maior satisfação foi relacionada à maior percepção de apoio emocional, afetivo, de interação social positiva e apoio total disponível aos idosos do GNP. Já para os idosos do GP, foi relacionada à percepção de apoio material, afetivo e total.

Outras dimensões da funcionalidade familiar relacionarem-se à percepção de apoio social. Estar mais satisfeito com o companheirismo familiar foi associado à maior percepção de apoio emocional, afetivo e total, para os idosos do GNP. Para a dimensão da afetividade familiar, estar mais satisfeito relacionou-se à maior percepção de apoio emocional, de interação social positiva e apoio total, para os idosos do GNP, e com a maior percepção de apoio material, afetivo, informativo e total para os idosos do GP. Por fim, a maior satisfação com a capacidade resolutiva da família foi vinculada à maior percepção de apoio afetivo disponível para os idosos do GNP.

O companheirismo familiar pode ser entendido como a capacidade da família em compartilhar decisões, responsabilidades e ações de maneira a proteger e sustentar seus membros, sendo assim caracterizado como *“a satisfação dos membros familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas”* (BRASIL, 2006; p.169). A afetividade familiar representa a relação afetiva e o cuidado entre os membros da família, caracterizando-se como a satisfação com a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar. A outra dimensão refere-se à capacidade resolutiva familiar, que pode ser entendida como o compromisso dos membros familiares de se dedicarem uns aos outros com objetivo de fortalecimento mútuo. Caracteriza-se como a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles (BRASIL, 2006).

Diante disso, observa-se que para os idosos do GNP, a percepção de apoio social parece estar mais dependente das relações familiares e do ambiente familiar do que para os idosos do GP.

Em função das alterações sociais derivadas do processo de envelhecimento, as pessoas de mais idade tendem a, cada vez mais, recolherem-se às relações familiares – as quais trazem consigo histórias de compromisso, lealdade, dívidas e paixão (SLUZKI, 1997). Com isso, as relações conjugais tornam-se mais centrais, especialmente para os homens, enquanto as relações com os filhos destacam-se para as mulheres (SLUZKI, 2000). Com a redução da rede social associada ao envelhecimento, estas relações são realçadas, quando não sobrecarregadas (SLUZKI, 1997).

Assim, acredita-se que a maior participação social (ao menos em atividades formais) dos idosos do GP faça com que suas relações familiares sejam menos sobrecarregadas pelo fato destes idosos sentirem-se integrados a um grupo e estarem em contato com pessoas diferentes.

A participação social em grupos voltados a idosos (de convivência, religiosos e de atividades físicas, etc.) parece contribuir para o processo de elevação da auto-estima e superação de sensações negativas, como a de inutilidade, contribuindo para melhor integração com familiares e resgate de valores pessoais e sociais (MIGUEL; FORTES, 2005).

Desta forma, participar socialmente em grupos com indivíduos do mesmo estrato etário, faz com que os idosos enfrentem o envelhecimento e o viver a velhice de forma diferenciada, com sentimentos positivos e mais satisfação com a vida (MIGUEL; FORTES, 2005; CASTIGLIA; PIRES; BOCCARDI, 2006). Manter vínculos com pessoas da mesma geração é salutar, pois, possibilita compartilhar lembranças

de acontecimentos e histórias que constituem parte da história pessoal destes indivíduos. Por meio destes vínculos restauram-se a identidade, os papéis e funções sociais (SLUZKI, 1997).

Diante disso, a participação social, uma vez facilitadora desses vínculos, possibilita o estabelecimento de trocas e o compartilhamento de experiências que ajudam a apontar alternativas e soluções para problemas e outras situações cotidianas, tornando a vida mais proveitosa (DEL POZZO, 2001).

Por outro lado, um idoso com menor participação social, ou mais isolado socialmente, além de (e em virtude de) possuir maiores riscos de mortalidade (SHYE et al., 1995; KRAUSE, 1997; AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; SATO et al., 2008; ARVE et al., 2009) e morbidade (CAPITANINI, 2000; ZUNZUNEGUI; BÉLAND; OTERO 2001; MOOKADAM; ARTHUR, 2004; KURIAMA *et al.*, 2005; SAITO; SAGAWA; KANAGAWA, 2005), corre o risco de vivenciar relações sociais no seio familiar de menor qualidade. Estes idosos, por necessitarem de mais cuidados de seus familiares e, por vezes, serem acolhidos nas residências dos filhos, podem vivenciar uma série de conflitos com outros membros familiares (MIGUEL; FORTES, 2005).

Nessas situações, tanto os familiares quanto os próprios idosos indicam que muitas das dificuldades nas suas relações estão mais ligadas ao lidar com as doenças e limitações físicas do que com o processo de envelhecimento em si (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Tais problemas causam uma grande sobrecarga física e emocional aos membros familiares, até porque este processo é envolto por histórias pessoais e coletivas daquela família (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Com isso, pode ocorrer um distanciamento entre os membros da família, e a redução de trocas e de demonstrações de carinho, o que pode favorecer o

surgimento de sentimentos negativos no idoso (inutilidade, tristeza, etc.) (MIGUEL; FORTES, 2005).

Essa, por assim dizer, exclusão social do idoso dentro do ambiente familiar pode contribuir para a ocorrência de quadros de violência e maus-tratos contra o idoso. De forma alarmante, Sanches, Lebrão e Duarte (2008) indicam que independente dos locais de realização dos estudos sobre a violência contra o idoso, quase sempre há indícios do envolvimento familiar na situação. Estas autoras referem que muitos os casos de omissão ou negligência ocorrem pela exclusiva falta de orientação adequada dos familiares. Dentre os fatores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos estão: ter relações familiares desgastadas e estar isolado socialmente (KRUG et al., 2002). Desta forma, os vínculos familiares são importantes meios de prevenção da ocorrência de situações de violência contra esses idosos (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Diante do exposto, acredita-se que a participação social dos idosos no programa de atividades físicas contribua para restauração de papéis e funções sociais e para a formação de vínculos sociais que, por mais que não integrem a rede de apoio social dos idosos, propiciam trocas sentimentais e o compartilhamento de histórias, problemas e de situações cotidianas. Isto poderia, por sua vez, diminuir as sobrecargas emocionais, afetivas e, até mesmo, físicas das relações significativas (familiares, amigos próximos, etc.), e implicaria em uma melhor funcionalidade familiar. Este melhor funcionamento familiar contribuiria, então, para a maior percepção de apoio social disponível relatada por estes idosos.

Destaca-se então, a importância do ambiente e da funcionalidade familiar para os idosos. Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) reconhecer a dinâmica familiar, por meio de sua funcionalidade, possibilita que sejam detectadas

disfunções e, por sua vez, proporciona intervenções que busquem o re-equilíbrio dessa estrutura e a melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso. Isto permite, também, entender melhor os efeitos que as relações sociais exercem sobre a saúde (LEUNG et al., 2007).

Destaca-se, também, o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo e, que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa, além de maior aceitação desta na sociedade (BRASIL, 2006).

Em uma perspectiva de promoção de saúde, dada a relação entre atividade física e saúde (VAN DER BIJ; LAURANT; WENSING, 2002; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; BRASIL, 2006), a associação entre as relações sociais e o sedentarismo sugere um foco de intervenção alternativo para a saúde pública (MUMMERY et al., 2008). Assim, desenvolver ambientes e relações provedoras de apoio social para a promoção de hábitos saudáveis, como a atividade física, deve fazer parte das propostas e intervenções de promoção de saúde (MUMMERY et al., 2008).

É necessário salientar que a pessoa idosa precisa viver ativamente, participando socialmente e mantendo-se em contato com outras pessoas, seja da mesma idade, seja de outros grupos etários, que permitam estabelecer laços afetivos e reestruturar sua rede de apoio social.

## 7. CONCLUSÕES

Os idosos integrantes do GP e do GNP demonstraram-se semelhantes em todas as variáveis sócio-demográficas avaliadas neste estudo, não sendo observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para estas variáveis.

É importante destacar, dentre estes resultados, as condições de baixa escolaridade e renda mensal às quais a maior parte dos idosos de ambos os grupos estavam sujeitos. O direito de envelhecer dignamente perpassa por ter uma renda digna, segurança, cuidados adequados e mecanismos que permitam ao idoso interagir com a sociedade e com os outros, pois só assim é possível alcançar (e vivenciar) o envelhecimento de forma bem-sucedida.

Em relação às condições de saúde, os idosos do presente estudo apresentam prevalência de duas ou mais doenças, destacando-se a hipertensão, as doenças osteomioarticulares, a diabetes entre outras. Estas doenças caracterizam-se por serem agravos crônico-degenerativos e estão entre as mais prevalentes na velhice. Esforços devem, cada vez mais, direcionar-se para que as pessoas adotem práticas sanitárias, hábitos e estilos de vida mais saudáveis durante sua vida, para que assim vivenciem uma velhice sem o peso (ou com uma menor carga) das comorbidades.

Provavelmente devido ao acometimento por estas doenças, os idosos estudados apresentaram um consumo de medicamentos similar ao de outros idosos da região sul do Brasil, estando este consumo dentro de uma média referenciada na literatura para indivíduos idosos. A autopercepção da saúde também corroborou com dados de outros estudos, nos quais esta percepção dos idosos tende a ser classificada de regular a boa.

No que se refere ao nível de estresse, os idosos de ambos os grupos (GP e GNP) não apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando que os idosos destes grupos tem uma percepção de estresse similar. Ainda, com base nas médias dos idosos de ambos os grupos (GP e GNP) a percepção de estresse é moderada a leve. Todavia, ressalta-se a falta de um ponto de corte específico para os resultados da escala utilizada para avaliar o estresse percebido.

O nível de estresse apresentou relações com as características das redes de apoio social dos idosos (apoio social, características estruturais e funcionalidade familiar). Para os idosos do GP, quanto maior a percepção de estresse menor foi a percepção de apoio social disponível em todas as dimensões avaliadas neste estudo. Também, quanto mais estresse percebido menor o tamanho da rede de apoio e pior funcionalidade familiar, sendo que nesta última os idosos mais estressados mostraram-se mais insatisfeitos com o desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva familiar. No GNP, os idosos com maiores níveis de estresse apresentaram uma menor percepção de apoio afetivo e total disponíveis, bem como uma pior funcionalidade familiar e, também, mostraram-se insatisfeitos com todas as dimensões (adaptação, desenvolvimento, afetividade, companheirismo e capacidade resolutiva) da funcionalidade familiar.

Também, a idade, o gênero, a autopercepção da saúde, a escolaridade, o estado civil, os arranjos domiciliares e a renda familiar mensal apresentaram relações com as características das redes (apoio social, características estruturais e funcionalidade familiar) dos idosos de ambos os grupos.

Para os idosos do GP ser mais velho e ter piores classificações de seu estado de saúde foram relacionadas à menor percepção de apoio de interação social positiva. Ser mulher relacionou-se a perceber menos apoio material disponível. Ainda, a maior escolaridade foi positivamente relacionada a um maior número de contatos íntimos. E ter cônjuge foi relacionado a uma pior funcionalidade familiar

Já para os idosos do GNP, quanto menor a renda familiar mensal, menor a percepção da disponibilidade do apoio material, emocional, afetivo, de interação social positiva e total. Ter cônjuge foi relacionado a maior percepção do apoio emocional e total, bem como a ter mais contatos íntimos. Morar só, para estes idosos, apresentou relação com menor rede de apoio social.

Nenhuma variável de condição de saúde foi relacionada às características estruturais das redes sociais ou à funcionalidade familiar dos idosos de ambos os grupos.

Neste estudo, não foram observadas diferenças nas características estruturais (tamanho, proximidade dos contatos e composição da rede) das redes de apoio social dos idosos. Porém, diferenças significativas foram encontradas nas características funcionais das redes de apoio social. Os idosos engajados socialmente no programa de atividades físicas (GP) apresentaram redes mais funcionais, com mais contatos disponíveis para auxílios específicos (material e financeiro), maior percepção de apoio social disponível e, também, um sistema familiar mais funcional.



No que concerne à percepção de apoio social disponível, os resultados deste estudo indicaram que os idosos engajados socialmente no programa de atividades físicas (GP) perceberam maior disponibilidade de apoio nas seguintes dimensões: afetivo, emocional, interação social positiva, informativo e apoio total. Este resultado encontra respaldo na literatura especializada, que indica o apoio social como um dos determinantes da prática de atividades físicas.

No que diz respeito à funcionalidade familiar, os idosos participantes do programa de atividades físicas (GP) apresentaram melhor funcionalidade familiar do que seus pares não-participantes (GNP). Somando-se a isso, os idosos do GNP relataram-se menos satisfeitos com a adaptação e com o desenvolvimento familiar, duas importantes dimensões da funcionalidade familiar, conceitualmente relacionadas ao apoio social e ao encorajamento para novas atividades.

A percepção da disponibilidade de apoio social se relacionou tanto com as características estruturais das redes quanto com a funcionalidade familiar. Inicialmente, a percepção de apoio social disponível também apresentou relações com as características estruturais da rede de apoio social dos idosos. Para os idosos do GP, o tamanho, o número de contatos íntimos e pouco íntimos, e o número de contatos disponíveis para companhia social e auxílio nas tarefas diárias, em cuidados pessoais e financeiro foram positivamente relacionados à percepção de apoio. Para os idosos do GNP, observaram-se relações proporcionais com todas as características da rede de apoio excetuando-se o número de contatos pouco íntimos.

A funcionalidade familiar relacionou-se com a percepção de apoio social dos idosos de ambos os grupos. Para os idosos do GP, observou-se relação, apenas, com o apoio afetivo. Já para os idosos do GNP, a percepção de apoio social variou

de acordo com a classificação da funcionalidade familiar para os apoios afetivo, emocional e total.

Para os idosos do GNP, observaram-se diferenças significativas na percepção dos tipos apoio social (citados acima) de acordo com a satisfação dos idosos com o companheirismo, o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade resolutive de suas famílias.

A percepção do apoio social afetivo variou de acordo com a satisfação dos idosos no companheirismo, desenvolvimento e capacidade resolutive familiar. Já a percepção de apoio social emocional variou de acordo com a satisfação em relação à afetividade familiar e, também, com o desenvolvimento e o companheirismo da família. A percepção de apoio total disponível variou de acordo com o grau de satisfação com o companheirismo, o desenvolvimento e com a afetividade familiar. Ainda em relação aos idosos do GNP, foram observadas diferenças na percepção de interação social positiva de acordo com a satisfação com o desenvolvimento familiar e com a afetividade da família.

Para os idosos do GP, participantes do programa de atividade física, apenas duas dimensões da funcionalidade familiar relacionaram-se com a percepção de apoio social. Para estes idosos a satisfação com o desenvolvimento familiar foi relacionada à percepção de apoio social material, afetivo e total. Também, a satisfação com a afetividade familiar apresentou relação com o apoio social material, afetivo, informativo e total.

Desta análise, observou-se que a funcionalidade familiar, analisada de forma geral ou de acordo com suas dimensões, ter relação com a percepção de apoio social destes idosos. Em ambos os grupos (GP e GNP) observaram-se relações indicativas de que a melhor funcionalidade, ou maior satisfação com a

funcionalidade familiar estão muito relacionadas à maior percepção de apoio social disponível dos idosos.

Em função disto, acredita-se, que a percepção de mais apoio disponível pelos idosos do GP esteja vinculada ao fato deste grupo apresentar uma prevalência de idosos em situações de disfuncionalidade familiar significativamente inferior ao GNP. Acredita-se que a maior participação social (ao menos em atividades formais) dos idosos do GP faça com que suas relações familiares sejam menos sobrecarregadas pelo fato destes idosos sentirem-se integrados a um grupo e estarem em contato com diferentes pessoas.

Diante do exposto, a participação social dos idosos no programa de atividade física parece contribuir para a restauração de papéis e funções sociais e para a formação de vínculos que, por mais de não façam parte das relações mais significativas dos idosos, propiciam trocas sentimentais e o compartilhamento de histórias, problemas e de situações cotidianas. Isto, por sua vez, contribuiria para diminuir a sobrecarga nas relações significativas (familiares, amigos mais íntimos, etc.), o que seria responsável por uma melhor funcionalidade familiar. Essa contribuiria, então, para a maior percepção de apoio social disponível relatada por estes idosos, visto que a família constitui a principal fonte de apoio social para idosos, e ambientes familiares mais equilibrados e funcionais, são marcados por solidariedade, respeito e apoio entre seus membros.

Todavia, ressalta-se que o caráter transversal deste estudo não permite conclusões causais e temporais, e assim outras hipóteses são plausíveis. Por exemplo, uma melhor funcionalidade familiar prévia poderia fazer com que os idosos tivessem uma maior sensação de disponibilidade de apoio social e, com isso, uma maior facilidade para aderir ao programa de atividade física (visto que o apoio social

é um determinante da atividade física). Também, o ambiente familiar mais equilibrado por si só poderia estimular os idosos a buscarem mais atividades sociais e físicas.

Ressalta-se que este estudo apresenta algumas limitações, tais como o design do estudo (transversal), a técnica de seleção e o “*n*” amostral e a utilização de questionários, que podem interferir na interpretação dos resultados e conclusões da presente pesquisa. Todavia, foram adotadas estratégias para a redução da ocorrência de vieses, como a realização das entrevistas de forma “cega”, sendo que os idosos não sabiam o objetivo nem de sua inserção em determinado grupo e também o treinamento dos entrevistadores.

## 7.1. RECOMENDAÇÕES

Destaca-se a importância do idoso manter-se participativo socialmente, pois o fato de pertencer a um grupo traz inúmeros benefícios psicossociais que podem contribuir tanto para o indivíduo quanto para uma melhor assistência do mesmo. Em uma perspectiva de promoção de saúde, dadas as relações entre saúde, atividade física e relações sociais, sugere-se este como um foco de intervenção alternativo para a saúde pública.

Com isso, recomenda-se que o desenvolvimento de ambientes favoráveis à formação de vínculos sociais e de relações provedoras de apoio social que, dentre outros benefícios, estimulem a promoção de hábitos saudáveis, como a atividade física, devem constar na agenda da atenção básica à saúde desta população.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis caminha na vanguarda da atenção básica no que concerne à sua promoção saúde. O programa Floripa Ativa além de ser um instrumento direto de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, destaca-se, também, por ser um agente de integração social e facilitador de relacionamentos para os idosos. Os idosos que participam desse programa beneficiam-se não apenas física e funcionalmente, mas, também, psicossocialmente.

Desta forma sugere-se que esforços sejam tecidos para que o programa Floripa Ativa seja ampliado a fim de atender uma maior população de idosos, e que outros municípios brasileiros possam utilizar-se destas estratégias para ampliar a atenção aos idosos e, com isso, beneficiar a sua saúde e qualidade de vida. Também, destaca-se que a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso e seus familiares deve ser incentivada, visto que é uma importante ferramenta para agregar mais qualidade ao atendimento aos idosos.

Sugere-se que estudos futuros sejam realizados para que se possam ampliar os conhecimentos acerca dos benefícios psicossociais da participação em um programa de atividade física. Estudos de caráter longitudinal são de extrema relevância para que se possa investigar como se dá o processo de reestruturação das redes sociais de idosos que iniciam sua participação nesse programas. Esses estudos devem ter uma amostra que possibilite a ampliação de inferências para a população. Também um maior controle das variáveis de confusão e interação, das quais destacam-se o gênero, o *status* social, e outras variáveis relacionadas à personalidade.

Também, é importante salientar que estudos futuros busquem o desenvolvimento de instrumentos para medir apoio social com melhores

características psicométricas, na tentativa de se criar um instrumento mais aceito no meio acadêmico e que permita melhor comparação entre os estudos.

Por fim, salienta-se que a pessoa idosa deve ser encorajada a viver ativamente, participando socialmente e mantendo-se em contato com outras pessoas, seja da mesma idade, seja de outros grupos etários, que permitam estabelecer laços afetivos e reestruturar a sua rede de apoio social.

## REFERÊNCIAS

ACSM – American College of Sports Medicine. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. 30(6): position stand, 1998. Disponível em: <<http://www.acsm-msse.org/pt/pt-core/template-journal/msse/media/0698b.htm>>. Acesso em: 26 mai. 2005.

AGNEESSENS, F.; WAEGE, H.; LIEVANS, J. Diversity in social support by role relations: A typology. **Social Networks**. 28: 427-441, 2006.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. Envelhecimento ativo: desafios dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. 2005. 246 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALVES, A.M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NEIR, A.L. (org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

ANDREOTTI, M.C.; OKUMA, S.S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. **Revista Paulista de Educação Física**. 17(2): 42-53, 2003

ARVE, S.; LAVONIUS, S.; SAVIKKO, N.; LEHTONEN, A.; ISOAHO, H. Social functioning and survival: A 10-year follow up study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 48: 137-141, 2009.

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(3): 557-581, 2004.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M.T.; HOLSTEIN, B.E. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. **Social Science & Medicine**. 47(5): 635-643, 1998.

BARROS, M.V.G.; REIS, R.S.; HALLAL, P.R.C.; FLORINDO, A.A. **Análise de Dados em Saúde**: demonstrando a utilização do SPSS. 2ed. Recife: EDUPE, 2005. 240 p.

BENEDETTI, T.R.B. **Atividade Física**: uma perspectiva de promoção de saúde do idoso no município de Florianópolis. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.T.; MOTA, J. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm**. 16(3): 387-398, 2007.

BENEDETTI, T.R.B.; PETROSKI, E.L.; GONÇALVES, L.H.T. Perfil do idoso do município de Florianópolis, SC: relatório final da pesquisa. Florianópolis: UFSC, 2004.

BERKMAN, L.F.; GLASS, T.; BRISSETTE, I.; SEEMAN, T.E. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social Science & Medicine**. 51: 843-857, 2000.

BIRD, S.P.; TARPENNING, K.M.; MARINO, F.E. Designing resistance training programmes to enhance muscular fitness: a review of the acute programme variables. **Sports Medicine**. 35(10): 841-851, 2005

BLAIR, S.N. Physical Inactivity: the major public health problem of the new millennium the evidence and strategies for change. **Caderno de Resumo do Congresso Desporto, Atividade Física e Saúde**: o contributo da ciência e o papel da escola. Porto: FCDEF, p. 2-4, 2002.

BOTH, A.; PORTELLA, M.R.; BOTH, S.L. **Fundamentos de Gerontologia**. Passo Fundo: Gráfica e Editora UPF, 1994.

BOWLING, A. The most important things in life: comparisons between older and younger population age group by gender. Results from a national survey of the public's judgments. **Int J Health Sci**. 6: 160–75, 1995.



BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales.** p.91-109. 2ed. Baltimore: Open University Press, 1997.

BRASIL. **Lei Federal Nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei Federal Nº. 10.741, de 1º de Outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297 p.

BRAVO, G.; GAUTHIER, P.; ROY, P.M.; TESSIER, D.; GAULIN, P.; DUBOIS, M.F.; PÉLOQUIN, C.A. The functional fitness assessment battery: Reliability and validity data for elderly women for patients with Alzheimer's disease: the TEMP-AD protocol. **Journal of Aging and Physical Activity.** 2(1): 67-79, 1994.

CACIOPPO, J.T.; MALARKEY, W.B.; KIECOLT-GLASER, K.G.; UCHINO, B.N.; SGOUTAS-EMCH, S.A.; SHERIDAN, J.F.; BERNTSON, G.G.; GLASER, R. Heterogeneity in neuroendocrine and immune responses to brief psychological stressors as a function of autonomic cardiac activation. **Psychosomatic Medicine.** 57: 154-164, 1995.

CANNUSCIO, C.; BLOCK, J.; KAWACHI, I. Social capital and successful aging: the role of senior housing. **Ann. Intern. Med.,** 139, 395–399, 2003.

CAPITANINI, M.E.S. **Solidão na velhice: realidade ou mito? Em:** NERI A.L.; FREIRE S.A. E por falar em boa velhice (p. 69-89). Campinas: Papyrus (2000).

CARDOSO, A.S. **Idosos de grupos de convivência**: capacidade funcional e nível de atividade física. 2005. 73 f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARDOSO, A.S.; MAZO, G.Z.; SALIN, M.S.; SANTOS, C.A.X. Percepção subjetiva de saúde e nível de atividades físicas de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 11(1): 81-91, 2008.

CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E., e CHRISTENSON, G.M.. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rev.**, 100(2): 126-131, 1985.

CASSEL, J. the contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Medicine**. 104: 107-123, 1976.

CASTIGLIA, R.C.; PIRES, M.M.; BOCCARDI, D. Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, jan/jun: 38-50, 2006.

CASTILLO, B.A.A.; MARZIALE, M.H.P.; CASTILLO, M.M.A.; FACUNDO, F.R.G.; MEZA, M.V.G. Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, Mexico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16(especial): 509-516, 2008.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, 31(2): 184-200, 1997.

CHOR, D.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde pública**. 17(4): 887-896, 2001.

CHRISTENSEN, U.; SCHMIDT, L.; BUDTZ-JORGENSEN, E.; AVLUND, K. Group cohesion and social support in exercise classes: Results from a danish intervention study. **Health Education & Behavior**, 33(5): 677-689, 2006.

CORNER, L.; BRITAIN, K.; BOND, J. Social aspects of ageing. **Psychiatry**. 6(12): 480-483, 2007.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 608 p.

DEL POZZO, O. Os grupos de terceira idade: comentários e reflexões. **A Terceira Idade**, 12(22): 21-35, 2001.

DERNTL, A.M.; WATANABE, H.A.W. Promoção de saúde. Cap.3 In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. (ed). **Prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap.3 p.37-45.

DOMINGUES, M.A.R.C. **Mapa Mínimo das relações**: adaptação de um instrumento gráfico para configuração de rede de apoio social do idoso. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 17(5/6): 370-378, 2005.

DUE, P.; HOLTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, 48: 661-673, 1999.

DURKHEIM, E. Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; **O suicídio**; As formas elementares da vida religiosa. Seleção de textos: José Arthur Giannotti. Série: Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

ESCH, T. Stress, adaptation, and self-organization: balancing processes facilitate health and survival. **Naturheilkd**. 10: 330–341, 2003.

EYLER, A.A.; BROWNSON, R.C.; DONATELLE, R.J.; KING, A.C.; BROWN D.; SALLIS, J.F. Physical activity social support and middle- and older-age minority women: results from a US survey. **Social Science & Medicine**, 49: 781-789, 1999.

FARIA JÚNIOR, A.G. Idosos em movimento: mantendo a autonomia: população e expectativas. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M. (Eds.). **Physical activity and health in the elderly**. Porto: University of Porto, 1994. p.321-26. (Proceedings of the first conference of EGREPA).

FERREIRA, M.S.; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(sup): 207-219, 2005.

FLORES, V.B.; BENVENEGÚ, L.A. perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 24(6): 1439-1446, 2003.

FPA – Fundação Perseu Abramo. Núcleo de Opinião Pública da FPA. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade**. São Paulo: FPA, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207p.

GILLETTE, P. Self-reported factors influencing exercise adherence in overweight women. **Nursing Research**, 37: 25-29, 1988.

GLASS, T.A.; MENDES DE LEON, C.F.; SEEMAN, T.E.; BERKMAN, L.F. Beyond single indicators of social networks: a LISREL analysis of social ties among the elderly. *Social Sciences & Medicine*. 44: 1503-1517, 1997

GREENBERG, J.S. **Administração do estresse**. 6 ed. São Paulo: Manole, 2002.

GREINER, K.A.; LI C.; KAWACHI, I.; HUNT, D.C.; AHLUWALIA, J.S. The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density. **Social Science & Medicine**, 59(11): 2303—2312, 2004.

GRIEP, R.H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde**. 2003. 177 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C. Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(3): 703-714, 2005.

HEATH, G.W. Programação de exercícios para idosos. **ACSM – American College of Sports Medicine: Prova de Esforço & Prescrição de Exercício**. Rio de Janeiro - RJ: Revinter, 1994.

HELMINEN, A.; HALONEN, P.; RANKINEN, T.; NISSINEN, A.; RAURAMAA, R. Validity assessment of a social support index. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, 23: 66-74, 1995.

HINSON LANGFORD, C.P.; BOWSER, J.; MOLONEY, J.P.; LILLIS, P.P. Social support: a conceptual analysis. **Advanced Nursing**. 25: 95-100, 1997.

HO, H.K.; MATSUBAYASHI, K.; WADA, T.; KIMURA, M.; YANO, S.; OTSUKA, K.; FUJISAWA, M.; KITA, T.; SAIJOH, K. What determinates the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. **Geriatrics and Gerontology International**, 3: 79-85, 2003.

HOUSE, J.S.; LANDIS, K.R.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**. 241: 540-545, 1988.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 97 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030**. São Paulo: Arbeit, 2006. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/publicacao\\_UNFPA.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf). Acesso em: 20 abril 2007.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y.; KODAMA, A. Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. **Geriatrics and Gerontology International**, 5: 152–158, 2005.

KING A.A.; TAYLOR, C.; HASKELL, W.; DEBUSKM, R. Identifying strategies for increasing employee physical activity levels: findings from the Stanford/Lockheed exercise survey. **Health Education Quarterly**, 17: 269-285, 1990.

KOUKOULI, S.; VLACHONIKOLIS, I.G.; PHILALITHIS A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. **BMC Health Services Research**, 2:20, 2002. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/20>>. Acesso em: 11 junho 2007.

KRAUSE, N. Received support, anticipated support, social class and mortality. **Research on Aging**, 19(4): 387-422, 1997.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. *Eds.* World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

KURIYAMA, S.; OHMORI, K. HOZAWA, A.; SEKI, T.; MATSUOKA, H.; TSUJI, I. Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan **Psychiatry & Clinical Neurosciences**, 59(5): 563-569, 2005.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente:** uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. 2002. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LAUKKANEN, P.; HEIKKINEN, E.; KAUPPINEN, M.; KALLINEN, M. Use of drugs by non-institucionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of drug use with mood and self-rated health. **Age and Ageing**. 21: 343-352, 1992.

LEPORE, S.J.; ALLEN, K.A.; EVANS, G.W. Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. **Psychosomatic Medicine**. 55: 518-524, 1993.

LEUNG, K.K.; CHEN, C.Y.; LUE, B.H.; HSU, S.T. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. **Archive of Gerontology and Geriatrics**, 44: 203-213, 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, 38(6): 827-834, 2004.

LIMA-COSTA, M.F.; LOYOLA FILHO, A.I.; MATOS, D.L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**. 23(10): 2467-2478, 2007.

LUFT, C.B.; SANCHES, S.O.; MAZO, G.Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, 41(4): 606-615, 2007.

LUFT, C.B. **Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento e prática de atividade física: possíveis relações em mulheres idosas**. 2007. 186f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos (CEFID), Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2007.

MCRAE, C.; SHERRY, P.; ROPER, K. Stress and family functioning among caregivers of persons with Parkinson's disease. **Parkinsonism and Related Disorders**, 5: 69-75, 1999.

MARKONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2001. 219p.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 8(4): 21-32, 2000.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 7(1): 02-13, 2001.

MATSUDO, S.M. **Envelhecimento & atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001. 195 p.

MATUD, P.M.; IBÁÑEZ, I.; BETHENCOURT, J.M.; MARRERO, R.; CARBALLEIRA, M. Structural gender differences in perceived social support. **Personality and Individual Differences**, 35: 1919-1929, 2003.

MAZO, G.Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas**. 2003. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Portugal (Porto), 2003.

MAZO, G.Z.; LOPES, M.A.; BENEDITTI, T.B. **Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MAZO, G.Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. 1 ed. Porto Alegre: Sulina, 2008. 160p.

MELCHIOR, M.; BERKMAN, L.F.; NIEDHAMMER, I.; CHEA, M.; GOLDBERG M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. **Social Science & Medicine**, 56: 1817-1830, 2003.

MICHAEL, I.L.; BERKMAN, L.F.; COLDTIZ, G.A.; KAWACHI, I. Living Arrangements, Social Integration, and Change in Functional Health Status. **American Journal of Epidemiology**, 153(2): 123-131, 2001.

MIGUEL, C.S.; FORTES, V.L.F. Idosas de um grupo de terceira idade: as interfaces da relação com suas famílias. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Jul./dez.: 74-85, 2005.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. **Health Educational Quarterly**, 4: 303-314, 1985.

MOOKADAM, F.; ARTHUR, H.M. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine**, 164: 1514-1518, 2004.

MUMMERY, W.K; LAUDER, W.; SCHOFIELD, G.; CAPERCHIONE, C. Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults. **Journal of Science and Medicine in Sport**, 11(3): 308-315, 2008.

NELSON, M.E.; REJESKI, W.J.; BLAIR, S.N.; DUNCAN, P.W.; JUDGE, J.O.; KING, A.C.; MACERA, C.A.; CASTANEDASCEPPA, C. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.** 39(8): 1435–1445, 2007.

NEWSOM, J.T.; SCHULZ, R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. **Psychology and Aging**, 11(1): 34-44, 1996.

OLSON, D.A.; SHULTZ, K.S. Gender differences in the dimensionality of social support. **Journal of Applied Social Psychology**, 24: 1221–1232, 1994.

OSTERGREN, P.O.; HANSON, B.S.; ISACSSON, S.O.; TEJLER, L. Social network, social support and acute chest complains among young and middle-aged patients in an emergency department – a case-control study. **Social Science & Medicine**. 33: 257-267, 1991.



PIN, S.; GUILLEY, E.; SPINI, D.; LALIVE D'EPINAY, C. The impact of social relationships on the maintenance of independence in advanced old age: findings of a Swiss longitudinal study. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**. 38(3): 203-209, 2005.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 7(4): 687-707, 2002.

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde 2007 – 2010**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007a. 106 p.

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. **Reabilitação, prevenção e promoção de saúde por meio de práticas de atividades físicas no Município de Florianópolis – SC – Floripa Ativa**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007b. 22 p.

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados do Censo Demográfico IBGE 2000 (Estimativa 2007)**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007c. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saúde/index2.php?modo=regionais>. Acesso em: 14 agosto 2008.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. 4(7): 156-175, 2002.

RAKOWISKI, W. Predictors of health practices within age-sex groups: National survey of personal health practices and consequences. **Public Health Reports**, 103: 376-386, 1988.

RESENDE, M.C.; BONES, V.M.; SOUZA, I.S.; GUIMARÃES, N.K. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat.** 5: versão online, 2006. Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1870-350X2006000100015&script=sci\\_arttext](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1870-350X2006000100015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 junho 2007.

RIFIOTIS, T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. **Proposições**. 18(1): 137-151, 2007.

ROBLES, L.; CURIEL, G.R.; GARCÍA, L.M.C.; COLES, L.C.; MEDRANO, M.S.G.; GONZÁLEZ, M.S. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(2): 557-560, 2000.

RODRIGUEZ-LASO, A.; ZUNZUNEGUI, M.V.; OTERO, A. The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. **BMC Geriatrics**, 7(19): 1-12, 2007.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; ALVES, M.C.G.P.; LEBRÃO, M.L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 23(12): 2982-2992, 2007.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**. 19(3): 717-724, 2003.

SAITO, E.; SAGAWA, Y.; KANAGAWA, K. Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. **Nursing and Health Sciences**. 7: 29-36, 2005.

SALIN, M.S. **Diretrizes para implantação de programas e ações de atividade física para idosos**. 2006. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos (CEFID), Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2006.

SANCHES, A.P.R.A.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, 17(3): 90-100, 2008.

SANTOS, M.M.L. Equipe reflexiva em psicoterapia de família: diferentes olhares sobre as diferentes configurações da família contemporânea brasileira. **IGT na Rede**, 5(9): 1-12, 2008.

SARASON, I.G.; SARASON, E.N.; PIERCE, G.R. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. **Journal of Social and Personal Relationships**. 4: 497-510, 1987.

SATO T.; KISHI, R.; SUZUKAWA, A.; HORIKAWA, N.; SAIJO, Y.; YOSHIOKA, E. Effects of social relationships on mortality of the elderly: How do the influences change with the passage of time? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 47(3): 327-339, 2008.

SHEPHARD, Roy J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS Social Support Survey. **Social Science & Medicine**. 38(6): 705-714, 1991.

SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M.; MALMGREEN, C.P.; WANTROBA, A.N. Structured evaluation method for family assessment tools: Evaluation of the Family APGAR. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. 6(2): 91-99, 2004.

SHUMAKER, S.A.; BRONWELL, A. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. **Journal of Social Issues**. 40(4): 11-33, 1984.

SHYE, D.; MULLOOLY, J.P.; FREEBORN, D.K.; POPE, C.R. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. **Social Science & Medicine**, 41(7): 935-947, 1995

SILVA, K.S.; COUTINHO, E.S.F. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. **Caderno de Saúde Pública**. 21(3): 979-983, 2005.

SIRVEN, N.; DEBRAND, T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. **Social Science & Medicine**, 67(12): 2017-2026, 2008.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SLUZKI, C.E. Social networks and the elderly: Conceptual and clinical issues, and a family consultation. **Family Process**. 39(3): 271-284, 2000.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A proposal for a family evaluation test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**. 6(6): 1231-1239, 1978.

SMITH, T.W.; GLAZER, K. RUIZ, J.M.; GALLO, L.C. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. **Journal of Personality**, 72(6): 1217-1270, 2004.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(5): 1354-1360, 2004.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(3): 263-267, 2007.

STOKES, J.P.; WILSON, D.G. The Inventory of socially supportive behaviors: dimensionality, prediction, and gender differences. **American Journal of Community Psychology**, 12: 53-69, 1984.

TAFARO, L.; CICCONE, P.; BARATTA, A.; BRÜCKNER, N.; ETTORRE, E.; MARIGLIANO, V.; CACCIAFESTA, M. Sleep quality of centenarians: cognitive and survival implications. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 44 (sup1): 385-389, 2007.

TAFARO, L.; TOMBOLILLO, M.T.; BRÜCKNER, N.; TROISI, G.; CICCONE, P.; MOTTA, M.; CARDILLO, E.; BENNATI, E.; MARIGLIANO, V. Stress in centenarians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. No prelo, 2008.

TREIBER, F.; BATANOWSKI, T.; BRODEN, D.; STRONG, W.; LEVY, M.; KNOX, W. Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. **Preventive Medicine**. 20: 737-750, 1991.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 39(3): 507-514, 2005.

TURNER, R.J.; MARINO, F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. **Journal of Health and Social Behavior**, 35(3): 193-212, 1994.

UCHINO, B.N.; CACIOPPO, J.T.; KIECOLT-GLASER, J.K. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**. 119(3): 488-531, 1996.

U.S. CENSUS BUREAU. International Population Reports WP/02. **Global Population Profile: 2002**. Washington: U.S. Government Printing Office, 2004. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/2004pubs/wp-02.pdf>> Acesso em: 03 junho 2006.

VALLA, Victor V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**. 15(2): 1999.

VAN DER BIJ, A.K.; LAURANT, M.G.H.; WENSING, M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults a review. **Am J Prev Med**. 22(2):120–133, 2002.

VELOZ, M.C.T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.** 12(2), 1999.

VITALIANO, P.P.; SCANLAN, J.M.; ZHANG, J.; SAVAGE, M.V.; BRUMMET, B.; BAREFOOT, J.; SIEGLER, I.C. Are the salutogenic effects of social supports modified by income? A test of an “Added value hypothesis”. **Health Psychology**, 20(3): 155-165, 2001.

WARBURTON, D.E.R; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**. 176(6): 801-809, 2006.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Est. Pop.** 23(1): 05-26, 2006.

WHO – World Health Organization. **Growing older – Staying well**. Ageing and physical activity in everyday life. Geneva: World Health Organization, 1998. 22 p.

WHO – World Health Organization. **A life course perspective of maintaining independence in older age**. Geneva 1999. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/en/index.html>. Acesso em: 08 mai. 2007.

WHO – World Health Organization. **Social development and ageing: crisis or opportunity?** Special panel at Geneva 2000. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/development/en/index.html>. Acesso em: 08 mai. 2007.

WHO – World Health Organization. **Envelhecimento Ativo: um projeto de política de saúde**. 2002. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/ativo.doc>>. Acesso em: 08 mai. 2007.

WHO – World Health Organization. **Guia global: Cidade amiga do idoso**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WIJNDAELE, K.; MATTON, L.; DUVIGNEAUD, N.; LEFEVRE, J.; BOURDEAUHUIJ, I.D.; DUQUET, W.; THOMIS, M.; PHILIPPAERTS, R.M. Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: a cluster-analytical approach. **Psychology of Sport and Exercise**. 8: 425-440, 2007.

YEH, S.J.; LIU, Y. Influence of social support on cognitive function in the elderly. **BMC Health Services Research**, 3:9, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/9>>. Acesso em: 11 junho 2007.

ZINKER, Joseph C. **A busca da elegância em psicoterapia: gestalt-terapia com casais e sistemas íntimos**. São Paulo: Summus, 2001.

ZUNZUNEGUI, M.V.; BÉLAND, F.; OTERO, A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. **International Journal of Epidemiology**, 30: 1090-1099, 2001.

ZUNZUNEGUI, M.V.; ALVARADO, B.E.; DEL SER, T.; OTERO, A. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58: S93-S100, 2003.

ZUNZUNEGUI, M.V.; KONÉ, A.; JOHRI, M.; BÉLAND, F.; WOLFSON, C.; BERGMAN, H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. **Social Science & Medicine**, 58(10): 2069-2081, 2004.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Tabelas Complementares da Análise de dados

## JAPÊNDICE A – Tabelas Complementares da Análise de dados

**Tabela 1 – Variáveis derivadas dos instrumentos da pesquisa**

Variáveis	Categorias	Tipo
<b>Ficha de Identificação</b>		
Idade (anos)	---	Contínua
Idade (estratos etários)	60-69 anos / 70-79 anos / >80 anos	Ordinal
Gênero	Feminino / Masculino	Nominal
Estado civil	Casado / Solteiro / Divorciado / Viúvo	Nominal
Estado civil (dicotômico)	Possui cônjuge / Não possui cônjuge	Nominal
Escolaridade (anos de estudo)	---	Contínua
Escolaridade (estratos)	Analfabeto/ 1-4 anos / 5-8 anos / 9-11 anos / ≥12 anos	Ordinal
Renda familiar (quantia)	---	Contínua
Renda familiar	≤1 salário / >1 - ≤3 salários / >3 - ≤5 salários / >5 - ≤10 salários / >10 salários	Ordinal
Doenças que possui	---	Nominal
Número de doenças	Nenhuma / Alguma doença / 2 ou mais doenças (Comorbidade)	Ordinal
Medicamentos de uso contínuo	---	Discreta
Percepção da saúde	Excelente / Muito boa / Boa / Regular / Ruim	Ordinal
Tempo no programa (anos)	Até 1 ano / 1-2 anos / >2 anos / Não faz parte	Ordinal
<b>Escala de Apoio Social</b>		
Apoio social Material	---	Contínua
Apoio social Afetivo	---	Contínua
Apoio social Emocional	---	Contínua
Apoio social Interação Social Positiva	---	Contínua
Apoio social Informativo	---	Contínua
Apoio social total*	---	Contínua
<b>Mapa Mínimo das Relações</b>		
Tamanho (no. total de contatos)	---	Discreta
No. de contatos íntimos	---	Discreta
No. de contatos meio íntimos	---	Discreta
No. de contatos pouco íntimos	---	Discreta
Companhia social**	---	Discreta
Auxílio nas tarefas diárias***	---	Discreta
Auxílio em cuidados pessoais****	---	Discreta
Auxílio financeiro*****	---	Discreta
<b>APGAR Familiar</b>		
Funcionalidade Familiar	---	Discreta
Funcionalidade Familiar (classificação)	Elevada disfuncionalidade / Moderada disfuncionalidade / Boa funcionalidade	Ordinal
Satisfação com a adaptação familiar	Nunca / Às vezes / Sempre	Ordinal
Satisfação com o companheirismo familiar	Nunca / Às vezes / Sempre	Ordinal
Satisfação com o desenvolvimento familiar	Nunca / Às vezes / Sempre	Ordinal
Satisfação com a afetividade familiar	Nunca / Às vezes / Sempre	Ordinal
Satisfação com a capacidade resolutiva familiar	Nunca / Às vezes / Sempre	Ordinal
<b>Escala de Estresse</b>		
Nível de estresse	---	Contínua

\* Média das cinco dimensões avaliadas pela escala

\*\*Quem lhe faz companhia ou lhe visita regularmente?

\*\*\* Se precisar, quem lhe ajudaria nas tarefas do dia-a-dia?

\*\*\*\* Se precisar, quem lhe ajudaria nos cuidados pessoais?

\*\*\*\*\* Se precisar, a quem recorreria para auxílio financeiro?



**Tabela 2 – Testes de normalidade para as variáveis contínuas de acordo com o grupo (GP e GNP)**

Variáveis	Teste de normalidade	
	GP (n= 55) <sup>a</sup> Valor de p	GNP (n= 26) <sup>b</sup> Valor de p
<b>Socioeconomicas</b>		
Idade (anos)	0,200 <sup>c</sup>	0,752 <sup>c</sup>
Escolaridade (anos)	<0,001	<0,001
Renda familiar (valor)	<0,001	<0,001
Medicamentos de uso contínuo	<0,001	0,005
<b>Apoio Social</b>		
Material	<0,001	0,002
Afetivo	<0,001	<0,001
Emocional	<0,001	0,045
Interação Social Positiva	0,001	0,054 <sup>c</sup>
Informativo	<0,001	0,002
Total	0,001	0,035
<b>Rede Social (estruturais)</b>		
Tamanho	0,004	0,118 <sup>c</sup>
Contatos íntimos	<0,001	0,032
Contatos meio íntimos	0,200 <sup>c</sup>	0,032
Contatos pouco íntimos	<0,001	<0,001
Companhia social	<0,001	0,010
Auxílio nas tarefas diárias	<0,001	0,002
Auxílio em cuidados pessoais	<0,001	0,121 <sup>c</sup>
Auxílio financeiro	<0,001	<0,001
<b>Estresse Percebido</b>		
Nível de estresse	0,163 <sup>c</sup>	0,353 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov; <sup>b</sup> Teste de Shapiro-Wilk.<sup>c</sup> Distribuição normal de dados

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Ficha de Identificação dos Idosos

ANEXO 2 – Escala de Apoio Social

ANEXO 3 – Mapa Mínimo das Relações

ANEXO 4 – APGAR Familiar

ANEXO 5 – Escala de Estresse Percebido

ANEXO 6 – Aprovação no Comitê de Ética

ANEXO 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## ANEXO 1 – Ficha de Identificação dos Idosos



**PROGRAMA FLORIPA ATIVA**  
Questionário Socio-demográfico



ULS: \_\_\_\_\_ avaliador: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

1. N.º QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_ (deixar em branco)
2. Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Nome: \_\_\_\_\_
4. Telefone: \_\_\_\_\_
5. Data inclusão programa? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. Idade: \_\_\_\_\_ anos
7. Sexo: \_\_\_\_ (M) masculino (F) Feminino
8. Raça: \_\_\_\_ (1)branca (2)negra (3)parda (4)caucasiana (5)indígena
9. Estado civil: \_\_\_\_ (1)casado (2)juntado (3)solteiro (4)separado (5)viúvo
10. Quantos anos estudou?: \_\_\_\_\_ anos
11. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham?  
 1ª pessoa: R\$ \_\_\_\_\_ (por mês) 2ª pessoa: R\$ \_\_\_\_\_ (por mês)  
 3ª pessoa: R\$ \_\_\_\_\_ (por mês) 4ª pessoa: R\$ \_\_\_\_\_ (por mês)  
 A família tem outra renda? R\$ \_\_\_\_\_ (por mês)

### DADOS CLÍNICOS

12. Você fuma atualmente? \_\_\_\_ (1) Sim (2) Não, nunca (3) Não, já fumei
13. Bebida de álcool atualmente? \_\_\_\_ (1) Sim (2) Não, nunca (3) Não, já bebi
14. Patologias Associadas(1)? \_\_\_\_\_ tempo (1) \_\_\_\_\_ (anos)  
 Patologias Associadas(2)? \_\_\_\_\_ tempo (2) \_\_\_\_\_ (anos)  
 Patologias Associadas(3)? \_\_\_\_\_ tempo (3) \_\_\_\_\_ (anos)  
 Patologias Associadas(4)? \_\_\_\_\_ tempo (4) \_\_\_\_\_ (anos)
15. Quais remédios usou diariamente no último mês?  
 Remédio 1: \_\_\_\_\_  
 Remédio 2: \_\_\_\_\_  
 Remédio 3: \_\_\_\_\_  
 Remédio 4: \_\_\_\_\_  
 Remédio 5: \_\_\_\_\_
16. De forma geral sua saúde está: \_\_\_\_ (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim

ULS

Nques  
Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dataprogram \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade  
Sexo  
Raça  
Civil

Anestudo  
Renda1  
Renda2  
Renda3  
Renda4  
Renda0

Fuma \_

Bebe

Pat1 tempat1  
Pat2 tempat2  
Pat3 tempat3  
Pat4 tempat4

RemA1  
RemA2  
RemA3  
RemA4  
RemA5

Saude \_

MEDIDAS	DEZ/2007	MAR/2008	JUL/2008	DEZ/2008	MAR/2009
Peso (P)					
Estatura (E)					
Circ. Costela (CC)					
Circ. Crista Ilíaca(CI)					
Circ. Quadril(CQ)					
<b>AAHPERD</b>					
Coordenação (COO)					
Flexibilidade (FLEX)					
Força Memb. Sup (RESISFOR)					
Agilidade Equilíbrio (AGIL)					
Resis. Aerob.Geral (RAG) Tempo					

ANEXO 2 – Escala de Apoio Social



CEFID

**MEDICAL OUTCOMES STUDY – BLOCO DE APOIO SOCIAL**



Laboratório de Gerontologia

*Adaptado por Griep (2003)*

Todas as perguntas foram precedidas da expressão: **“Se você precisar, com que frequência conta com alguém...”**

As seguintes opções de resposta foram oferecidas para todas as perguntas:

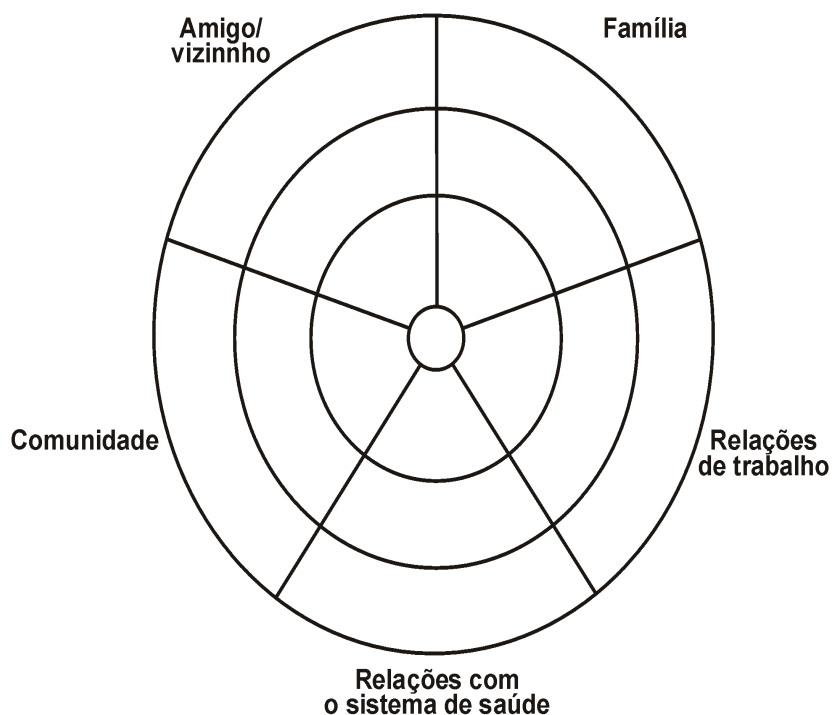
**0=Nunca / 1=Raramente / 2=Às Vezes / 3=Quase Sempre / 4=Sempre**

<b>SE VOCÊ PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM...</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1 – que o ajude, se ficar de cama?					
2 – para lhe ouvir, quando você precisa falar (conversar)?					
3 – para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?					
4 – para levá-lo ao médico?					
5 – que demonstre amor e afeto por você?					
6 – para se divertir junto?					
7 – para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?					
8 – em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
9 – que lhe dê um abraço?					
10 – com quem relaxar?					
11 – para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
12 – de quem você realmente quer conselhos?					
13 – com quem distrair a cabeça?					
14 – para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?					
15 – para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
16 – para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?					
17 – com quem fazer coisas agradáveis?					
18 – que compreenda seus problemas?					
19 – que você ame e que faça você se sentir querido?					

## ANEXO 3 – Mapa Mínimo das Relações

### Avaliação da Rede de suporte Social do Idoso

Mapa mínimo de relações



LEGENDA - INDICADORES			
Família	Amigo/Vizinho	Comunidade	Sistema Saúde
Esposo/a = eo/ea; Filho/a = fo/fa; Irmã/o = ia/io; Neto/a = no/na; Primo/a = pa/pó; Nora = nra Genro = gro Outros = o	Amigo/a = ao/aa; Vizinho/a = vo/va	Membro de Grupo da 3 <sup>a</sup> . Idade = ti; Membro de clubes, serviços ou lazer = cl Conselho comunitário = cm	Médico = me Enfermeira = e, ae, te Ed. Física = ef Psicóloga = os Nutricionista = nt Agente de Saúde = ag Outros = os
	<b>Relações Trabalho</b>		
	Colega de Trabalho = ta (fem), to (masc)		



<p>SE VOCÊ MORA SOZINHO (A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA</p> <p>Faça uma lista por relacionamento (por exemplo: membro da família, amigo(a), colega de trabalho, vizinho(a), etc).</p>			<p>Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA PESSOA constante da lista</p>			
Relacionamento	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masculino	Feminino			
Parentesco						

## ANEXO 5 – Escala de Estresse Percebido

### **ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO**

*Luft et. al (2007)*

#### **Itens e instruções para aplicação**

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

**0=Nunca / 1=Raramente / 2=Às Vezes / 3=Quase Sempre / 4=Sempre**

Neste último mês, com que freqüência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4



## ANEXO 6 – Aprovação no Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEPSH  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº75/08

### **I – Identificação:**

Título do Projeto: FLORIPA ATIVA

Área: Educação Física

Pesquisador Responsável: Profª Tânia Rosane Bertoldo Benedetti (Depto. de Educação Física/CDS/UFSC).

Pesquisador Principal: Profª Giovana Z. Mazo (Centro de Educação Física e Desportos/UDESC); Lucélia J. Borges e Simone T. Meurer (Mestrandos em Educação Física/UFSC). Adilson Sant'Ana Cardoso e Roges Ghidini Dias (Mestrandos em Ciências do Movimento/UDESC)

Data coleta dados: julho de 2008 a dezembro de 2011.

Instituição onde a pesquisa será conduzida: Unidades Locais de Saúde de Florianópolis.

Data de apresentação ao CEP: 12/05/08.

### **II - Objetivos:**

Geral: Unificar os programas, Idoso Ativo, Floripa em Forma e Viver Ativo como forma de Reabilitação, Prevenção e Promoção da saúde por meio de Atividade Física no Município de Florianópolis, como ação relacionada à estratégia Global da Rede de Proteção Social ao Cidadão Idoso.

Específicos:

- Diminuir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos não transmissíveis em Florianópolis.
- Promover incremento na qualidade de vida e satisfação dos usuários cadastrados nas ULS.
- Minimizar os custos decorrentes de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e pulmonares na população de Florianópolis.
- Manter, por mais tempo, a capacidade funcional dos usuários do sistema de saúde de Florianópolis.
- Promover a capacitação dos profissionais da rede municipal para a prescrição e acompanhamento da prática de exercício físico.
- Avaliar as mudanças de comportamento quanto à adesão ao estilo de vida saudável.
- Oferecer ao idoso através de atividade física, um lugar de encontro e socialização apoiado num programa orientado pela própria comunidade.
- Verificar os déficits cognitivos (demência) e sintomas depressivos dos idosos.
- Verificar os níveis de atividade física dos idosos.
- Avaliar a aptidão funcional (força, flexibilidade, resistência aeróbica, coordenação e agilidade/equilíbrio dinâmico) dos idosos.
- Comparar os escores da saúde mental (sintomas depressivos e déficits cognitivos) dos idosos com a frequência das aulas do programa de atividade física.
- Verificar as associações da aptidão funcional com a auto-imagem e auto-estima dos idosos participantes do programa Floripa Ativa.
- Verificar o suporte social de Idosos Praticantes de AF nas Unidades Locais de Saúde de Florianópolis.

### III - Sumário do Projeto

Trata-se de pesquisa aplicada, de abordagem quantitativa, descritiva e quase-experimental. O projeto está sendo financiado pelo Pró-Saúde do Ministério da Saúde, com valor total de R\$220.000,00. Visa a fusão operacional de 3 programas que já acontecem no município e será desenvolvido em várias etapas, descritas no projeto como fases A, B e C, que incluem: implantação de grupos de atividade física nas ULS, treinamento dos alunos bolsistas e professores para aplicação dos testes e entrevistas, retorno da condição funcional e de aptidão física, programa de atividade física, além de digitação, conferência e tratamento dos dados. O projeto Idoso Ativo, desenvolvido pela UFSC foi, inicialmente, aprovado pelo CEP, sob número 011/06 em 06 de março de 2006, porém com a unificação, foram incluídas outras ações e objetivos, necessitando nova análise.

Os participantes serão 300 idosos que realizam atividade física semanal em 8 ULS, aos quais será oferecida prática de ginástica durante 1 hora e aplicação de testes de capacidade funcional, medidas de peso, estatura e circunferência de cintura e quadril, além de questionários sobre prática de AF, motivação, auto-imagem, demência, depressão e suporte social.

A análise dos dados será estatística com testes específicos e cruzamento de dados conforme os objetivos.

### IV - Comentário

A temática é relevante, atual e de grande interesse para a produção de conhecimentos, mas também para a população atendida e a melhoria da atenção à saúde do idoso oferecida pela municipalidade. Os riscos referem-se a possíveis transtornos cardiorespiratórios e/ou vasculares relacionados às co-morbidades dos participantes, mas que poderão ser atendidos pela equipe de saúde da ULS.

A parceria com a SMS do município e o financiamento pelo MS, além dos currículos dos pesquisadores oferecem as condições necessárias para realização do projeto.

O TCLE foi digitado em fonte grande para facilitar a leitura, porém a linguagem poderia ser mais acessível. Desta forma recomenda-se que a leitura seja acompanhada de explicação exaustiva de todos os procedimentos, inclusive dos possíveis riscos, não colocados no TCLE.

### V – Parecer CEP:

**Aprovado**

**Pendente**

**Não Aprovado**

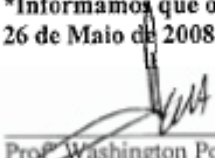
**Retirado**

**Aprovado e encaminhado ao CONEP**

### PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a aprovação do referido projeto.

\*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 26 de Maio de 2008.

  
Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

## ANEXO 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Temos o prazer de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “*Floripa Ativa*” no programa da prefeitura municipal de Florianópolis em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) que unifica os programas existentes: Floripa em Forma; Idoso Ativo e Viver Ativo, como ação relacionada à Estratégia Global da Rede de Proteção Social ao Cidadão Idoso.

Para isto, gostaríamos de contar com seu consentimento para participar da pesquisa, realizando os testes de capacidade funcional (força, resistência aeróbia, coordenação, flexibilidade e equilíbrio dinâmico), medidas de peso, estatura e circunferências de cintura e quadril, bem como responder questionários sobre as práticas de atividades físicas, demência, depressão, suporte social, motivação, auto-imagem e auto-estima. A coleta de dados acontecerá duas vezes por ano para com o objetivo de acompanhar a implantação do programa no próprio local em que são realizadas as atividades físicas.

Será garantido o sigilo das informações obtidas bem como o seu anonimato. O senhor(a) poderá se retirar da pesquisa durante qualquer momento, bem como não participar de alguns testes. Além disso, as informações serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento de pesquisa.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto, além do senhor(a) contribuir para que o programa possa ser aperfeiçoado atendendo da melhor forma possível as suas expectativas.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: [benedetti@cds.ufsc.br](mailto:benedetti@cds.ufsc.br) e [d2gzm@udesc.br](mailto:d2gzm@udesc.br) ou pelo fone 3721-8564) com as professoras Tânia Bertoldo Benedetti e/ou Giovana Zarpellon Mazo.

Eu, \_\_\_\_\_, estou devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos e estou esclarecido o suficiente, portanto aceito participar da pesquisa *Floripa Ativa*.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

---

Participante do estudo