Rodrigo Caetano Arantes

Uai sô, e agora? As relações entre fatores sociodemográficos e incapacidades funcionais nas redes sociais de idosos em Belo Horizonte/MG

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2012

Rodrigo Caetano Arantes

Uai sô, e agora? As relações entre fatores sociodemográficos e incapacidades funcionais nas redes sociais de idosos em Belo Horizonte/MG

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Demografia.

Orientadora: Profª. Drª. Laura Lídia Rodríguez Wong
Coorientador: Prof. Dr. Dimitri Fazito de Almeida Rezende

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2012

Folha de Aprovação

A Deus, minha fonte inesgotável, dedico e agradeço em especial. À minha família, meu apoio em todos os momentos: minha mãe, Nazaré; minha irmã, Rogéria; meu cunhado, Franck, e minhas sobrinhas Júlia e Laura. À minha noiva Cidinha, por sempre entender os meus anseios.

AGRADECIMENTOS

Eis que chega o tão esperado momento! Ser grato àqueles que nos ajudam a concretizar sonhos e alcançar objetivos na vida é, a meu ver, de suma importância. E este momento é ideal para parafrasear a canção interpretada pela banda musical “O Rappa”: “Se os meus joelhos não doessem mais, diante de um bom motivo que me traga fé, que me traga fé. Se por alguns segundos eu observar e só observar [...]. Valeu a pena! Eh! Eh! Valeu a pena! [...]”.

E como valeu. Tantas pessoas a agradecer. A vocês, meus sinceros agradecimentos pela concretização desse sonho:

- Em primeiro lugar, aos meus orientadores, Laura Lídia Rodríguez Wong e Dimitri Fazito de Almeida Rezende, por acreditarem em meus propósitos e pela excelente condução do trabalho. A orientação foi fundamental para esse momento chegar.

- À minha família e à minha noiva, por todos os esforços com relação à ajuda nos mais diversos momentos da jornada.

- Aos professores do Cedeplar/UFMG, sempre dispostos a me ajudar a compreender e aprender a Demografia em suas diversas abordagens: Carla Jorge Machado, Roberto do Nascimento Rodrigues, Laura Lídia Rodríguez Wong, Dimitri Fazito de Almeida Rezende, Cássio Maldonado Turra, Moema Gonçalves Bueno Fígoli, Bernardo Lanza Queiroz, José Alberto Magno de Carvalho, Paula Miranda-Ribeiro, Eduardo Luiz Gonçalves Rios-Neto, Simone Wajnman, Álisson Flávio Barbieri, Ignez Helena Oliva Perpétuo e Cibeli Comini César.

- Aos professores participantes da banca de qualificação, Kenya Noronha, Flávio Chaimowicz, Mirela Castro Santos Camargos e Karla Cristina Giacomin, pelas valiosas informações e ideias.

- Aos professores participantes da banca de defesa, Marcella Guimarães Assis Tirado, Renato Peixoto Veras, Paula Miranda-Ribeiro e Anita Liberalesso Neri, por todas as considerações referentes à tese.

- Aos idosos que participaram da pesquisa.

- À professora Kenya Noronha, pela disponibilidade em me ajudar, sempre quando a ela recorri. E à professora da EEFTO (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) da UFMG, Gisele de Cássia Gomes, por toda a ajuda no recrutamento dos idosos.

- Às colegas da coorte 2008 por toda a união e ajuda em cada momento dos inúmeros trabalhos de TAD (Técnicas em Análises Demográficas), em especial Marília Miranda Forte Gomes, Luisa Pimenta Terra, Raquel Rangel de Meireles Guimarães e Anna Carolina Martins Pinto.

- Aos meus amigos Serafim Adriano Alberto e Pilar Carolina Posso Ruiz, sempre presentes em todos os momentos do curso, nos diversos almoços e jantares no bandejão, nos momentos de eventos da ABEP e toda amizade demonstrada.

- Aos colegas da minha coorte, coortes anteriores e posteriores: Luiz Bertolucci Júnior, Marcos Roberto Gonzaga, Paulo Henrique Jurza Abranches, Fernando Ferreira Kelles, Kátia Maria Nunes Campos, Luciana Conceição de Lima, Pamila Cristina Lima Siviero, Vanessa Lima Caldeira Franceschini, Marília Borborema Rodrigues Cerqueira e Raquel Zanatta Coutinho.

- Aos funcionários da secretaria de curso, Sebastião Dirceu Guedes Júnior, Maria Cecília da Silva Neto, Cleusa Aparecida de Figueiredo Costa e Andrea Miranda da Silva, pela presteza e atenção em resoluções burocráticas.

- Às funcionárias da biblioteca, Mirtes e Marialice, pela ajuda nas consultas de livros e artigos.

- Ao Capes (Conselho de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo apoio financeiro nos anos de doutorado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs – Atividades Básicas de Vida Diária

Aids - Acquired Immunodeficiency Syndrome

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS – Análise de Redes Sociais

AVDs – Atividades de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BH – Belo Horizonte

Cedeplar – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

Cebrap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MEEM – Miniexame do Estado Mental

OA - Osteoartrose

PEA – População Economicamente Ativa

PNADs – Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

Sesc – Serviço Social do Comércio

SM – Salário Mínimo

TEE – Transição da Estrutura Etária

TFT – Taxa de Fecundidade Total

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

2 REFERENCIAL TEÓRICO 23

2.1 Redes sociais: breve histórico 23

2.1.1 Redes de apoio 25

2.2 Aspectos da análise relacional 28

2.3 Redes sociais e envelhecimento humano 32

2.3.1 Fatores sociodemográficos e repercussões nas redes sociais dos idosos . 32

2.3.2 Perfis epidemiológicos e repercussões nas redes sociais dos idosos 38

2.3.2.1 Incapacidades funcionais 40

2.3.2.2 Depressão como limitadora das interações sociais dos idosos..... 43

3 METODOLOGIAS, DADOS E MÉTODOS 45

3.1 METODOLOGIA QUANTITATIVA..... 45

3.1.1 Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios 45

3.1.2 Descrição e uso das variáveis 46

3.2 METODOLOGIA QUALITATIVA 49

3.2.1 Operacionalização..... 50

3.2.2 Categorização dos dados qualitativos 54

4 SAÚDE E SOCIALIZAÇÃO DOS IDOSOS: ALGUMAS REFLEXÕES A PARTIR DOS ACHADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS 56

4.1 Interagir e integrar na velhice: os diversos fatores intervenientes..... 56

4.1.1 Diferenciais por sexo 56

4.1.2 Alguns achados sobre a questão racial..... 61

4.1.3 Diferenciais por renda 64

4.1.4 Escolaridade..... 69

4.2 Na trama das redes: juventude, aposentadoria e saúde 77

5 COMPOSIÇÃO DAS REDES SOCIAIS DOS IDOSOS 100

5.1 Proximidade nas relações dos idosos 100

5.2 Relações com a vizinhança 103

5.3 Atividades religiosas 106

5.4 Estado civil e redes 109

5.4.1 Foi um rio que passou em minha vida. E meu coração se deixou levar.... 117

6 POSSÍVEIS REDES DE APOIO AOS IDOSOS, EM MINAS GERAIS, COM INCAPACIDADE FUNCIONAL 122

6.1 Mas morar com alguém não garante apoio 124

6.1.1 Reciprocidade nas relações dos idosos 125

6.1.2 Intensidade dos relacionamentos nas redes sociais dos idosos 130

6.2 Tem gente que chega pra ficar, tem gente que vai pra nunca mais... É a vida... 135

6.3 São coisas que não se esquece 137

7 CONCLUSÃO 140

REFERÊNCIAS 144

ANEXOS 167

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – BRASIL: REPRESENTAÇÃO RELATIVA DE INDIVÍDUOS DE 60 ANOS E MAIS EM 2020 (%), SEGUNDO ESTIMATIVAS ELABORADAS EM DIVERSOS ANOS 19

FIGURA 1 – TIPOS DE FONTES DE APOIO 28

FIGURA 2 – EXEMPLO DE REDE 29

FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DE UMA REDE TOTAL 31

DIAGRAMA 1 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDS) E INCAPACIDADE FUNCIONAL 41

FIGURA 4 – INTERAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF (2003) 42

DIAGRAMA 2 – VARIÁVEL FUNCIONALIDADE 47

DIAGRAMA 3 – VARIÁVEIS DE MOBILIDADE 48

FIGURA 5 – PSEUDOCOORTES DE IDOSOS EM MINAS GERAIS - PNADS DE 1998, 2003 E 2008 49

DIAGRAMA 4 – CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS 54

TABELA 2 – MINAS GERAIS (2008): INCAPACIDADE FUNCIONAL POR SEXO NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS 57

FIGURA 6 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA ZÉLIA 59

FIGURA 7 – SOCIOGRAMA DO ENTREVISTADO VILMAR 60

TABELA 3 – MINAS GERAIS (2008): INCAPACIDADE FUNCIONAL POR RAÇA/COR NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS 62

TABELA 4 – MINAS GERAIS (2008): RELAÇÃO ENTRE RAÇA/COR E RENDA NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS 63

GRÁFICO 1 - MINAS GERAIS (2008): INCAPACIDADE FUNCIONAL POR RENDA DOMICILIAR *PER CAPITA* NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS (%) 64

FIGURA 8 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA ENI 67

GRÁFICO 2 – MINAS GERAIS (2008): INCAPACIDADE FUNCIONAL POR ESCOLARIDADE NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS (%) 70

GRÁFICO 3 – MINAS GERAIS (2008): AUTORRELATO DA SAÚDE POR ESCOLARIDADE NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS (%) 71

FIGURA 9 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA LÚCIA 74

FIGURA 10 – SOCIOGRAMA DO ENTREVISTADO HÉRCULES..... 79

FIGURA 11 – SOCIOGRAMA DO ENTREVISTADO JOAQUIM..... 81

FIGURA 12 – SOCIOGRAMA DO ENTREVISTADO GERALDO..... 84

GRÁFICO 4 – MINAS GERAIS, 1998-2008: PROPORÇÃO DE IDOSOS NAS PSEUDOCOORTES MASCULINAS, COM IDADES INDICADAS NO INÍCIO DO PERÍODO, SEGUNDO INCAPACIDADE FUNCIONAL..... 89

GRÁFICO 5 – MINAS GERAIS, 1998-2008: PROPORÇÃO DE IDOSOS NAS PSEUDOCOORTES FEMININAS, COM IDADES INDICADAS NO INÍCIO DO PERÍODO, SEGUNDO INCAPACIDADE FUNCIONAL..... 90

FIGURA 13 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA CONCEIÇÃO 94

GRÁFICO 6 – MINAS GERAIS (2008): INCAPACIDADE FUNCIONAL POR DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS (%)..... 97

FIGURA 14 - SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA ANTÔNIA..... 105

FIGURA 15 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA FÁTIMA..... 111

FIGURA 16 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA BENEDITA..... 113

TABELA 5 – IDADE MÉDIA DOS DEMAIS MORADORES COM IDADES ENTRE 15 E 59 ANOS EM DOMICÍLIOS COM IDOSOS, POR SEXO E CATEGORIA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO..... 123

TABELA 6 – IDADE MÉDIA DOS IDOSOS EM DOMICÍLIOS SOMENTE COM IDOSOS, POR SEXO E CATEGORIA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL 124

FIGURA 17 – SOCIOGRAMA DA ENTREVISTADA MANUELA..... 126

FIGURA 18 – SOCIOGRAMA DO ENTREVISTADO MAURO..... 132

QUADRO 1 – IDOSOS COM INDEPENDÊNCIA 174

QUADRO 2 – IDOSOS COM DEPENDÊNCIA LEVE 175

QUADRO 3 – IDOSOS COM DEPENDÊNCIA MODERADA/GRAVE 175

QUADRO 4 - MINAS GERAIS (2008): ANÁLISE UNIVARIADA DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS POR CATEGORIAS SOCIODEMOGRÁFICAS 184

QUADRO 5 – DENSIDADES E CENTRALIDADES DAS REDES SOCIAIS DOS IDOSOS COM INDEPENDÊNCIA..... 185

QUADRO 6 – DENSIDADES E CENTRALIDADES DAS REDES SOCIAIS DOS IDOSOS COM DEPENDÊNCIA LEVE 186

QUADRO 7 – DENSIDADES E CENTRALIDADES DAS REDES SOCIAIS DOS IDOSOS COM DEPENDÊNCIA MODERADA/GRAVE 186

QUADRO 8 - MINAS GERAIS (1998, 2003 E 2008): PROPORÇÃO DE IDOSOS, SEGUNDO INCAPACIDADE FUNCIONAL (%) 187

QUADRO 9 – SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ACHADOS QUALITATIVOS..... 189

RESUMO

Esta tese tem por objetivo analisar as redes sociais dos idosos (60 anos e mais) tendo em vista os fatores sociodemográficos e epidemiológicos. Para tal, utilizaram-se dados das PNADs (1998, 2003 e 2008) com representatividade para Minas Gerais e de pesquisa qualitativa com idosos de Belo Horizonte/MG. As redes sociais dos idosos são formadas, em geral, por membros familiares, além de vizinhos, amigos de atividades religiosas e conhecidos. Os idosos com incapacidade funcional e menores condições financeiras relataram maior necessidade de requisitar a rede de apoio instrumental e material, respectivamente. O fator socioeconômico se mostrou importante determinante das interações sociais e extensão da rede de apoio. Pelos relatos colhidos, a aposentadoria é fator para perda dos contatos com as pessoas com as quais se trabalhava. Os idosos que ainda trabalhavam relataram as pessoas do trabalho como componentes das redes sociais. Relataram ainda ter perdido o contato com pessoas da juventude, porque migraram. A análise quantitativa revelou que o salto mais expressivo em direção à incapacidade funcional se localiza na faixa etária de 65 a 74 anos, e que a partir desse momento se demanda mais das redes de apoio, principalmente instrumental. A família revela-se como a principal mantenedora das redes de apoio. Alguns idosos, mesmo antes de apresentarem diminuição da capacidade funcional, rearranjariam as redes de apoio na tentativa de minimizar a falta de atenção de alguns membros familiares. O cuidado (apoio instrumental) é atribuído somente a alguns membros familiares, em geral as filhas. Mesmo com mais de uma filha, somente uma se responsabiliza por tal função, por relações de maior intensidade ou por causa da localização geográfica que facilite tais cuidados. Alguns idosos com dependência (leve ou moderada/grave) apresentaram redes de alta densidade e baixa centralidade, o que sugere menor efetividade nas redes de apoio. Em alguns casos - idosos com idade avançada, incapacidade funcional, redes formadas estritamente por membros familiares e em menor número de membros – obtiveram-se baixa densidade e alta centralidade, pressupondo maior efetividade nas redes de apoio. Alguns idosos abdicam de contato com membros familiares para não perder o contato com outros. Com relação ao estado civil, solteiros relataram ser infelizes,

com sintomas depressivos, em geral atribuídos ao fato de não terem constituído família (filhos). Em relação a idosos casados, além de contar nas redes sociais com membros familiares, vizinhos e amigos, há pessoas de convivência em participações de programas de voluntariado. Ainda têm maior número de componentes nas redes de apoio pela presença dos netos, filhos, irmãos, primos e amigos. Outros depoimentos revelam que a viuvez encerra diferentes conotações para os idosos, gerando sentimentos de tristeza ou alegria, porque há atividades até então inéditas.

Este estudo, além de analisar políticas públicas direcionadas às redes de apoio aos idosos, norteia questões para pesquisas futuras, tendo em vista os achados sobre importantes nuances ao se considerar as redes sociais dos idosos, marcadas pelas vivências individuais ao longo do curso de vida.

Palavras-chave: Idosos, Redes Sociais, Incapacidades Funcionais, Minas Gerais.

ABSTRACT

This thesis aims at analyzing the social networks of the elderly (60 years old and over) considering demographic and epidemiological factors. We have used data of PNADs (1998, 2003 and 2008) especially in Minas Gerais. In order to do so, we carried out 51 interviews with elderly people in Belo Horizonte / MG, which included testing for classification of functional disability. The social networks of the elderly would usually comprise family members, in addition to neighbors, friends and acquaintances of religious activities. Older people with functional disability (mild dependence or moderate/severe dependence) and lower financial conditions reported greater need to request the support network and instrumental material, respectively. The socioeconomic factor (related, in most cases, to education and race/color) was important to enable social interactions and extent of the support network for the elderly sample. From the reports that have collected, the retirement factor seemed to be the cause for the loss of contact with people who used to work together. However, many seniors still worked and mentioned co-workers as components of their social networks. They also reported having lost contact with people from their youth due to the fact that they had migrated. The quantitative analysis revealed that the most significant leap towards disability (mild dependence or moderate / severe dependency) would encompass the age group ranging from 65 to 74 years old in both sexes, and this time would require more from the support networks, in particular the instrumental one. The family is revealed as the main sponsor of the support networks for the elderly. Some of them, even prior to having their functional capacity reduced rearranged their support networks in order to minimize the lack of attention from some family members. Care (instrumental support) would be assigned only to certain family members, usually daughters. Even with more than one child, only one would be the only one responsible for that function, by relations of greater intensity or due to geographical location that would facilitate such care. Some elderly with mild or moderate / severe dependency had networks of high density and low centrality, suggesting less effective support networks. In some cases of elderly patients with advanced age and disability, networks formed strictly by family members and a lesser number of members, we obtained low density and high centrality, assuming

more effective support networks. In general, the vast majority of the elderly with mild or moderate/severe dependence showed high density and low centrality networks, which suggests less effective support networks. When some cases of elderly patients of advanced age and functional disability are taken into consideration, networks formed strictly by family members and few constituent members of the social network, low density and high centrality is obtained, assuming more effective support networks. Through the reports, it was also observed that some elderly people voluntarily abstain from contact with some family members not to lose contact with others. With regard to marital status, the ones who were single reported being unhappy with depressive symptoms generally attributed to the fact of not having constituted a family. The elderly who are married, in addition to having members, neighbors and friends in their social networks would also have people who participate in volunteer programs. They would also have a greater number of components in the networks of support due to the presence of grandchildren, and children, brothers, cousins and friends. Other testimonies reveal that widowhood would have different connotations for the elderly, which could generate feelings of sadness or joy, as they would be able to do activities that did not do before. This study, besides directing public policies intended to support networks for older people, guides questions for future research in view of the various nuances, such as the social networks of older people marked by personal experience throughout their lifetime.

Keywords: Elderly, Social Network, Disability, Minas Gerais.

1 INTRODUÇÃO

As componentes da dinâmica demográfica (fecundidade, mortalidade e migração) são importantes subsídios para traçar políticas públicas governamentais, pois delineiam o perfil populacional. Busca-se responder, portanto, a importantes questões demográficas: Quantas pessoas nascem e morrem? Em qual proporção se mudam (migram), por qual motivo e para onde? Como e onde vivem? Como são formados os domicílios? Com qual idade se casam, têm filhos, e qual o número de filhos? Quantos anos vivem, em média? As mulheres que têm filhos trabalham? Qual o número de pessoas idosas no domicílio? Qual tipo de doença crônica atinge mais intensamente os homens idosos? E as mulheres idosas? Quantos idosos têm incapacidade funcional[1] e como vivem?

Diversas questões demográficas são discutidas para melhor entendimento de como se dá a relação entre elas, e as respostas resultam em demandas sociais que o governo deve suprir.

Essas respostas indicam pontos emergentes no contexto demográfico como, por exemplo, o processo de envelhecimento populacional, que se apresenta como a realidade de muitos países, inclusive aqueles em desenvolvimento, em que a rapidez na qual ocorre tal processo é amplamente debatida. A França, por exemplo, levou mais de um século para a população idosa aumentar de 7% a 14%, ao passo que o Brasil levará duas décadas (de 2011 a 2031), segundo o World Bank (2011).

As projeções populacionais mais recentes dão conta que a população de 60 anos e mais – considerada idosa - em 2020 será de 28.3 milhões (IBGE, 2008). Em que pesem oscilações para o número total de idosos, comprova-se, à medida que evidências se incorporam às projeções feitas recentemente, que essa população tende, cada vez mais, a ter peso maior, como na última coluna da TAB. 1.

---

[1] Ver a definição no item 2.3.2.1.

Tabela 1 – Brasil: representação relativa de indivíduos de 60 anos e mais em 2020 (%), segundo estimativas elaboradas em diversos anos

Ano da elaboração da estimativa	Indivíduos de 60 anos e mais (número absoluto em milhões)	Proporção com relação ao total da população (%)
1988	28.2	12,1
1992	28.3	13,3
1994	29.9	13,6
2000	27.5	13,1
2006	29.3	13,3
2008	29.3	14,0
2010	34.0	15,8

Fonte dos dados básicos: United Nations 1989, 1991, 1993, 2001, 2007, 2009 e 2011.

O processo de envelhecimento populacional se consolidou, primeiramente, pela queda da fecundidade no Brasil. A Taxa de Fecundidade Total (TFT), que representa o número de filhos tidos por mulher, apresenta diminuição desde a década de 1970 (Carvalho et al., 1994). Dados do IBGE revelam que em 2000 a TFT girava em torno de 2,4 filhos por mulher no país; e em 2006 apresentava valores em torno de 1,85 (Brasil & Cebrap, 2006). Atualmente, observa-se envelhecimento populacional pela diminuição da mortalidade nas idades mais avançadas (Carvalho & Wong, 2008; Palloni et al., 2009).

Conjuntamente ao contexto de envelhecimento populacional, as pessoas experimentam viver cada vez mais, isto é, a espécie humana prolonga o limite biológico, até hoje pertencente a uma norte-americana, Jeanne Louise Calment, que morreu em 1997 com 122 anos e 164 dias (Markides et al., 2007). No Brasil, deseja-se que a esperança de vida seja, em média, de 78 anos em 2030 (IBGE, 2006). O tempo mais extenso de vida - intermediado pela transição epidemiológica, com maior presença de doenças crônicas - advém de mudanças no meio em que se vive: hábitos diários, alimentação, condições de habitação, práticas sociais, melhorias das pesquisas médicas e maior divulgação pela mídia do envelhecimento ativo.

O envelhecimento ativo compreende práticas de boa alimentação, atividades físicas e manutenção das redes sociais, abarcando conceitos de estilo de vida saudável (Ramos, 2003; Sebastiani et al., 2012). Pesquisadores da Gerontologia

Social dão grande destaque à importância dos contatos sociais, como atestam Van Tilburg et al. (1992), Kelley-Moore et al. (2006), Markides et al. (2007) e Cornwell et al. (2008). Diante do envelhecimento populacional, aumento do número de idosos e maior longevidade, a literatura destaca a importância da manutenção das redes sociais para a saúde dos idosos, como elemento relevante para maior e melhor longevidade, o que justifica a preocupação com o tema.

Os idosos com maior suporte social apresentam alto nível de bem-estar, e isso resulta em melhores respostas a eventos adversos, como doenças e incapacidades, pois o suporte social traz benefícios (inclui-se o sistema imunológico) (Van Tilburg et al., 1992; Markides et al., 2007). O suporte social tende a restringir-se com o envelhecimento, como se verá adiante, refletindo na saúde dos idosos, pois aqueles que possuem menos contatos sociais se mostram mais propensos ao aparecimento de doenças.

Em vista dos argumentos explicitados, o presente trabalho busca entender qual o papel das redes sociais no envelhecimento humano, considerando-se fatores sociodemográficos e epidemiológicos. Apesar da variabilidade de estudos, persiste lacuna na literatura sobre as redes sociais dos idosos, considerando as diferentes formas em que se estabelecem as relações e as especificidades das redes de apoio, no suporte oferecido e a interface de fatores sociodemográficos e epidemiológicos intervenientes, tendo em vista as distintas culturas. Por essa razão, o presente trabalho parte da seguinte pergunta: Como se mostram as redes sociais e redes de apoio aos idosos diante dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos (doença crônica, incapacidade funcional e depressão)? A hipótese referente a essa questão é que as redes sociais restringem-se com o envelhecimento humano. Na presença de doença crônica que resulte em dor e/ou incapacidade funcional essa restrição se torna ainda mais acentuada. Por outro lado, há a hipótese de que, diante dessas situações, as redes de apoio são mais efetivas no cuidado aos idosos - material, financeiro ou afetivo -, como discutido adiante.

O objetivo geral do presente estudo é analisar as redes sociais e redes de apoio aos idosos. Os objetivos específicos são:

- Analisar as redes sociais e as redes de apoio aos idosos, segundo características socioeconômicas e sociodemográficas: sexo, raça/cor, renda, escolaridade e estado civil [solteiro(a), viúvo(a), casado(a) e divorciado(a)];

- Verificar o efeito da condição migratória nas redes sociais dos idosos, tendo em vista a possibilidade de mobilidade geográfica ao longo da vida;

- Comparar as redes sociais e redes de apoio aos idosos antes e após a aposentadoria, por se tratar de evento relevante na vida dos idosos;

- Investigar as redes sociais e as redes de apoio aos idosos, segundo características epidemiológicas (presença de doença crônica e depressão) e condição de incapacidade funcional.

Ante os objetivos propostos, subdividiu-se este trabalho em 7 capítulos, incluindo esta introdução. O capítulo 2 contextualiza o objeto de estudo, buscando elucidar o uso do conceito de redes sociais e suas subdivisões, como as redes de apoio, que são contextualizadas para melhor entender os processos e possibilidades de interação social na velhice. Este capítulo pretende abranger os aspectos inerentes às formas de análises das redes sociais. Os aspectos relacionados ao envelhecimento humano, aspectos sociodemográficos e epidemiológicos e suas possíveis consequências nas redes sociais dos idosos foram enfatizados.

O capítulo 3 apresenta metodologias, dados e métodos utilizados para compreender as especificidades do processo na população estudada. No capítulo 4 foram discutidas as repercussões dos fatores inerentes à saúde na interação social dos idosos, os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos. O capítulo 5 mostra os principais achados com relação à composição das redes dos idosos; proximidade nas relações; relações com a vizinhança; participação religiosa e análises das entrevistas pelo estado civil declarado, com destaque à viuvez. O capítulo 6 retrata as possibilidades de redes de apoio na velhice e as evidências encontradas nas entrevistas com relação à intensidade dos relacionamentos estabelecidos. Analisa, ainda, questão diversas vezes tratada pelos idosos: a perda dos entes queridos e a falta desses membros nas redes de relacionamentos. Outra situação apresentada se refere às narrativas com as

reminiscências dos idosos entrevistados. Por fim, o capítulo 7 corresponde à conclusão, com a síntese dos principais achados, sugerindo-se políticas públicas direcionadas às redes de apoio aos idosos. Apresenta as principais limitações do estudo, questionamentos para investigações futuras e sugestão de agendas de pesquisas com o uso da base de dados oriunda desta tese.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento humano é acompanhado de mudanças sociais, econômicas e de saúde ao longo da vida dos indivíduos, refletindo nas redes sociais na velhice. Considerando-se os fatores sociodemográficos e epidemiológicos intervenientes, buscou-se elucidar a partir de revisão bibliográfica, os meios pelos quais as especificações das redes sociais, as redes de apoio, emergiriam no contexto de vida dos idosos. Para tal, inicialmente contextualizam-se as redes sociais e as diversas interfaces no uso do conceito.

2.1 Redes sociais: breve histórico

O termo *redes sociais* foi empregado, presumivelmente pela primeira vez, por John Barnes (1954), antropólogo britânico, que estudou a interação entre as pessoas que viviam em uma ilha norueguesa. Barnes observou a interação social como rede de pontos, que representava grupos ou pessoas, unidos por segmentos de retas que simulavam a forma como se relacionavam. Barnes se baseou no trabalho pioneiro de Jacob Moreno (1934), o qual desenvolveu um sociograma desenhado à mão, de linhas e pontos, representando crianças que gostavam e crianças que não gostavam dos colegas (Barnes, 1954 *apud* Newman, 2003; Knoke & Yang, 2008). Outro estudo de grande destaque, intensamente criticado, é o experimento de Stanley Milgram, denominado “mundo pequeno” ou “seis graus de separação”. Por meio desse estudo, Milgram concluiu que a máxima “distância” que separaria uma pessoa de outra é de apenas seis pessoas, ou seja, as pessoas sempre estariam interconectadas (Newman, 2003).

Na tentativa de se identificar as formas de interconexão, as pesquisas sobre redes sociais proliferam além das ciências exatas, sendo desenvolvidas na sociologia, antropologia, economia, saúde pública, ciências da informação, biologia, demografia e outras (Knoke & Yang, 2008). No caso da demografia, estudos sobre redes sociais são vistos em pesquisas sobre a evolução da fecundidade ao longo do tempo.

Casterline (2001) defende que o comportamento individual talvez seja influenciado pela dinâmica social, e a redução da fecundidade induzida pela aprendizagem social por meio da difusão de comportamentos, como a propagação do uso de métodos contraceptivos. O autor aborda a importância das redes sociais, assinalando que mudanças de comportamento de alguns indivíduos afetam os demais, que igualmente mudam de atitude. O controle de nascimentos e da fecundidade, para o autor, é contagioso e não se dá por decisões isoladas, mas por interações sociais complexas (Rosero-Bixby & Casterline, 1993). O projeto de Princeton (Coale & Watkins, 1986) sinaliza que a transição da fecundidade se consolida a partir de atitudes coletivas pela difusão de novos comportamentos.

Tendo em vista a variabilidade de estudos que tratam do uso sistemático de redes sociais, Sluzki (1997, p. 41-42) discorre sobre a dimensão do conceito:

> *"Os contextos culturais e subculturais em que estamos imersos, os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, de existência ou carência de serviços públicos, de idiossincrasias de uma região, país ou hemisfério, sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo. Em um nível mais microscópio, por sua vez, a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise".*

Em uma rede social, os indivíduos se conectam de diversas formas: internet, redes organizacionais, redes de negócios, parentesco, amizade, relações com vizinhos, casamento, indivíduos do trabalho ou atividade social, relacionamento sexual (Newman, 2003; Entwisle et al., 2007; Knoke & Yang, 2008). Na perspectiva de redes de relacionamento sexual, por exemplo, estudos epidemiológicos utilizam a Análise de Redes Sociais (ARS) para mensurar a propagação de doenças infectocontagiosas, como a aids, entre indivíduos da mesma rede social (Watts, 2004; Morell et al., 2010).

Em se tratando das redes sociais de idosos, uma especificidade delas, as redes de apoio, merece atenção especial. Em seguida, discorre-se sobre as redes de apoio.

2.1.1 Redes de apoio

Ao longo da vida, o ser humano necessita de apoio, atenção, bom trato, solicitude, zelo e cuidado. Na perspectiva das redes sociais fica implícita a ideia de redes de apoio, ou interações sociais entre as pessoas funcionando como suporte para sobrevivência e integração no grupo, por meio de relações de confiança, solidariedade e reciprocidade em uma rede social. Essas relações se estabelecem por vínculos fornecidos pela rede comunitária pessoal, representando o *capital social* individual, em que se incluem laços íntimos com membros familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou mesmo serviços prestados nos atendimentos de saúde. Porém, os laços íntimos ocasionam maior suporte na rede social, em virtude das trocas afetivas ou materiais (Marsden, 1990; Wellman & Frank, 2000; Lemos & Medeiros, 2006).

Na velhice, as redes de apoio mais efetivas se concentram nos cuidados (materiais, financeiros ou afetivos) aos idosos, em geral por transferências intergeracionais. Em se tratando das transferências intergeracionais de apoio, o provimento financeiro ocorre dos filhos para os pais e/ou dos pais para os filhos. Caldwell (1976) argumenta que em populações tradicionais o fluxo acontece dos filhos para os pais. Em populações modernas, há a inversão do fluxo intergeracional de renda, ou seja, dos pais para os filhos, a racionalidade na formação de famílias menores tendo como base o retorno do apoio aos filhos quando adultos. No entanto, no Brasil, atualmente se observa tendência crescente de pais idosos que ajudam financeiramente os filhos (Saad, 2004).

No que se refere à transferência intergeracional de apoio relacionada ao ato de cuidar, no caso de idosos com doenças crônicas que os tornam dependentes fisicamente, geralmente a família é a provedora principal, por meio de cuidados informais. Com frequência, as filhas são as mantenedoras desses cuidados (Ferreira, 2007; Johnson et al., 2007). Nos Estados Unidos, em 2002 verificou-se

que 57% dos idosos com dependência leve e 81% dos idosos com dependência moderada/grave recebiam cuidados informais (Johnson et al., 2007). No caso de melhor condição financeira por parte do idoso, os cuidadores formais compõem a rede de apoio (Lemos & Medeiros, 2006; Ferreira, 2007). Ainda em 2002, somente 14% de idosos norte-americanos com dependência leve, e 37% dos idosos com dependência moderada/grave, recebiam apoio de cuidador formal (Johnson et al., 2007). Existem poucos cuidadores formais de idosos, sendo baixo o nível de treinamento e capacitação dos que atuam (Stone & Wiener, 2001 *apud* Johnson et al., 2007).

Contudo, a ideia de redes de apoio parte do pressuposto de que o pertencimento a uma rede social não garante qualidade, frequência, efetividade e disponibilidade de apoio durante a vida e velhice. Wellman & Frank (2000) assinalam que a qualidade dos laços em uma rede social é mais vantajosa do que o número de membros a ela pertencentes, pois laços íntimos (considerados laços fortes) se traduzem em maior suporte na rede. Portanto, o suporte diário e de caráter emergencial é oferecido pelos laços íntimos, com maior disponibilidade em demandas de saúde, por exemplo, segundo o mesmo autor.

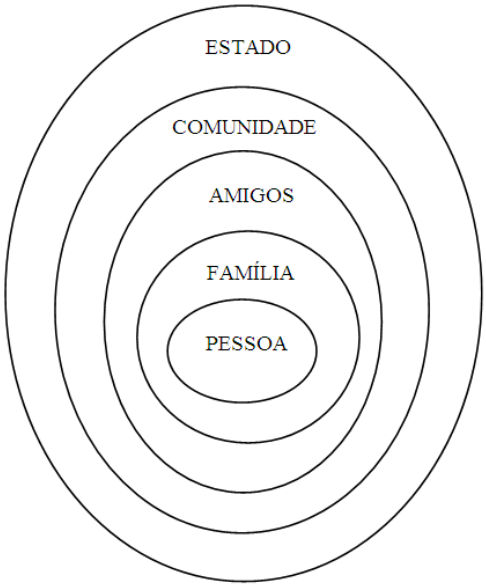
Tendo em vista a forma de suporte oferecido, quatro dimensões de apoio são mais relevantes na velhice: apoio cognitivo - informações, troca de experiências e conselhos; apoio material - dinheiro, moradia, comida, roupa e pagamento de serviços; apoio instrumental - cuidado, transporte e trabalhos domésticos; e apoio emocional - afeto, companhia, empatia, reconhecimento e escuta (Wellman & Wortley, 1990; Guzmán et al., 2003).

O provimento de apoio aos pais idosos é dado principalmente pelos filhos, em dinheiro ou bens, além do apoio cognitivo e emocional. Os filhos com menor educação formal e renda tendem a providenciar assistência somente na forma de apoio cognitivo e emocional, ou provedores dos cuidados informais relacionados à saúde dos idosos (Palloni et al., 2009). A força do laço entre pais e filhos acarreta implicações consideráveis no apoio dado ao idoso e em garantias de suporte na velhice. A presença de filhos e pais idosos na rede social aumenta em 60% a probabilidade de o filho providenciar suporte diário (Wellman & Frank, 2000).

Nessa perspectiva, as mulheres - filhas ou noras -, reúnem maior probabilidade de dar o suporte, relativamente aos homens, principalmente apoio instrumental e emocional (Johnson et al., 2007; Ferreira, 2007). Contudo, há reciprocidade nas redes sociais - providenciar algum tipo de apoio durante o curso de vida implica receber o mesmo apoio, quando necessário. No entanto, em redes sociais nas quais os laços estabelecidos são fracos, a reciprocidade tende a ser baixa (Marsden, 1990; Wellman & Frank, 2000). É provável que pessoas que deram suporte para outra de sua rede social recebem, reciprocamente, alguma forma de apoio na velhice, culminando em transferência intergeracional de apoio.

Além da família, amigos e vizinhos compõem as redes de apoio informal aos idosos, destinando o suporte essencial nas dimensões de apoio consideradas. O Estado igualmente faz parte da rede de apoio aos idosos, responsável pela manutenção dos cuidados imprescindíveis aos aspectos relacionados à sobrevivência e bem-estar. Guzmán et al. (2003) esquematizam as fontes de apoio aos idosos, como na FIG. 1.

Figura 1 – Tipos de fontes de apoio



Fonte: reproduzido e adaptado de Guzmán et al. (2003).

Tendo em vista os vários aspectos a serem considerados na Análise das Redes Sociais (ARS), em seguida estão explicitadas questões referentes às relações, níveis de análise e composição das redes sociais.

2.2 Aspectos da análise relacional

As redes sociais são concebidas como sistemas com vértices e linhas (FIG. 2), analisadas em dois níveis: redes egocentradas e redes totais. Em nível mais simples, as redes egocentradas consistem na participação de um ator (ego) e nas suas relações diretas e interpessoais com *alters* (com quem se estabelece a relação). Ao se analisar as relações de mais de um ego na mesma rede social, elas se denominam díades, quando entre dois atores, ou tríades, entre três (Knoke & Yang, 2008). Cada ator descreveria a composição da rede social em que se insere, a intensidade, reciprocidade e demais características da interação social (Scott, 2000; Hanneman & Riddle, 2005; Knoke & Yang, 2008).

Figura 2 – Exemplo de rede

Fonte: reproduzido e adaptado de Newman (2003). Nota: essa rede possui oito vértices e dez conexões, sendo que o ponto sem conexão representa um indivíduo isolado.

Dentre as formas de análise das redes sociais[2], a densidade representa a proporção de possíveis conexões existentes na rede social (Hanneman & Riddle, 2005; Degene & Lebeaux, 2005; Knoke & Yang, 2008), fornecendo a possibilidade de suporte dentro da estrutura analisada.

A intensidade dos vínculos estabelecidos nas redes egocentradas é mensurada pela classificação dos laços em fortes ou fracos (Knoke & Yang, 2008). Granovetter (1973) sinaliza que os laços fracos são relações classificadas como não íntimas (de conhecidos, por exemplo). Embora inicialmente contraditório, os laços fracos são vínculos mais importantes do que os laços fortes quando se trata, por exemplo, de conseguir emprego, informações sobre acontecimentos, abrir um negócio ou "alastrar" uma fofoca. Isso acontece pela rede social do ego estar densamente articulada e as pessoas com as quais há relações íntimas (laços fortes) partirem do pressuposto da sobreposição de informações e da reciprocidade nas relações estabelecidas. Os laços fracos têm importante papel na capacidade de as pessoas se comunicarem com o mundo externo à rede social do ego, obtendo outras informações (Barabási, 2002). As redes de cientistas, por exemplo, são grupos densamente conectados, ligados por *links* fracos, o que resulta na formação de *clusters* nas redes sociais (Newman, 2001).

No que se refere à reciprocidade, de acordo com a Teoria da Equidade, as diversas formas de se relacionar com o outro se dão de forma bidirecional, na

---

[2] Existem diversas outras possibilidades de medidas de rede social (*cohesiveness, strutural equivalence, clustering, multidimensional scaling, blockmodels, multiplexity, in-degree, out-degree, range (diversity), closeness, betweenness, liaison bridge, gatekeeper e isolate*). Para mais detalhes, ver Scott (2001), Hanneman & Ridle (2005), Knoke & Yang (2008) e Jackson (2008).

qual se estabelecem atitudes balanceadas de dar e receber apoio de qualquer tipo. Relações desbalanceadas geram sentimentos angustiantes e de culpa, por violar a reciprocidade. Contrariamente, dar mais que receber gera sentimentos de impotência ao sentir que as demais pessoas são "aproveitadoras", causando irritação naqueles que oferecem apoio (Liang et al., 2001).

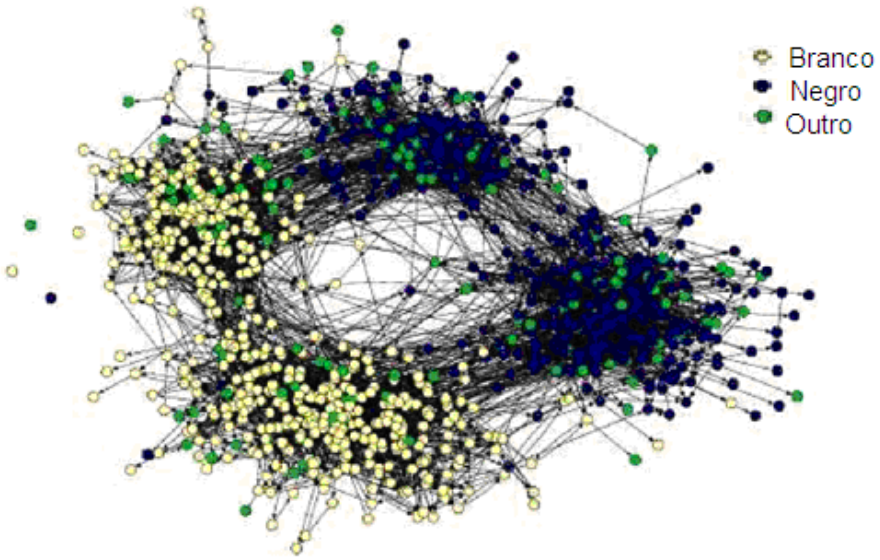
Assim, nas redes de apoio aplica-se o conceito de centralidade do ego, ou seja, o quanto o indivíduo está no centro das atenções (Scott, 2001), o que pode fornecer a efetividade do suporte oferecido pelos *alters*. A análise da centralidade, mensurada pelo *degree*, tem como resultado o número de ligações diretas com outros egos e o quanto determinado ponto é adjacente aos outros pontos no grafo[3] (Scott, 2001). Portanto, pressupõe-se que o ego, central em sua rede social, denominado "*star*" ou "o mais popular", recebe todo o suporte essencial nas redes de apoio.

Por sua vez, nas redes totais (FIG. 3) a interação é analisada em nível macro, com destaque para a estrutura social na qual os egos estão envolvidos (*embeddedness*, segundo Hanneman & Riddle (2005), cuja tradução mais adequada talvez seja inserção). Os conjuntos das relações sociais dos indivíduos são vistos, portanto, como pontos unidos por linhas que representam as redes totais dos indivíduos. No geral, as redes sociais são analisadas no espectro macro e micro dos relacionamentos dos indivíduos. Contudo, Barnes (1954) *apud* Scott (2000) ressalta que esses fatores são indissociáveis, por interagirem todo o tempo.

---

[3] Os grafos ou sociogramas são formados por vértices (pontos) e linhas, utilizados nas análises das redes sociais (Newman, 2003; Knoke & Yang, 2008; Jackson, 2008).

Figura 3 – Representação esquemática de uma rede total



Fonte: reproduzido e adaptado de Newman (2003). Nota: sociograma que representa rede total de relacionamentos de amizade entre crianças em uma escola norte-americana. Os vértices representam a raça/cor; o autor descreve a divisão entre crianças de diferentes séries e idades (parte de cima do sociograma). Observam-se *clusters* raciais.

Resumindo, as relações sociais são analisadas, entre outras possibilidades, sob a perspectiva relacional da composição da rede social egocentrada: número de contatos e características dos atributos individuais dos *alters* - idade, educação, raça/cor e vínculo, se membros familiares, amigos e outros; densidade; centralidade; reciprocidade das relações existentes; intensidade dos contatos e proximidade (distância geográfica entre ego e *alter*), como assinalam Marsden (1990); Degenne & Lebeaux (2005) Entwisle et al. (2007); Cornwell et al. (2008); Perry & Pescosolido (2010).

Pelas especificidades apresentadas, é importante analisar as redes sociais e a formação das redes de apoio nas mais diversas circunstâncias do ciclo de vida, com maior destaque à velhice, o marco teórico-conceitual desta tese. Por isso, a seguir são analisados artigos que discutem as redes sociais e as redes de apoio durante o curso do envelhecimento humano e velhice.

2.3 Redes sociais e envelhecimento humano

Na revisão bibliográfica que se segue são abordadas questões inerentes ao marco teórico-conceitual. Discute-se a dinâmica do envelhecimento humano, assumindo-se que as redes sociais se articulam em função de características sociodemográficas (sexo, raça/cor, renda, escolaridade e estado civil) e perfis epidemiológicos, considerando que esses aspectos estimulam ou restringem os vínculos sociais dos idosos.

2.3.1 Fatores sociodemográficos e repercussões nas redes sociais dos idosos

A forma que as pessoas vivem, interagem e constituem as redes sociais é sobremaneira influenciada por processos demográficos. Entre esses processos, a atual composição etária da população, particularmente do tipo envelhecida, resultante da menor mortalidade e menor fecundidade, proveniente da Transição Demográfica[4], resulta em menor oferta de cuidados informais aos idosos. Os cuidados se concentram em um número cada vez menor de filhos, o que altera as possibilidades de interação familiar (Moreda & Reher, 1985; Chesnais, 1990; Johnson et al., 2007; Wong & Carvalho, 2008).

Com o declínio no tamanho das famílias, atualmente se percebem aumento no número de casais que optam por não ter filhos, aumento nas taxas de divórcios e maior participação feminina no mercado de trabalho, fatores demográficos que refletem nas possibilidades de apoio aos idosos. Fatores que implicam os idosos necessitarem, no futuro, em maior proporção, dos cuidadores formais (Johnson et al., 2007). Na mesma perspectiva, a conformação dos domicílios onde residem idosos reflete no apoio oferecido, repercutindo no modo de vida das pessoas e na

---

4 O termo Transição Demográfica foi usado pela primeira vez por um economista e demógrafo, Adolphe Landry (1874-1956), em Paris, às vésperas da Segunda Guerra Mundial, para denominar a tendência geral da população. Landry inspirou-se nos estudos de Thompson (1929), o qual tem como base os efeitos combinados da fecundidade e da mortalidade sobre o crescimento da população (Pickenhayn, 2003). A Transição Demográfica compreende uma fase pré-transicional, na qual a população é caracterizada por alta mortalidade e alta fecundidade; e uma fase pós-transicional, na qual existem baixa mortalidade e baixa fecundidade.

forma de interação social. Em sociedades tradicionais de países em desenvolvimento, ainda é comum a permanência de diversas gerações convivendo no mesmo domicílio, avós convivendo com netos e, em alguns casos, bisnetos (Kinsella & Velkoff, 2001; Palloni et al., 2009). A corresidência é importante mecanismo de transferências intergeracionais em relação aos cuidados da saúde dos idosos e ajuda financeira dos membros familiares para os idosos e vice-versa (Palloni et al., 2009). Contudo, a intergeracionalidade nos domicílios e a corresidência com filhos ou outros membros familiares repercutem intensamente na forma de interação social e intensidade das relações.

Por outro lado, a saída dos filhos dos domicílios (a chamada etapa do "ninho vazio" no ciclo de vida familiar) resulta, com frequência, em domicílios somente de idosos, o que ecoa nos padrões de relações sociais. Outro tipo de arranjo domiciliar que cresce no Brasil é o de idosos que moram sozinhos. Os chamados arranjos domiciliares unipessoais de idosos, em 2006, representavam 10,7% do total de arranjos domiciliares de idosos no Brasil; em 2010, eram de 14% (IBGE, 2007; Camargos, 2008; IBGE, 2010). As mulheres, particularmente aquelas que não tiveram união conjugal ao longo da vida, se mostram mais propensas a morar sozinhas (Palloni et al., 2009). Os idosos que moram em domicílios unipessoais tendem a ter laços sociais mais estreitos com os vizinhos e com familiares que moram em outras residências (Van Tilburg et al., 1992; Cornwell et al., 2008).

De modo geral, as interações sociais dos idosos são predominantemente do tipo familiar, como se verificou em estudo norte-americano, em que 70% dos idosos pesquisados relataram ser a família a rede mais estável. Relacionamentos de amizade são redes de menor estabilidade (Degenne & Lebeaux, 2005). A homofilia - tendência de associar-se com indivíduos com atributos sociodemográficos semelhantes – prevalece nas relações sociais dos idosos, identificada pelo contato preferencial com pessoas do mesmo sexo e idade (Johnson & Troll, 1994; Cornwell et al., 2008). Os vínculos estabelecidos por idosos norte-americanos foram em 57,5% dos casos com pessoas do mesmo sexo, ao passo que em 42,5% as relações se deram com pessoas do sexo oposto. Em 80% dos casos, os *alters* foram indivíduos de mesma idade.

Além disso, ao serem analisadas as relações estabelecidas pelos idosos, observou-se preferência de contato com os membros primários da rede, ou seja, esposa e filhos (Cornwell et al., 2008).

No entanto, somando-se as relações familiares, os idosos têm diferentes formas de conexão social. Na velhice, momentos como a aposentadoria ou morte de entes próximos contribuem para transições nos padrões de relações sociais, ocasionando diminuição das redes sociais. A aposentadoria atua nesse sentido, pois no ambiente de trabalho acontecem várias relações sociais e há distintos vínculos (Guzmán et al., 2003). Por outro lado, há a possibilidade de o idoso aposentado ter maior rede de apoio, inclusive material (Guzmán et al., 2003; Cornwell et al., 2008). A aposentadoria faz ainda com que os idosos se tornem mais próximos dos membros restantes da rede, participando ativamente de programas de voluntariado (Cornwell et al., 2008; Piercy et al., 2011) e celebrações religiosas, com maior socialização com vizinhos (Cornwell et al., 2008).

Esses estudos justificam seu posicionamento, afirmando categoricamente que a aposentadoria ou morte de ente querido demandam por parte do idoso maior intensidade com os contatos restantes. Conforme a literatura, idosos envolvidos em práticas de engajamento na sociedade apresentam menores índices de morbidade e, consequentemente, de mortalidade (Berkman & Syme, 1979; Population Reference Bureau, 2009).

No que se refere ao estado civil, existem evidências de que idosos casados apresentam menores índices de morbidade e mortalidade, em comparação com idosos não casados. Laços afetivos mais estreitos com parceiro ou parceira demonstraram maior associação a índices mais baixos de morbidade e mortalidade, tendo em vista laços por atividades religiosas ou pertencimento a determinado grupo organizacional, como assinalam Berkman & Syme (1979). Provavelmente, idosos com parceiros têm redes sociais mais amplas do que idosos sem as redes, na mesma condição de saúde, pela própria constituição familiar ao longo da vida, ou seja, filhos e netos, além de outros contatos sociais.

A situação de separação conjugal, entretanto, torna as redes de apoio menos centradas ao âmbito familiar (Berkman & Syme, 1979; House 2001).

Por sua vez, a viuvez, cuja incidência aumenta exponencialmente de acordo com a idade, principalmente para as mulheres, vem acompanhada de novos rearranjos domiciliares (Palloni et al., 2009). As mulheres são menos prováveis de se recasar. Por viverem mais, ficam um tempo maior na condição de viúvas, o que condiciona vínculos diferenciados, quando comparadas aos homens. A taxa de nupcialidade legal para mulheres idosas é de 0,8%; para os homens, de 3,3%, ou seja, os homens idosos se casam mais do que as mulheres na mesma faixa etária (IBGE, 2007). É possível, portanto, que o aumento do risco de morte de membros da rede social acarrete a restrição dessas, para os idosos que não optam por se recasar. Além disso, homens idosos viúvos têm dificuldade em encontrar homens na mesma condição, porque diversos deles ainda estão casados em idades mais avançadas, diferentemente das mulheres (Johnson & Troll, 1994).

Por outro lado, idosos que vivenciam perdas de ente próximo e querido tendem a reconstruir e fortalecer laços com outros familiares, amigos e vizinhos, na tentativa de superar a perda ocorrida. Utilizando-se do processo interacional, conhecido como *resiliência*, os idosos se fortalecem pelos mecanismos de reconstrução ou enfrentamento, denominados, na expressão inglesa, *coping*, pelo uso de estratégias de readaptação interior em momentos de crises emocionais e adversidades. Os meios pelos quais as famílias superam essas crises e estresses se dão por recursos de suporte social, crenças existenciais, habilidades diversas para soluções de problemas e recursos materiais (Baltes & Baltes, 1990; Karpel, 1986 *apud* Walsh, 1996; Moraes & Peniche, 2003; Zeng & Shen, 2010).

As mulheres, por terem maior capacidade de manter amizades por longos períodos e formar outras com o tempo, como visto em Guzmán et al. (2003), tendem a usar com maior intensidade esse mecanismo de enfrentamento. Presumivelmente, homens viúvos ou solteiros têm tendência maior de formar redes sociais mais reduzidas do que as mulheres nas mesmas categorias. Cornwell et al. (2008) mostraram que mulheres viúvas ou solteiras, quando comparadas aos homens na mesma condição, tinham maior contato social, por participarem mais frequentemente de programas de voluntariado, resultando em

redes sociais mais amplas. Em estudos norte-americanos recentes, projeta-se que haverá diminuição de idosas viúvas, em 2040, em razão do aumento na expectativa de vida e diminuição da taxa de mortalidade masculina. Por outro lado, ocorrerá aumento na taxa de idosos divorciados e dos que nunca se casaram (Johnson et al., 2007).

No que diz respeito ao uso de recursos materiais e do nível socioeconômico, rendas mais altas se refletem na maior coesão na comunidade e aumento do suporte social, principalmente da rede de apoio, por representar melhores condições de acesso aos serviços de suporte à saúde e condições de domicílio (Lantz et al., 2001). Contrariamente, as menores oportunidades socioeconômicas advindas de questões como desemprego e perdas financeiras são fatores geradores de restrição das relações sociais (Berkman & Syme, 1979; House, 2001). Não obstante, as menores oportunidades socioeconômicas fazem com que as pessoas experimentem de forma antecipada, e possivelmente com maior magnitude, o declínio das redes sociais ao adoecer, com acesso mais restrito às redes de apoio à saúde. Evidências mostram que em virtude do acesso limitado aos tratamentos e por não usarem medidas preventivas, pessoas de menor renda têm maior tendência a adquirir doenças crônicas e limitações físicas mais cedo do que pessoas de maior renda (Isaacs & Schroeder, 2004). Assim, a desvantagem socioeconômica gera menos oportunidades de aquisição de bens e serviços, e acesso restrito à informação essencial para promover e manter boa saúde. Além disso, a saúde na infância se relaciona com o desenvolvimento de limitações físicas na velhice (Campos, 2008; Bowen, 2009; Poon et al., 2010).

Em outra perspectiva, estudo de Michaux et al. (1996) na França mostra evidências que quanto mais altos o *status* profissional e a renda, maior a predisposição ao desenvolvimento de morbidades, como hipertensão e diabetes. Doenças que são consequência dos altos níveis de estresse por atividades exercidas, como cargos de chefia, repercutindo na saúde de pessoas que exercem tais trabalhos, e a alta posição na escala social que provavelmente leva ao excesso de consumo, afetando, inclusive, a dieta alimentar.

Certos alimentos consumidos excessivamente se relacionam ao aumento de doenças crônicas, cardiovasculares e câncer. Consequentemente, a maior risco

de mortalidade (Pan et al., 2012). Porém, a maior renda faz com que essas pessoas utilizem recursos financeiros disponíveis para prover a rede de apoio à saúde ao adoecer. Contudo, independentemente do *status* socioeconômico, de forma cíclica, a restrição das interações sociais dos idosos se reflete no aumento dos níveis de morbidade e mortalidade (Berkman & Syme, 1979).

Concomitantemente ao *status* socioeconômico, o nível educacional dos idosos repercute na manutenção e renovação das redes sociais. As redes sociais de idosos menos escolarizados evidenciam maior declínio, por já serem mais restritas, tendo em vista as menores oportunidades ao longo do curso de vida (Population Reference Bureau, 2009). Como mencionado, as menores oportunidades de renda e educacionais ao longo da vida são fatores determinantes ao aparecimento da doença crônica e limitações físicas, que limitam sobremaneira as interações sociais dos idosos (Lantz et al., 2001; Huisman et al., 2003).

Idosos mais escolarizados têm maior consciência de um envelhecimento saudável ao longo da vida, utilizando com frequência mais intensa serviços preventivos, provavelmente aumentando a possibilidade de contatos sociais (Berkman & Syme, 1979).

Em estudo de Isaacs & Schroeder (2004), constatou-se que membros de grupos étnicos minoritários, especificamente os negros, por terem menores oportunidades educacionais e socioeconômicas na vida, apresentam maior exposição a doenças na velhice. Em consequência da menor renda, os negros têm menor acesso aos recursos das redes de apoio, principalmente apoio formal e assistência à saúde, além de menores possibilidades de interação social, ao se analisar as questões socioculturais e de exclusão racial vivenciadas na sociedade.

Embora de pequena magnitude na realidade de muitos idosos, outro fator sociodemográfico (a migração) interfere no processo de interação social dos idosos, tendo como possível consequência o enfraquecimento dos contatos no local de origem ou menor motivação para sua manutenção e renovação (Berkman & Syme, 1979; Sluzki, 1997). Por ser estreitamente seletiva à idade, os mais

jovens reúnem probabilidade maior de migrar em busca de emprego e melhores salários. No Brasil, o fato de os idosos permanecerem por mais tempo no mercado de trabalho faz com que se tornem vulneráveis (Campos, 2010). Em outras circunstâncias, os idosos que migram estão em busca de melhores condições de vida, residência junto a familiares e busca de suporte, no que concerne aos cuidados com a saúde. E migram, ainda, em razão da aposentadoria, deficiência física e mental e viuvez (Campos et al., 2008; Campos, 2010).

À luz do incessante debate na literatura, dos aspectos relacionados à saúde dos idosos, em seguida será analisado como os perfis epidemiológicos repercutem nas interações sociais dos idosos.

2.3.2 Perfis epidemiológicos e repercussões nas redes sociais dos idosos

Aspectos relacionados ao estado de saúde se apresentam como condições de suma importância na capacidade de interagir socialmente nas diversas faixas etárias. Paralelamente às questões demográficas emergentes e o maior peso da população idosa, inserem-se as questões epidemiológicas, sendo que ambas repercutem no modo como as pessoas vivem e se interagem. Chaimowicz (1997), entre outros, ressalta que existe correlação entre Transição Demográfica e Transição Epidemiológica, relacionando-se a esses processos a modernização dos países.

A Transição Epidemiológica caracteriza-se pela distribuição das doenças e mortes, com consequências e determinantes, nos grupos populacionais mais velhos, em comparação com os grupos mais novos, havendo declínio das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, doenças vistas como causa primária de morbidade e mortalidade (Horiuch, 1997; Omran, 2005).

Todavia, a Transição Epidemiológica no Brasil diferencia-se do modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo outros países latino-americanos. Isso se deve à predominância de doenças transmissíveis

(infectocontagiosas) e não transmissíveis (crônico-degenerativas[5]) ao mesmo tempo, além de mortes por causas externas. Doenças como dengue, cólera, malária, hanseníase, leishmaniose e mesmo aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) ocorrem conjuntamente com as doenças não transmissíveis ou crônico-degenerativas (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e doenças musculoesqueléticas), características em populações envelhecidas (Schramm et al., 2004).

No Brasil, a simultaneidade de ocorrências das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas se relaciona ao quadro socioeconômico desigual. Há *polarização epidemiológica*, em que os grupos mais ricos apresentam avançado padrão de mortalidade por doenças circulatórias, ao passo que em grupos minoritários menos favorecidos economicamente ainda predomina a mortalidade por doenças infecciosas, juntamente com homicídios e doenças circulatórias e respiratórias, segundo Chaimowicz (2006).

Controvérsia à parte, é evidente que ser portador de algumas dessas doenças crônicas implica, na maioria das vezes, isolamento social ou restrição da rede social dos idosos (Berkman & Syme, 1979; Teng et al., 2005). Idosos com contatos sociais mais ativos apresentam menor declínio cognitivo durante o envelhecimento, além de índices de mortalidade muito menores que pessoas isoladas, em ambos os sexos (Berkman & Syme, 1979; James et al., 2011). Por outro lado, Cornwell et al. (2008) verificaram que idosos com problemas de saúde relataram ter contatos com membros das redes de apoio, pelo monitoramento e suporte à saúde dado a eles. O desenvolvimento das redes sociais na velhice é maneira de facilitar os cuidados com a saúde e a melhoria das condições de vida dos idosos, do que decorre aumento das redes de apoio. Tendo em vista o *status quo* da saúde pública no Brasil, o aumento no número absoluto da população de 60 anos e mais com doenças crônicas e/ou incapacidade funcional demanda políticas públicas direcionadas.

---

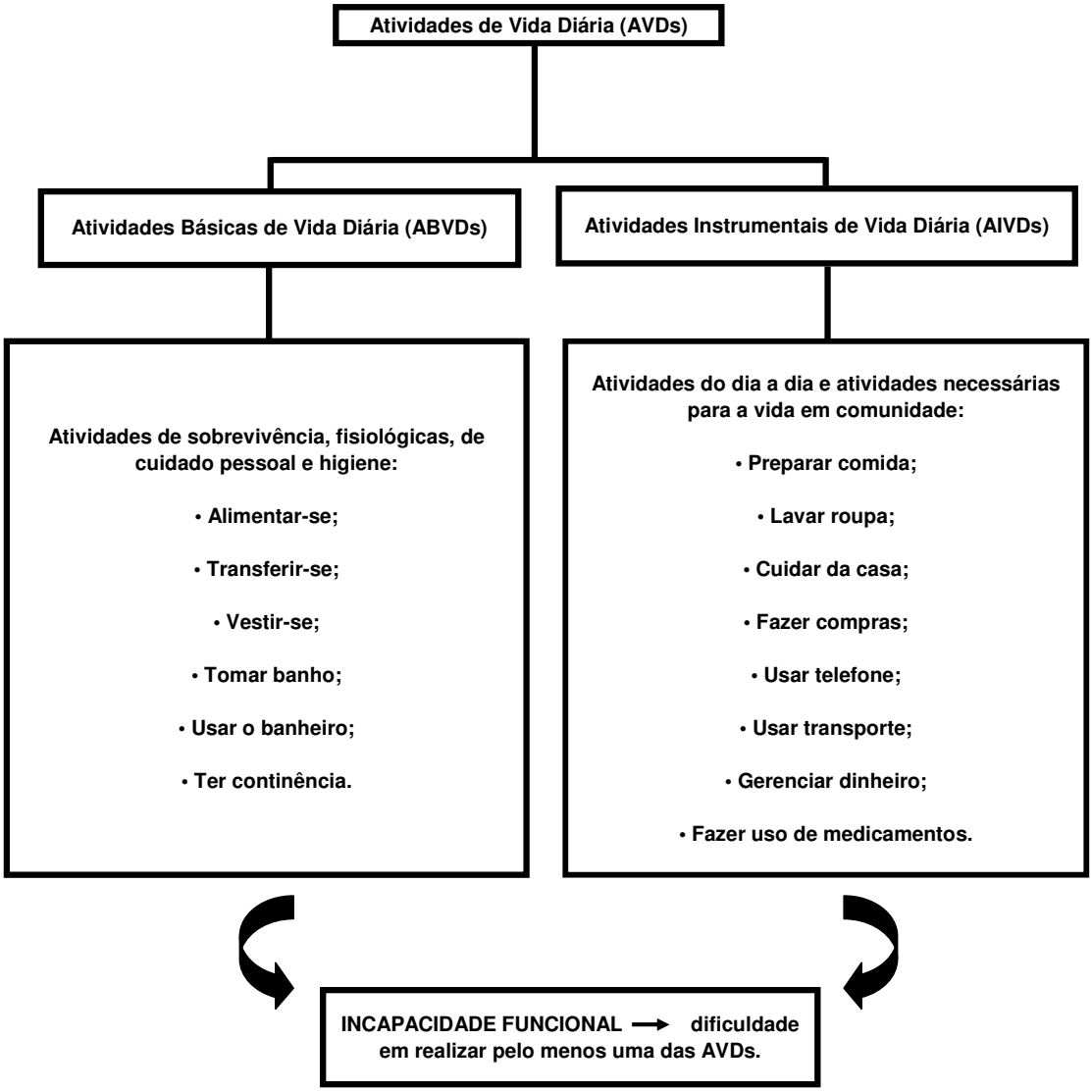
[5] As doenças crônico-degenerativas de maior incidência na população idosa são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Reumatismo (Osteoartrose - OA, Artrite Reumatoide e Osteoporose), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Demências do tipo Alzheimer e do tipo Não Alzheimer (Carvalho-Filho & Netto, 2000).

Em seguida, discorre-se sobre a dimensão do conceito de incapacidade funcional.

2.3.2.1 Incapacidades funcionais

As incapacidades funcionais resultam de progressivas condições crônicas dos idosos, quando não se tem o cuidado necessário de forma preventiva ou mesmo curativa (Verbrugge, 1997). Define-se a incapacidade funcional como a dificuldade em realizar pelo menos uma das Atividades de Vida Diária (AVDs), como no DIAG. 1 a seguir.

Diagrama 1 – Atividades de Vida Diária (AVDs) e Incapacidade Funcional

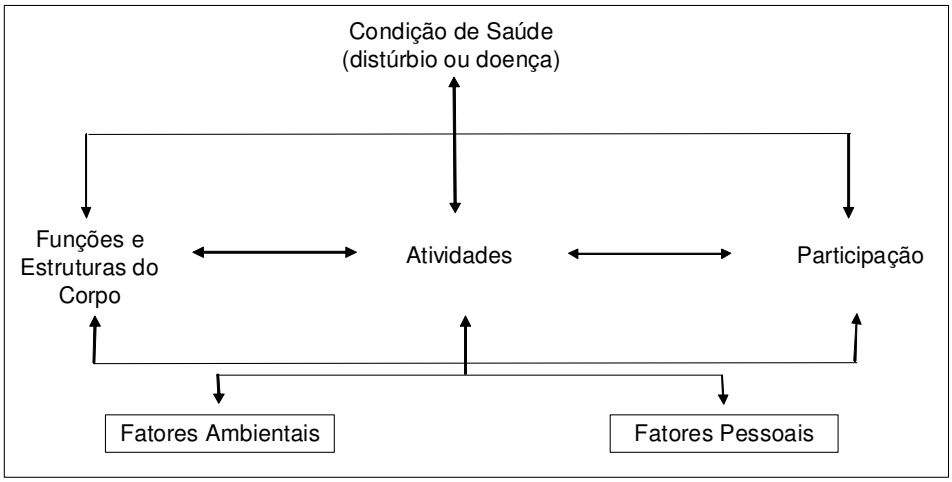


Fonte: adaptado de Katz et al. (1963); Nagi (1965) e Lawton & Brody (1969).

As AVDs são desenvolvidas com ou sem dependência, conforme a necessidade de auxílio (WHO, 1980; Yang & George, 2005). As AVDs requerem uma sequência de ações mentais, por isso doenças crônicas que causam declínio cognitivo (demências do tipo Alzheimer e outras) contribuem para a incapacidade funcional (Kempen & Suurmeijier, 1990; Freitas et al., 2006). Além disso, Indivíduos com deficiência visual e auditiva são classificados como portadores de incapacidade funcional (WHO, 2011).

Sob outra perspectiva, a literatura mostra que a incapacidade funcional não é fenômeno puramente biológico, mas igualmente social (Bickenbach et al., 1999). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, de 2003, descreve a incapacidade funcional como conceito multidimensional, que inclui abordagem com muitas possibilidades de classificação da funcionalidade e da incapacidade, sendo a incapacidade funcional processo evolutivo e interativo que representa uma complexidade de fatores e interações. Fatores ambientais e pessoais, que se relacionam com as condições de saúde, a integridade das funções e as estruturas do corpo. Os fatores se retroalimentam todo o tempo e repercutem nas atividades e participações sociais dos indivíduos, como na Figura 4.

Figura 4 – Interações entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003)



Fonte: reproduzido da CIF (2003).

O termo participação é usado para identificar a natureza e extensão do envolvimento pessoal em áreas básicas da vida humana (educação, emprego, espiritualidade, atuação política e sociocultural). Portanto, a participação social reflete nos níveis funcionais por duas causas: a extensão da rede social ajuda na manutenção da saúde e funcionalidade, e pessoas com boa saúde e funcionalidade têm capacidade de interagir mais facilmente (Verbrugge et al., 1994; Bickenbach et al., 1999).

A participação social atua de forma bidirecional na funcionalidade dos idosos. Considerando a estrutura cíclica, os idosos com doenças crônicas e/ou incapacidades funcionais possuem restrição na participação social. Em decorrência, são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos (Porcu et al., 2002). Por esse motivo, discorre-se, a seguir, sobre o assunto e a interface com a participação social dos idosos.

2.3.2.2 Depressão como limitadora das interações sociais dos idosos

No Brasil, 48% das pessoas com 60 anos e mais sofrem de depressão (Ramos & Saad, 1990). Quanto maior a idade, maior a ocorrência de sintomas depressivos, as mulheres mais sujeitas a reportar tais sintomas quando comparadas aos homens de mesma idade (Porcu et al., 2002; Máximo, 2010). Contrariamente, no estudo de Seplaki et al. (2004), observou-se que os homens, mais do que as mulheres, mesmo sem incapacidades físicas, tiveram maiores níveis depressivos. Contudo, idosos, independentemente do sexo, com doenças crônicas e/ou incapacidades funcionais, têm incidência elevada de sintomas depressivos (Aranda et al., 2011).

A depressão se relaciona negativamente com a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, com maior predisposição ao suicídio, comportamentos de risco e restrição das redes sociais. Entretanto, o bem-estar psicológico tem efeito direto na interação social e agravos à saúde, como as incapacidades funcionais, com prejuízos à saúde mental. Elas aumentam a probabilidade de sofrer de depressão, pois restringem a mobilidade, dificultam o engajamento social (restringindo as redes sociais) e diminuem a capacidade de se ter uma vida independente e com autonomia[6] (Yang, 2006).

As incapacidades funcionais, visuais, mastigatórias e auditivas estão significativamente associadas à insatisfação com a vida e à maior predisposição à depressão, interferindo diretamente no contato social do indivíduo (Osada et al.,

---

6 Veja, sobre esse aspecto, Netto (2006). A autonomia é definida como capacidade de decisão, de estabelecer e seguir as próprias regras de comando. Define-se independência como a capacidade de realizar algo com os próprios meios.

2000). Essas condições, limitantes do funcionamento físico, estão fortemente relacionadas à resposta ao estresse e ao desenvolvimento de sentimentos de menos valia (Seplaki et al., 2004). Em contrapartida, baixos níveis de condições crônicas e de estresse agudo, autoestima elevada e controle emocional se associam a grandes níveis de relações sociais (House et al., 1994). Idosos mais socialmente integrados relatam menor número de sintomas depressivos (Ramos, 2007), além de menores incidências de incapacidades funcionais, como mencionado. Contudo, os idosos que fornecem algum tipo de ajuda (relações de troca) estão menos sujeitos ao desenvolvimento de sintomas depressivos em comparação àqueles que somente recebem (Liang et al., 2001).

À luz do marco teórico estabelecido, observou-se que uma variabilidade de efeitos atua sobre as redes sociais dos idosos, e dependem, além dos diversos fatores (sociodemográficos, epidemiológicos e culturais), do número de laços existentes. A seguir, descreve-se a metodologia adotada para a investigação das redes sociais e redes de apoio aos idosos em Belo Horizonte/MG, e os fatores intervenientes no processo.

3 METODOLOGIAS, DADOS E MÉTODOS

No intuito de investigar as redes sociais dos idosos e os arranjos mais específicos, as redes de apoio, e os fatores sociodemográficos e epidemiológicos intervenientes, buscou-se integrar neste estudo metodologias de cunho quantitativo e qualitativo.

3.1 METODOLOGIA QUANTITATIVA

3.1.1 Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios

As condições de saúde, funcionalidade e mobilidade física dos idosos podem ser analisadas utilizando os dados oriundos das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs). Diversos autores fazem uso dessa base de dados para objetos de estudos similares ao desta tese, entre eles Noronha (2005), que a utilizou no intuito de verificar a relação existente entre o estado de saúde e distribuição de renda no Brasil. Alves et al. (2010) investigaram os fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde na incapacidade funcional em idosos das Unidades Federativas.

As PNADs são feitas no Brasil desde 1967, em períodos intercensitários, com a finalidade de obter informações sobre características socioeconômicas, de educação formal, trabalho, rendimento, habitação, por exemplo, com periodicidade variável, sobre as características de migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e temas incluídos no sistema, de acordo com as necessidades de informação, para os domicílios das Unidades Federativas do Brasil. A PNAD acontece por meio de amostra probabilística de domicílios em três estágios de seleção: unidades primárias – municípios; unidades secundárias – setores censitários; e unidades terciárias – unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos).

Na seleção das unidades primárias e secundárias (municípios e setores censitários) da PNAD da primeira década deste século, foram adotadas a divisão territorial e a malha setorial vigentes em 1º de agosto de 2000, e utilizadas para o Censo Demográfico de 2000, como visto nas Notas Metodológicas (PNAD, 2008).

Desde sua criação, a periodicidade é anual, exceto em ano de Censo Demográfico. Nos anos de 1981, 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008 foram colhidas informações para um Suplemento Saúde, com a finalidade de abranger questões relacionadas à saúde dos entrevistados. Em suas séries de 1998, 2003 e 2008 foi incluído nas PNADs o Suplemento Saúde, com informações sobre funcionalidade (questões referentes à alimentação, higiene pessoal e necessidades fisiológicas básicas), mobilidade física, além das variáveis com as características sociodemográficas (sexo, raça/cor, renda e escolaridade) dos respondentes. Aspectos que, importantes para o presente estudo, tornam as PNADs uma das fontes de dados essenciais para a tese.

Porque se trabalha com amostras pequenas em grande parte dos domínios de interesse, os resultados provenientes do uso das PNADs estão sujeitos a erros de amostragem entre 0,5% a 2,5% (Martine & Arias, 1987). Outra questão a se considerar é que o respondente nem sempre é a pessoa sobre a qual se necessita da informação, o que seria o caso, com maior frequência, ao se tratar de idosos, particularmente idosos com algum tipo de incapacidade funcional. As PNADs têm representatividade para cada Unidade Federativa, sendo a amostra de Minas Gerais, de 1998, 2003 e 2008, respectivamente, de 3549, 3692 e 4226 idosos.

3.1.2 Descrição e uso das variáveis

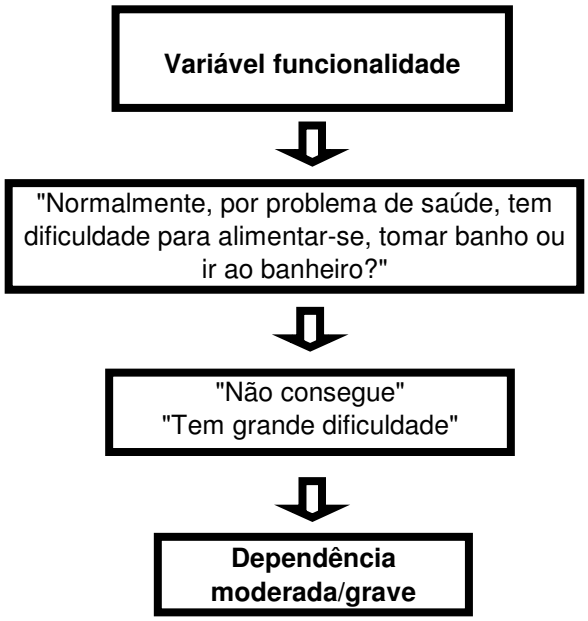
Analisa-se a incapacidade funcional por variações na funcionalidade humana, mensurada por categorias de dependência funcional para as ABVDs e AIVDs[7] (Lawton & Brody, 1969; WHO, 1980; Johnson & Troll, 1994; Spector & Fleishman,

---

[7] Já definidas na seção 2.3.2.1.

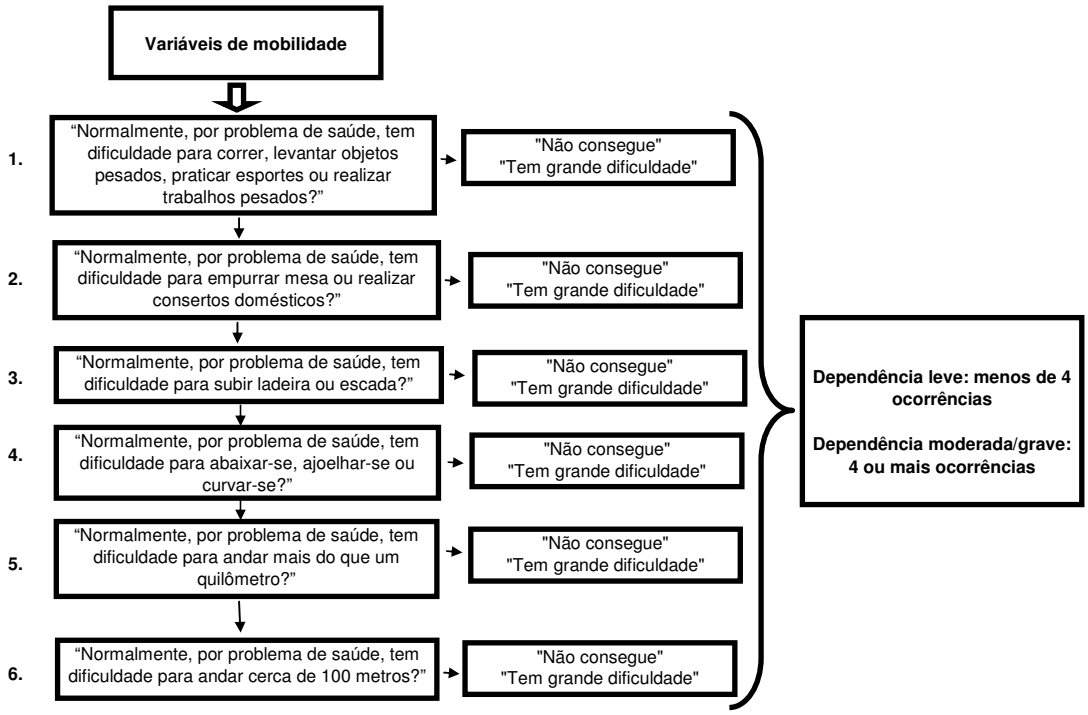
1998; Bickenbach et al., 1999; Rosa et al., 2003; Yang & George, 2005). O número de atividades as quais o indivíduo se julga incapaz é indicativo do nível de incapacidade funcional (Spector & Fleishman, 1998). Portanto, criaram-se categorias de dependência funcional recategorizando as variáveis de funcionalidade e mobilidade das PNADs. Partiu-se do princípio de que existe relação hierárquica nas AVDs, de acordo com a dificuldade. As pessoas que não realizam tarefas mais básicas (ABVDs) consequentemente têm mais dificuldades, ou não fariam as atividades mais complexas como as AIVDs (Lawton & Brody, 1969). Assim, todos os idosos que responderam “não consegue” ou “tem grande dificuldade” na variável de funcionalidade (dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) foram agrupados na categoria de “dependência moderada/grave”. Os idosos que responderam até quatro vezes “não consegue” ou “tem grande dificuldade” nas variáveis de mobilidade, foram agrupados na categoria de “dependência leve”, e mais de quatro vezes na categoria “dependência moderada/grave”, como nos Diagramas 2 e 3. Por conseguinte, todos os idosos que responderam que não tinham dificuldade ou pequena dificuldade para as variáveis de funcionalidade e mobilidade foram agrupados na categoria “independência”.

Diagrama 2 – Variável funcionalidade



Fonte: elaboração própria.

Diagrama 3 – Variáveis de mobilidade



Fonte: elaboração própria.

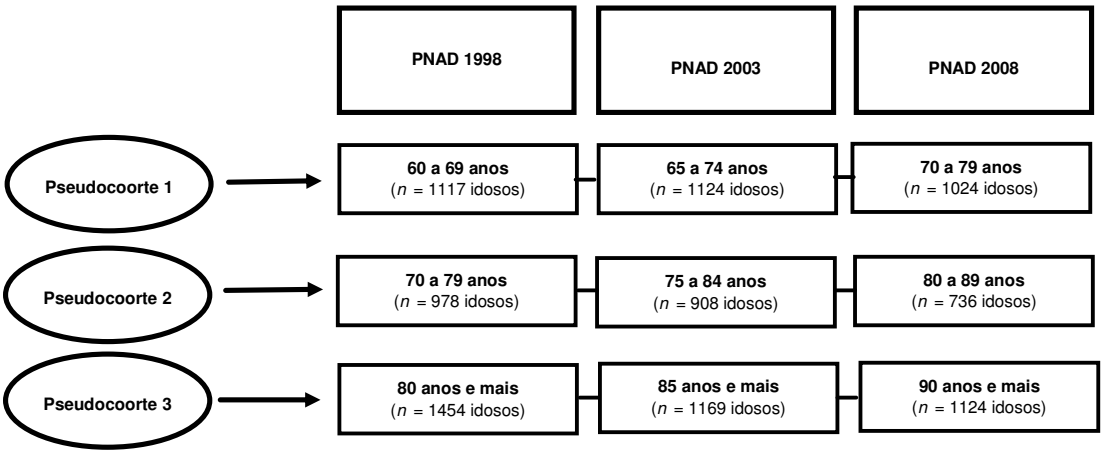
Criadas as categorias utilizou-se o *software* estatístico Stata® (versão 9) para análise descritiva e teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson[8] (χ^2), considerando $\alpha = 0.05$. Primeiramente, as relações das categorias de incapacidade funcional (independência, dependência leve e dependência moderada/grave) com as variáveis sexo, raça/cor (branca, preta e parda), renda (mensurada pelo valor de salário mínimo vigente no período), escolaridade (pelos anos de estudo), autorrelato da saúde e diagnóstico de depressão de idosos de Minas Gerais foram analisadas em perspectiva de período, por meio da PNAD-2008.

Em seguida, a partir de análise descritiva, em perspectiva longitudinal (por pseudocoortes – FIG. 5) e de período, utilizando os dados das PNADs de 1998, 2003 e 2008, verificou-se a proporção dos idosos em cada categoria, desagregadas por sexo, em Minas Gerais, nos respectivos anos.

---

[8] O teste Qui-Quadrado (χ^2) proposto por Karl Pearson em 1900, é maneira alternativa e equivalente de se comparar duas proporções e estabelecer a significância entre as variáveis (Farias et al., 1998).

Figura 5 – Pseudocoortes de idosos em Minas Gerais - PNADs de 1998, 2003 e 2008



Fonte: elaboração própria.

A análise quantitativa, além de fornecer um panorama das incapacidades funcionais em Minas Gerais em 2008, com a utilização de variáveis sociodemográficas, indicou as possíveis redes de apoio a esses idosos, dentro das possibilidades oferecidas pela base de dados escolhida. Na tentativa de se analisar as redes de apoio aos idosos, buscou-se utilizar uma variável *proxy* de composição domiciliar da PNAD 2008 para saber o número médio de componentes nos domicílios dos idosos. Verificou-se, ainda, a idade média das pessoas que moram nesses domicílios que têm idosos (considerando moradores de todas as idades); a idade média das pessoas que moram em domicílios com idosos, considerando somente moradores de 15 a 59 anos (pressupõe-se que os potenciais cuidadores estão nessa faixa etária); e a idade média dos idosos em domicílios com somente idosos, por categoria de incapacidade funcional. Entretanto, ressalte-se que existem outros constituintes das redes de apoio aos idosos que estão fora do domicílio, não sendo captados pela PNAD.

3.2 METODOLOGIA QUALITATIVA

Partindo da premissa de que algumas questões não podem ser respondidas apenas por métodos quantitativos, este estudo agregou aos achados a

metodologia qualitativa. Bryman (1993) adverte sobre a importância do diálogo entre pesquisas de cunho quantitativo e qualitativo. O autor assinala que o pesquisador quantitativo tem visão restrita do verdadeiro contexto social, ao passo que o pesquisador qualitativo é participante, com proximidade dos assuntos a serem investigados. Portanto, a pesquisa qualitativa é um método que deve igualmente ser utilizado para o estudo da vida social. Questionários que verificam ausência ou presença dos laços sociais são usados em grande escala em pesquisas sobre redes sociais (Marsden, 1990).

3.2.1 Operacionalização

A metodologia qualitativa foi empregada com o uso da técnica de entrevistas em profundidade (Anexo 1). Por meio dessa metodologia, há a evidência de detalhes que descrevem múltiplos fatores intervenientes, com o objetivo de entender comportamentos, percepções, e se ter maior aprofundamento em determinados assuntos pelos quais, por meio de pesquisas de cunho quantitativo, não se obtém respostas (Weiss, 1994). Marshall & Rossman (1995) discorrem sobre a flexibilidade do pesquisador ao realizar um trabalho de metodologia qualitativa. O pesquisador, de acordo com o andamento da investigação durante os primeiros dias de imersão no campo, determina quais situações observar, o que perguntar e o foco preciso de verificação da questão abordada. Estabelece, portanto, os temas relevantes e os padrões a serem seguidos. Além disso, os autores ressaltam que o pesquisador modifica os aspectos apresentados, tendo em vista o curso da investigação.

No entanto, o roteiro de entrevista em profundidade foi elaborado para ser feito de forma semiestruturada. Basicamente, esse tipo de entrevista permite perguntar a respeito do tema e a partir de algo que o entrevistado ou a entrevistada tenham falado e que não esteja necessariamente no roteiro; caso ache interessante, fazer com que os entrevistados discorram mais a respeito (Fonseca, 2008). Na pesquisa com roteiro semiestruturado há uma estrutura solta, na qual perguntas abertas definem a área a ser explorada para maior detalhamento de determinado tema (Pope & Mays, 2005 *apud* Torres et al., 2008). No intuito de se obter a rede pessoal do indivíduo, utilizou-se o critério chamado gerador de nomes, na qual os

entrevistados mencionam o nome de pessoas que fazem parte do seu cotidiano e as que oferecem algum tipo de apoio e o tipo de laço estabelecido (Perry & Pescosolido, 2010). O *software* UCINET®, que faz a ARS por meio de matrizes geradas pelos nomes obtidos durante a entrevista, foi utilizado para quantificar os dados obtidos (Borgatti et al., 2002; Jackson, 2008).

No intuito de se observar os diversos meios pelos quais se estabelecem as relações sociais dos idosos utilizou-se o ponto de saturação, regra padrão-ouro em pesquisas qualitativas, em que o número final de entrevistados é dado no momento em que as falas não acrescentam mais e se tornam repetitivas (Simão, 2009). Foram entrevistados 51 idosos (60 anos e mais) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no período compreendido entre março e junho de 2011. Optou-se por escolher regiões distintas, a Região Centro-Sul (bairros de Lourdes, Barro Preto e Savassi), região com elevada proporção de idosos, em sua maioria de melhor renda e escolaridade, e idosos das Regiões Norte, Nordeste e Extremo Leste (bairros Taquaril e Baleia), que têm idosos de menor renda e escolaridade (Ferreira, 2001; Zahreddine & Rigotti, 2006). O nome dos entrevistados e a localização geográfica relatada são fictícios.

As entrevistas foram feitas nos domicílios que tinham idosos, sendo selecionados por conveniência, pela rede pessoal de contatos do pesquisador, utilizando a Técnica *Snowball Sampling* ou Bola de Neve (Weiss, 1994; Atkinson & Flint, 2001): um idoso entrevistado indica outro. Em cada domicílio foi entrevistado somente um idoso, para não serem listadas as mesmas pessoas na rede. Os idosos entrevistados assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo 2), e na impossibilidade de assinar, por dificuldade motora ou não saber, o responsável pelo idoso assinava. Caso o idoso tivesse incapacidade funcional com dependência moderada/grave para ABVDs e/ou AIVDs, com consequente dificuldade para falar ou ouvir, o acompanhante respondia às perguntas, conforme estabelecido no projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Anexo 3). Na tentativa de calibrar o roteiro de pesquisa, foram feitas quatro entrevistas-piloto. Houve quatro recusas para participar da pesquisa, sendo que um idoso alegou não gostar de participar de entrevistas, outro alegou que não assinava o TCLE porque idoso de 80 anos não

podia assinar sem ter um responsável. Duas idosas argumentaram que não tinham muito o que contar sobre a própria vida, e não participaram.

A finalidade das entrevistas foi conhecer mais profundamente as redes sociais e as redes de apoio aos idosos em diferentes circunstâncias de vida, de independência e dependência funcional (idosos com dependência leve e com dependência moderada/grave). O roteiro elaborado teve a pretensão de categorizar os idosos entrevistados segundo fatores sociodemográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, e verificar relações de sintomas depressivos e aposentadoria nas redes sociais dos idosos, como se observa no Anexo 4, no qual se encontra o perfil dos entrevistados. Além de investigar as dimensões de análises das redes sociais dos idosos: 1) características da rede egocentrada - composição da rede (número de contatos e atributos específicos desses contatos; por exemplo, se os *alters* são homens/mulheres, familiares/amigos); densidade e centralidade nas redes sociais; força do vínculo (intensidade); proximidade e reciprocidade; 2) integração na comunidade (frequência de socialização com vizinhos, participação religiosa, em programas de voluntariado e envolvimento em grupos organizacionais).

O presente estudo incorporou o teste validado de rastreamento de sintoma depressivo em idosos - Escala de Depressão Geriátrica (EDG – Anexo 5). Como mostrado na revisão, dentre os diversos transtornos que afetam esse grupo, a depressão merece especial atenção, pois apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, e possivelmente por comprometer as redes sociais dos idosos. Incorporou-se outro teste validado, o teste de rastreamento cognitivo de idosos - Miniexame do Estado Mental (MEEM – Anexo 6). Este estudo utilizou como critério de exclusão idosos com nota de corte para demência; como visto em Perry & Pescosolido (2010), pessoas com doenças mentais têm importantes implicações na estrutura da rede social e rede de apoio, que não se estendem aos demais tipos de problemas ou população em geral. Particularmente, o estigma vinculado a pessoas com doenças mentais é um dos aspectos que podem nortear estudos específicos sobre esses indivíduos.

Além dos idosos independentes, este estudo incorporou idosos com limitações físicas, desde que não apresentassem limitações cognitivas. Na presença de incapacidade funcional, esta foi avaliada por meio de aplicação da Escala de Katz (para ABVDs – Atividades Básicas de Vida Diária) e da Escala de Lawton & Brody (para AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária), ambas validadas, Anexos 7 e 8, respectivamente. Idosos com alguma incapacidade funcional foram classificados segundo a dependência funcional, a partir de parâmetros de avaliação de tais escalas.

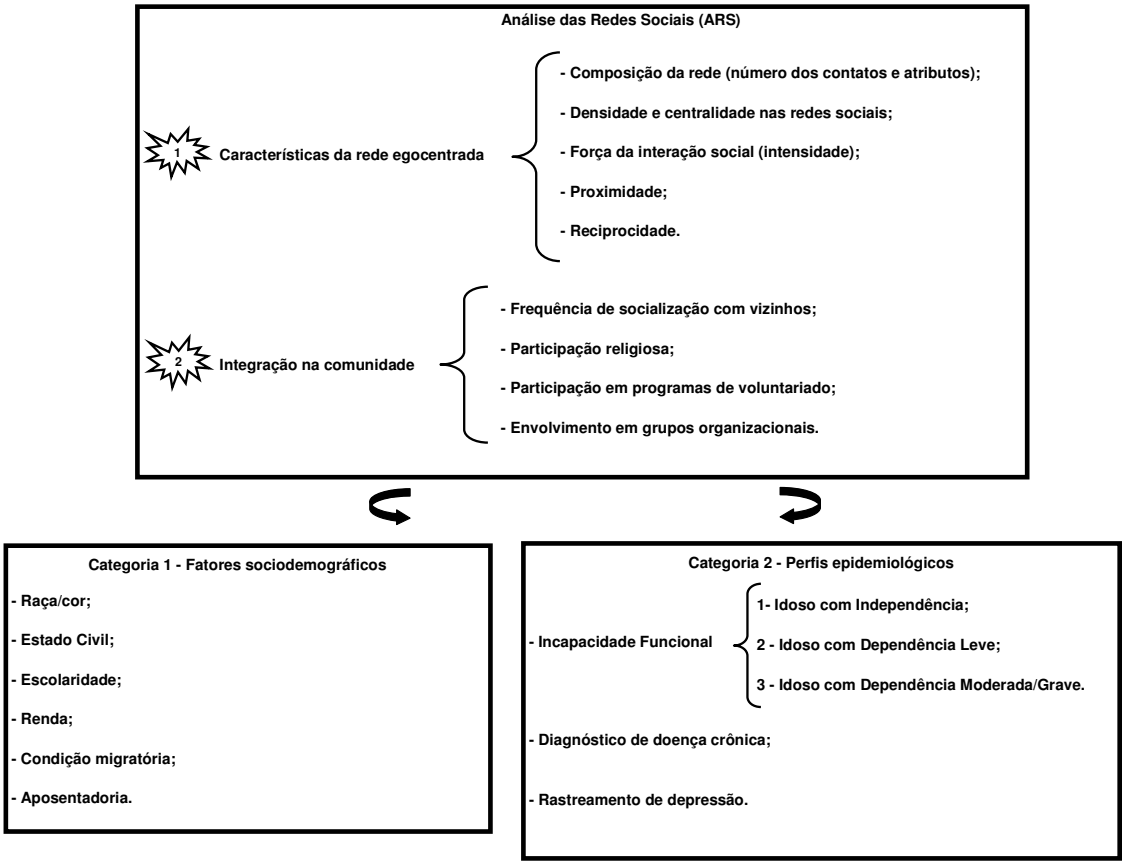
Tendo em vista que as respectivas escalas mensuram separadamente a dependência funcional, criou-se um algoritmo para classificação uníssona da dependência funcional, como no Anexo 9. Em um caso específico, um idoso foi avaliado como independente para ABVDs e dependente parcial para AIVDs. Esse idoso fazia uso de órtese no membro inferior por ter complicações do Diabetes Mellitus, e foi enquadrado nessa categoria pela escala de Lawton & Brody (1969), sendo considerado idoso dependente leve. Houve uma idosa portadora de deficiência visual e sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE), classificada como dependente moderada/grave. O número de idosos classificados segundo dependência funcional pela escala de Lawton & Brody (1969) coincidiu com o número de idosos pelo algoritimo proposto, ou seja, os parâmetros da escala de AIVDs por si só evidenciam a dependência funcional, pois pessoas com incapacidades nas ABVDs possuem incapacidades funcionais nas AIVDs, mas o contrário não é verdadeiro (Spector et al., 1987 *apud* Seidel et al., 2009).

Finalizando, os materiais utilizados para aplicação das entrevistas foram gravador de voz e bloco de notas. Após as entrevistas, transcreveram-se as respostas, e depois de leitura criteriosa das mesmas criaram-se categorias tendo por base temas ou ideias recorrentes nas falas dos entrevistados (Minayo, 1992; Ryan & Bernard, 2003). Por meio de análise de conteúdo elegeram-se as falas que representassem melhor as categorias criadas. A seguir, estão as categorias de análise.

3.2.2 Categorização dos dados qualitativos

A Análise das Redes Sociais (ARS) foi feita considerando as dimensões mencionadas (DIAG. 4). Os idosos entrevistados foram classificados da seguinte forma: 1) idoso independente; 2) idoso com dependência leve; 3) idoso com dependência moderada/grave. As redes sociais desses idosos foram analisadas segundo fatores sociodemográficos e perfis epidemiológicos (incapacidade funcional, diagnóstico de doença crônica e rastreamento de depressão). Os quesitos condição migratória e aposentadoria foram considerados somente para os idosos independentes. Como discutido na revisão, somente a incapacidade funcional repercute nas redes sociais dos idosos, o que possivelmente torna as redes de apoio mais efetivas. Dessa forma, os idosos com incapacidade funcional (dependência leve ou moderada/grave) foram analisados separadamente.

Diagrama 4 – Categorização dos dados qualitativos



Fonte: elaboração própria.

Em seguida, apresentam-se os achados deste trabalho, cerzindo os resultados quantitativos à voz dos idosos para melhor entendimento das especificidades das relações sociais nessa fase da vida.

4 SAÚDE E SOCIALIZAÇÃO DOS IDOSOS: ALGUMAS REFLEXÕES A PARTIR DOS ACHADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

O referencial teórico sustenta que entre as questões referentes à saúde, a incapacidade funcional é fator amplamente determinante na gestão e manutenção da vida social pelos idosos. Por esse motivo, perguntas podem ser levantadas: Como ficam as interações sociais dos idosos diante dos diferenciais sociodemográficos e epidemiológicos? Os idosos interagem de que forma? Na tentativa de responder a tais questões, a seguir são apresentados os achados referentes à vida social dos idosos entrevistados, além de breve perfil das incapacidades funcionais em Minas Gerais em 2008, por dados de período e pseudocoortes.

4.1 Interagir e integrar na velhice: os diversos fatores intervenientes

4.1.1 Diferenciais por sexo

Como discutido, os fatores sociodemográficos se relacionam sobremaneira nas questões referentes à saúde dos idosos e têm implicações diretas nas redes sociais dos idosos. Por sua vez, a saúde reflete diferenciais por sexo, raça/cor, renda e escolaridade[9], vistos nos processos de interação social. Ao se analisar diferenciais por sexo da incapacidade funcional, tal como definidos nas páginas 47 e 48, observa-se que as mulheres estão em maior proporção nas categorias de dependência (TAB. 2).

---

[9] A análise univariada da população de 60 anos e mais, sem a classificação por incapacidade funcional, está no Anexo 10.

Tabela 2 – Minas Gerais (2008): incapacidade funcional por sexo na população de 60 anos e mais

Incapacidade funcional	Sexo		Total (*n*)
	Masculino	Feminino	
Independência	55,8%	40,8%	2000
Dependência Leve	29,8%	38,9%	1477
Dependência Moderada/Grave	14,3%	20,3%	749
Total (*n*)	1836	2390	4226

Nota: χ^2 **= 282.18, *p* = 0.000.**

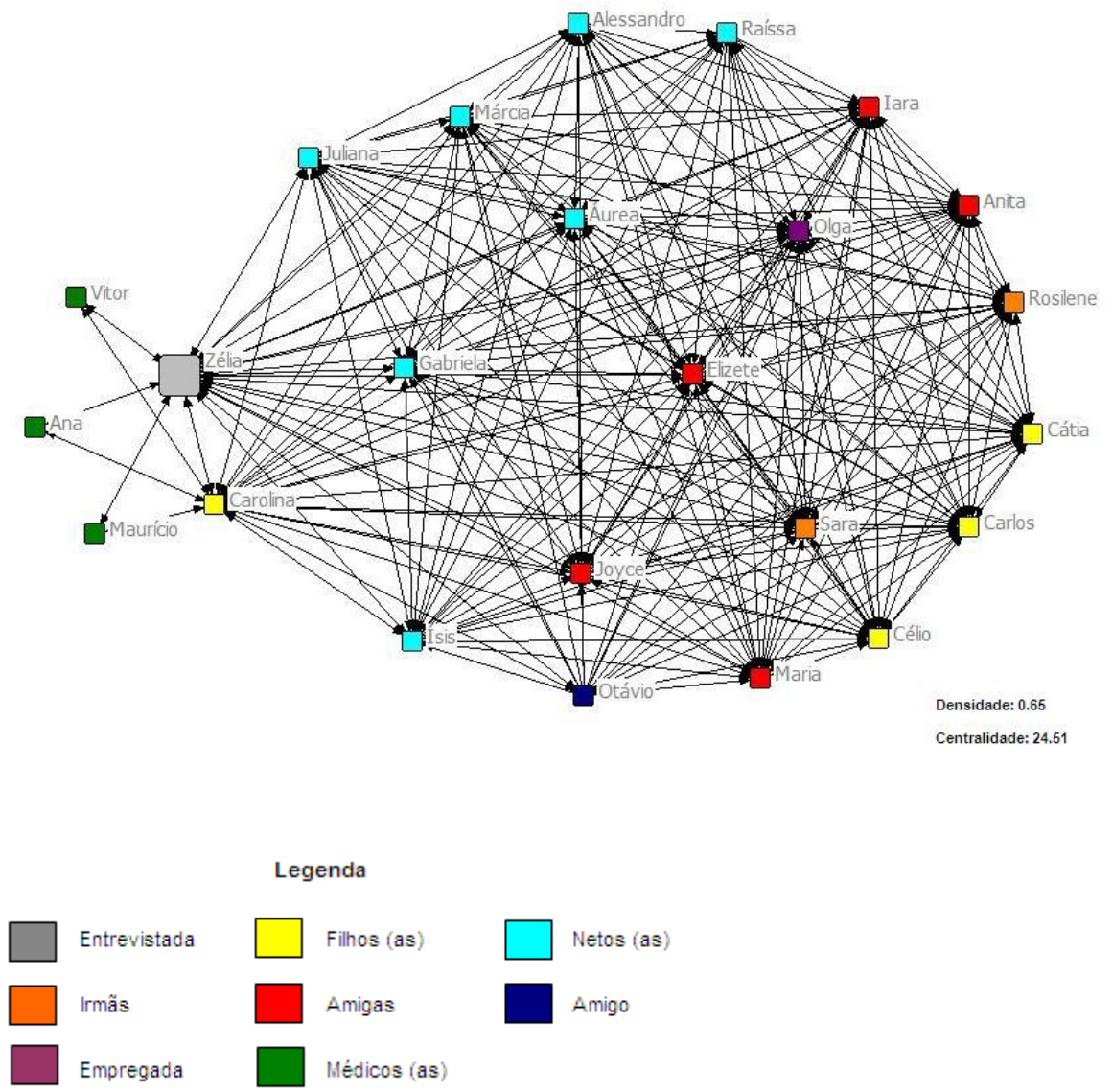
Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

A maior proporção de mulheres com algum tipo de dependência funcional (dependência leve ou dependência moderada/grave) talvez aconteça pela composição por idade de cada sexo, pois a incapacidade funcional é altamente determinada pela idade. Os homens que chegam às idades mais velhas, provavelmente por mecanismo de seleção, são menos suscetíveis e fragilizados em comparação às mulheres na mesma faixa etária (Perls et al., 2002 *apud* Camargos et al., 2005). Ao se analisar os dados da PNAD 2008, as idades médias e desvios padrão dos idosos por categoria de incapacidade funcional (independência, dependência leve e dependência moderada/grave) estiveram compreendidas, respectivamente, para as mulheres, $67, \pm 5; 69, \pm 7; 72, \pm 8$, e para os homens, $67, \pm 5; 69, \pm 6; 70, \pm 7$.

Pela análise dos relatos percebeu-se que a dependência funcional, por si só, está associada ao afunilamento das relações sociais somente a membros familiares, independentemente do sexo, corroborando achados de Litwin (2001). Porém, como se verá adiante, os achados oferecem indícios de que os laços afetivos adquiridos ao longo da vida pelas mulheres fazem com que as redes sociais se mostrem mais amplas na condição de dependência leve ou dependência moderada/grave. Ao serem indagadas sobre se receberam a visita de parente ou conhecido nos últimos cinco dias, e se têm a companhia de alguém durante o dia, as idosas relataram que, além da rede de apoio familiar (marido, filho/filha, genro/nora) e, em alguns casos, de cuidadores formais, tinham suporte oferecido por parentes mais distantes (sobrinho/sobrinha, primo/prima), além de amigas e

vizinhas. Os achados evidenciam que homens e mulheres apresentam relações mais estreitas com pessoas do mesmo sexo e idade (FIG. 6), ocorrendo a homofilia em relação ao gênero, independentemente da condição de saúde. O sociograma selecionado mostra que, ao se considerar todos os filhos da idosa, e principalmente as filhas, somente a uma filha é atribuído o apoio instrumental, acompanhando-a às consultas médicas. Tal achado revela que nas redes de apoio aos idosos existe sobrecarga de funções em determinados membros familiares, possivelmente por maior afinidade do idoso. O relato a seguir revela que, em geral, as amigas mantêm o vínculo com a idosa, mesmo na condição de dependência leve em que se encontrava.

Figura 6 – Sociograma da entrevistada Zélia



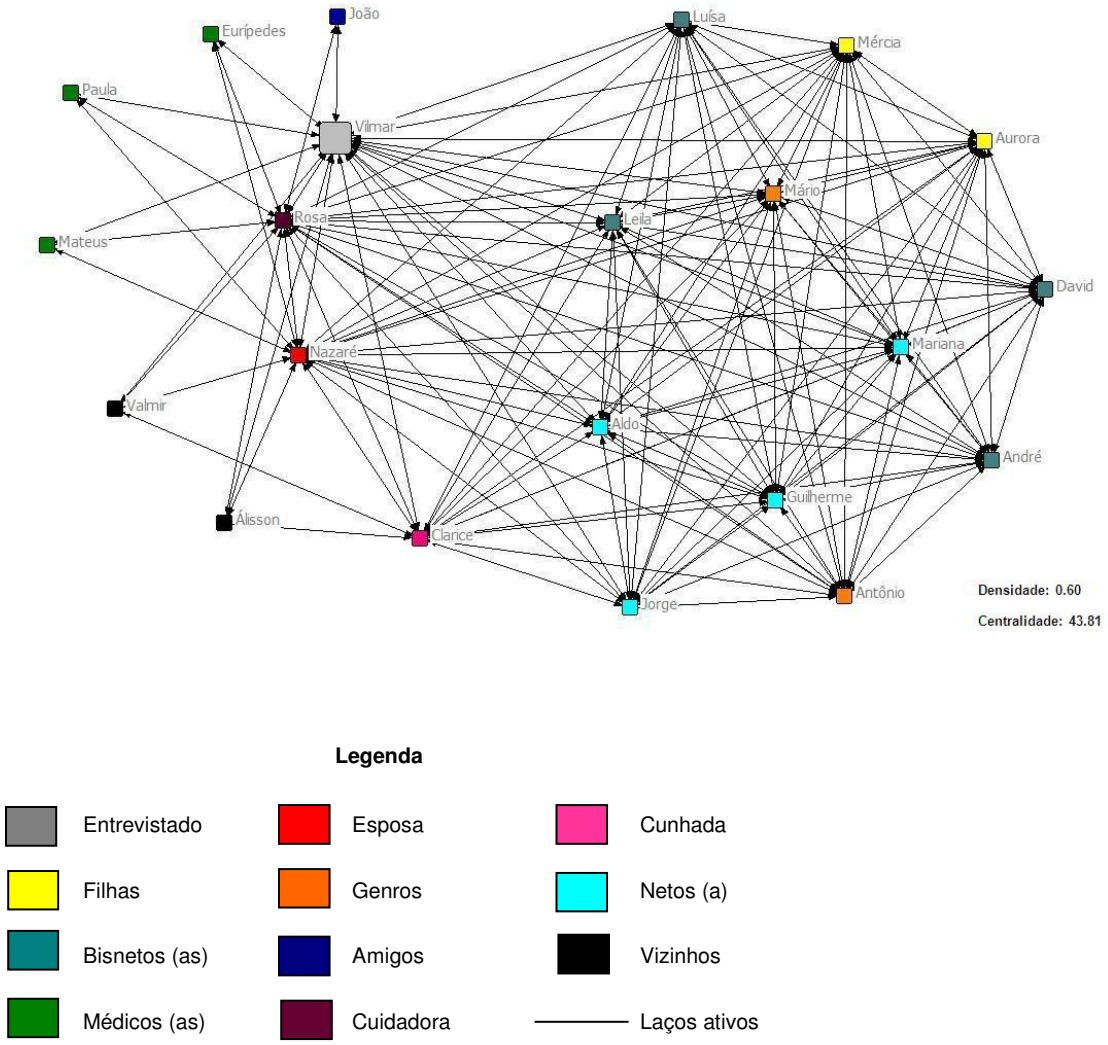
Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

> *"Meu filho vem me ver todo dia na parte da manhã. Tem uma irmã que vem praticamente de dois em dois dias, tem uma amiga que vem uma vez por semana. Nós conversamos, fazemos um lanche. Elas me fazem companhia, botamos a fofoca em dia. Elas vêm me ver, visitar. E telefonam todo dia. Hoje mesmo telefonaram. A mesma pessoa quem vem a cada dois dias ou que vem uma vez por semana telefona todo dia. Essa minha amiga telefona diariamente para saber como estou. Mesmo vindo de manhã, chega a parte da tarde eu ligo para ela".*

Zélia (84 anos; dependência leve; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

O caso do entrevistado Vilmar mostra que os homens, em geral, mesmo na condição de dependência leve, tendem a contar mais com uma rede de apoio familiar (esposa, filho/filha, genro/nora) ou de cuidados formais, somente. A FIG. 7 mostra que a cuidadora e a esposa têm papel importante na rede de apoio instrumental ao entrevistado, e o relato comprova a estreita relação do idoso com membros familiares.

Figura 7 – Sociograma do entrevistado Vilmar



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

"As minhas filhas vêm sempre aqui. Todas duas são casadas e sempre vêm com os genros e netos. Não posso queixar deles não. Nem sei quantos netos eu tenho. Eu tenho um punhado de

> *netos e já tenho quase tataranetos. Eles vêm aqui me fazer visita e fazer visita para os outros também [referindo-se à esposa e cunhada que moram com ele], porque tudo é parente. Então, não é só a mim não. Em absoluto. Vêm visitar a mãe também. Às vezes, elas vêm aqui toda semana, mas isso depende. Tem ocasião que vêm mais e tem ocasião que demora mais um pouquinho. A filha mais nova está demorando, com certeza ela viajou ou está ocupada em casa. Porque essas meninas também que são casadas não posso exigir muito delas porque elas têm obrigação, têm o esposo e os filhos. Não posso exigir, falar que elas estão fazendo pouco caso. "Ah, não vêm há muito tempo!" Não é, é porque não podem vir".*
>
> Vilmar (88 anos; dependência leve; branca; casado; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com esposa e uma cunhada solteira; tem cuidadora formal diurna)

Idosos de ambos os sexos, classificados com dependência moderada/grave, tendem a relatar mais contatos com membros familiares, como indicado no depoimento abaixo.

> *"[...] A única visita foram meus irmãos, que vieram aqui no dia 15 de fevereiro, porque era meu aniversário. Depois disso mais ninguém. Duas irmãs, o meu cunhado e meu sobrinho e a esposa dele. Mais ninguém. Vieram para me cumprimentar e trazer uma alegria para a gente, e isso daí eu achei muito importante".*
>
> Francisco (64 anos; dependência moderada/grave; pardo; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com esposa e uma filha solteira)

Além dos diferenciais por sexo na saúde, a racial é questão que se relaciona com as redes sociais dos idosos, principalmente redes de apoio. No entanto, a seguir mostram-se os achados com relação à raça/cor, para a formação das redes de apoio e na vida social dos idosos.

4.1.2 Alguns achados sobre a questão racial

As questões raciais estão fortemente associadas às condições de funcionalidade. A literatura internacional evidencia que membros de grupos étnicos minoritários, especificamente os negros, por terem menores condições socioeconômicas, apresentam maior exposição às doenças crônicas e incapacidades funcionais na velhice. Das famílias negras norte-americanas, 27% viviam na pobreza, quando comparadas a 11% de brancos, resultando em piores condições de saúde.

Consequentemente, os negros tinham maior incidência de incapacidade funcional e menor esperança de vida, mais sujeitos a ataques do coração, maior susceptibilidade ao diabetes, hipertensão e artrite, quando comparados aos brancos, em todos os níveis de renda (Isaacs & Schroeder, 2004; Bowen, 2009).

Em linhas gerais, embora sem significância estatística, os dados mostram ligeiro predomínio de independência funcional na população autodeclarada branca, como se observa na TAB. 3.

Tabela 3 – Minas Gerais (2008): incapacidade funcional por raça/cor na população de 60 anos e mais

Incapacidade funcional	Raça/cor			Total (*n*)
	Branca	Preta	Parda	
Independência	48,5%	44,9%	46,4%	1989
Dependência Leve	32,8%	37,2%	37,2%	1465
Dependência Moderada/Grave	18,7%	17,9%	16,4%	745
Total (*n*)	2177	409	1613	4199

Nota: χ^2 **= 13.50, *p* = 0.096.**

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Ao se analisar as entrevistas dos idosos e a autodeclaração de raça/cor por categoria de incapacidade funcional (Anexo 4), dos 36 independentes, 28 se autodeclararam brancos; 5 pardos; 2 negros e 1 amarelo. Dos 8 idosos com dependência leve, 7 se autodeclararam brancos e 1 pardo; dos 7 com dependência moderada/grave, 3 se autodeclararam brancos, 2 pardos e 2 negros. Na perspectiva das redes, os achados demonstram que ao se analisar os entrevistados por categoria de raça/cor autodeclarada, os autodeclarados negros/pardos na condição de dependência moderada/grave têm redes de apoio centradas, em geral, somente em membros familiares mais próximos (filhos e cônjuges) ou mesmo distantes (primos) para suporte material (dinheiro, moradia, comida, roupa ou pagamento de serviços) e instrumental (cuidado e transporte). A dificuldade financeira enfrentada pela maioria dos negros/pardos, como se observa na TAB. 4, ao se comparar os extremos de renda e a proporção de brancos e negros, respectivamente nessas categorias, é fator limitante para arcar

com cuidados formais, além das despesas de reabilitação funcional. Já a condição de dependência leve permite relações mais próximas com vizinhos e amigos, além de participação religiosa, independentemente da questão racial.

Tabela 4 – Minas Gerais (2008): relação entre raça/cor e renda na população de 60 anos e mais

Renda	Raça/cor			Total (*n*)
	Branca	Preta	Parda	
Meio a 1 sm	7,8%	15,0%	11,9%	422
Mais de 1 a 2 sm	16,5%	23,3%	20,7%	787
Mais de 2 a 3 sm	15,9%	16,7%	18,9%	718
Mais de 3 a 5 sm	20,8%	20,2%	23,0%	905
Mais de 5 a 10 sm	20,0%	17,4%	16,6%	773
Mais de 10 sm	19,0%	7,4%	9,0%	589
Total (*n*)	2175	407	1612	4194

Nota: χ^2 **= 155.74, *p* = 0.000.**

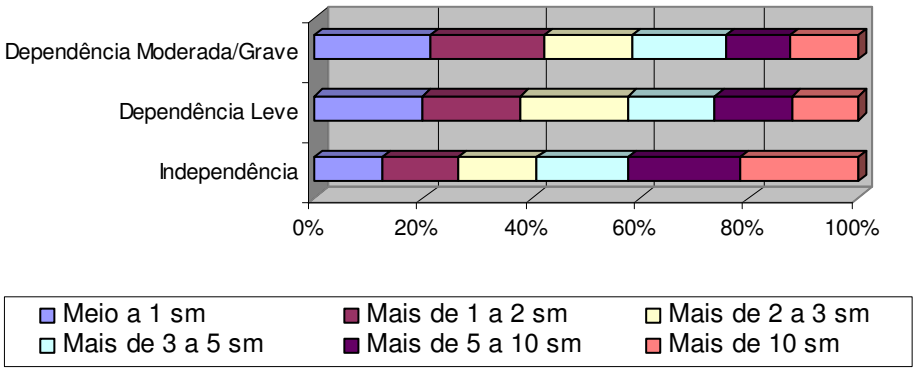
Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

As entrevistas evidenciaram a forte ligação entre raça/cor autodeclarada e a renda dos entrevistados, à exceção de alguns casos em que idosos de melhor renda se autodeclararam pardos. Idosos que relataram rendimentos maiores que 3 SM demonstraram ter maior acessibilidade às redes de apoio, principalmente no que se refere ao apoio material e instrumental. Além disso, tal como se detalhará adiante, a renda se mostrou importante por gerar maiores possibilidades de interação social. Os idosos com melhores condições financeiras demonstraram maiores oportunidades de participação social por realizar atividades recreativas, frequentar aulas diversas (canto, dança e outras), participar de grupos organizacionais, frequentar lugares para a prática de atividades físicas; e para aqueles com algum tipo de dependência funcional, ter acesso a tratamentos médicos mais intensivos, além de tratamentos de reabilitação no domicílio. Em seguida, serão vistos os achados nessa categoria de análise.

4.1.3 Diferenciais por renda

A questão racial está intrinsecamente ligada ao *status* socioeconômico, sinalizando diferenciais na saúde (Lantz et al., 2001; Isaacs & Schroeder, 2004; Bowen, 2009). Os resultados obtidos na relação entre incapacidade funcional e renda para idosos de Minas Gerais em 2008, apresentam significância estatística e mostram que idosos de renda mais alta estão em proporção muito maior na categoria de independência (GRAF. 1). A relação entre renda domiciliar *per capita* e dependência funcional dos idosos entrevistados se encontra no Anexo 4.

Gráfico 1 - Minas Gerais (2008): incapacidade funcional por renda domiciliar *per capita* na população de 60 anos e mais (%)



Nota: χ^2 = 144.39, *p* = 0.000.

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

O acesso mais limitado a tratamentos de saúde faz com que as pessoas de classes sociais mais baixas, em geral negras, adquiram doenças crônicas e incapacidades funcionais mais cedo do que pessoas de classes sociais mais altas. Por isso, elas morrem mais jovens (Isaacs & Schroeder, 2004). Além do acesso aos serviços de saúde, a diferença da morbidade e mortalidade entre pessoas de classes sociais distintas existe porque pessoas de classes sociais mais altas têm maior tendência de estilo de vida e comportamentos saudáveis, além de utilizar com frequência maior os tratamentos preventivos, em comparação às pessoas de classe mais baixa (Isaacs & Schroeder, 2004; House

et al., 2005). Nesse contexto, diferenças socioeconômicas em saúde são explicadas pela alta prevalência de comportamento de risco individual entre pessoas de baixa posição socioeconômica (Lantz et al., 2001).

As pessoas com idade de 55 a 64 anos, que vivem na linha da pobreza, têm chance seis vezes maior de relatar alguma incapacidade funcional, quando comparadas às pessoas nessa mesma faixa etária que possuem renda maior (Bowen, 2009). Lantz et al. (2001) afirmam que indivíduos com renda menor nos Estados Unidos, em 1994, tinham altas taxas de problemas físicos e de funcionamento psicológico. De acordo com Lima-Costa et al. (2006), no Brasil existem fortes evidências de que as condições de saúde da população idosa estão relacionadas à situação socioeconômica. O mesmo estudo analisou os dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), de 1998 e 2003, e verificou que idosos de renda mais baixa apresentavam piores condições de saúde, pior função física e faziam menor uso dos serviços de saúde.

Assim, as pessoas com menor *status* socioeconômico estão sujeitas a apresentar doenças crônicas e incapacidades funcionais e morrer, em média, mais cedo do que as pessoas de maior *status* socioeconômico. As pessoas mais pobres que chegam aos 85 anos de idade apresentam sobrevivência seletiva, com níveis de incapacidades funcionais iguais aos de pessoas da mesma idade, de melhor condição socioeconômica, de acordo com Minkler et al. (2006). Portanto, pessoas mais pobres que chegam a idade mais avançada apresentam seletividade, e após certa idade, os fatores socioeconômicos não exercem grande influência na saúde dos idosos. Rosero-Bixby (2008) obteve resultados similares para idosos da Costa Rica.

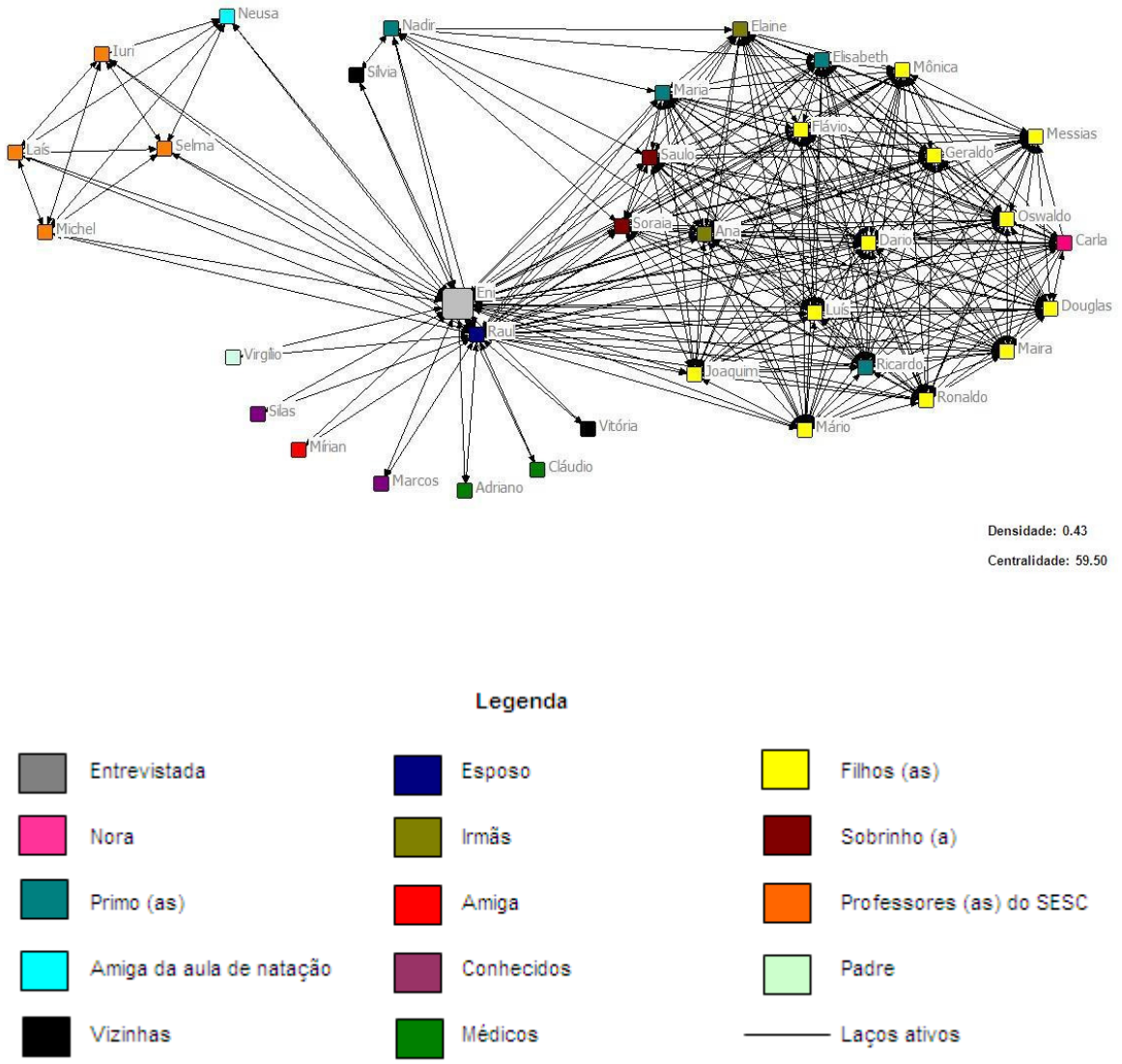
Estudo feito na Europa, em 1994, mostra que as desigualdades socioeconômicas estão presentes no grau de morbidade por educação formal e renda dos idosos, incluindo idosos muito velhos. Nesse grupo, observou-se maior probabilidade de incapacidade funcional decorrente da idade e do menor nível de educação formal ou renda, por efeito coorte. As desigualdades socioeconômicas na morbidade e mortalidade diminuíram com a idade, mais marcadamente entre as mulheres, porém nem sempre entre os homens. Nos homens mais velhos, as desigualdades persistiram pela alta prevalência de idosos menos escolarizados, em comparação

às idosas (Huisman et al., 2003). Por outro lado, como ressaltado, o alto *status* profissional e a renda predispõem ao desenvolvimento de fatores associados às morbidades (Michaux et al., 1996).

Controvérsias à parte, os relatos dos idosos, ao serem analisados por renda domiciliar *per capita*, evidenciaram que os idosos de melhor renda têm maior oportunidade de interação social pelas oportunidades que lhes foram oferecidas ao longo da vida. A situação socioeconômica repercute no estilo de vida e na participação social, facilitando o envelhecimento ativo (Engler & Peláez, 2002).

Por meio da análise do sociograma a seguir (FIG. 8), observam-se as amplas possibilidades de interações sociais da entrevistada. Mesmo tendo família extensa (representada à direita do sociograma), as atividades no Serviço Social do Comércio (Sesc) - aulas de computação, ginástica, canto e natação - ampliam sobremaneira sua rede social (como se observa no lado esquerdo do sociograma). No caso específico, a renda domiciliar *per capita*, relatada como a aposentadoria do marido, prevaleceu à escolaridade da entrevistada, que é baixa. O sociograma mostra que existe efetividade do suporte oferecido na rede de apoio à idosa (observada pela alta centralidade). Observa-se que o marido da entrevistada tem papel de destaque na rede de apoio material e instrumental, representado pelos proventos financeiros trazidos por sua aposentadoria, além do suporte emocional. Ele a acompanha nas consultas médicas (representando cuidados informais) e atividades religiosas (visto pela localização do padre no sociograma e vínculo com ambos).

Figura 8 – Sociograma da entrevistada Eni



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

O relato da entrevistada reforça os achados quantitativos de sua rede social. Além de tudo o que foi mencionado com relação à sua rede social, constata-se que o fato de a idosa usar internet, realidade ainda escassa para a maioria dos idosos, aumenta as possibilidades de interação social.

> *"Dez anos atrás um professor que começou dar umas aulas de computação no Sesc me perguntou: "Eni, você quer fazer?". Eu queria muito, mas naquele tempo eu tinha muito compromisso, achei que não ia conseguir. Então, minhas filhas sempre mexendo com computador, mas eu não gostava de mexer no computador delas para não atrapalhar, medo de atrapalhar. No meu aniversário ele [referindo-se ao marido] me deu um computador.*

> *Foi uma surpresa. Inclusive a primeira coisa que consegui digitar foi um agradecimento para ele do presente que ele me deu dos 74 anos. Foi maravilhoso! Eu fui conseguindo aprender. Não fiz aula. Vem um neto e ensina, vem uma neta e ensina, uma filha, todos que sabem vêm ensinando, e consegui ir longe. Fiz uma galeria de arte, coloquei minhas artes todas. Só que tem uma dificuldade, às vezes, hoje faço bonitinho, amanhã minha filha fala: "Mãe, faz para mim?". Eu digo: "Ah, eu esqueci!". Aí dá um dia ou outro volto a fazer de novo. Eu tenho que fazer uma vez, duas ou três para poder ter certeza que já aprendi. Mas acho que para minha idade está muito bom, porque eu consegui. Na internet falo com a minha família quase toda. Inclusive comentei com uma que mora em outro Estado, uma menina que eu amo. Ela falou assim: "Tia, a gente fica impressionada! Porque a nenenzinha nasceu hoje, minha última bisnetinha, ela nasceu 9 horas, 10 horas as fotos já estavam na internet para a família ver!". Eles ficaram muito felizes. Então acho assim, a internet maravilhosa, mas falo com meus netos que tem que ter muito cuidado, né? Tanto que eu ia arrumar uma salinha com cama, com tudo, depois falei: "Não, eles vão querer ficar na internet!" (risos). Quando eles estão aí sempre estou dando uma olhadinha, mas até hoje não flagrei nada de errado. Eles gostam muito é de joguinho, outros de namorada. Mas coisa grave ainda não observei. Eu fico de olho, fico olhando".*
>
> Eni (74 anos; independência; parda; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com o marido)

O relato abaixo, de uma idosa de alta renda, evidencia a vasta possibilidade de contatos da idosa por participar de grupo organizacional.

> *"Toda semana recebo aqui em casa várias amigas para jogarmos buraco [jogo de baralho]. Tenho até uma varanda aqui em casa que é tipo uma sala de jogos, com uma mesa e cadeiras muito confortáveis, onde nós ficamos [...]. Eu sou companheira do Lions Clube Belo Horizonte. Já fui presidente duas vezes. Tenho participação muito ativa. Atualmente sou diretora social, participo de atividades, muitas atividades, de forma que eu tenho uns trinta companheiros. É muita amizade. Duas vezes por mês a gente se encontra para jantares, coquetéis, então a gente está sempre em contato. São amizades de 40 anos. Praticamente faço parte do Lions há 40 anos [...]. Viajo muito também. Em novembro de 2010 fiquei 16 dias em uma praia, onde tenho sempre oportunidade de ir. Daqui para frente estou com bastantes programas esse ano para fazer algumas viagens, principalmente para o Nordeste [...]".*
>
> Luzia (79 anos; independência; branca; viúva; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com 2 mulheres estudantes pensionistas)

Outro relato mostra participação ativa na Maçonaria de um idoso de alta renda.

> *"Embora não possa falar muito a respeito, sou maçom também. Tenho vários amigos da Maçonaria".*
>
> Mauro (80 anos; independência; parda; casado; 18 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com esposa e 1 filha solteira)

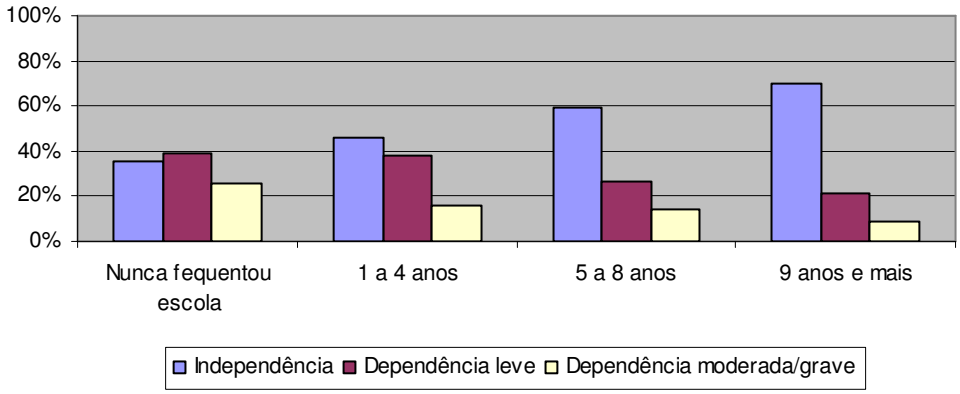
A renda gera maior efetividade da rede de apoio aos idosos. Embora seja importante meio para possibilitar a efetividade das redes de apoio, principalmente material e instrumental, existem outras variáveis intervenientes no processo. A personalidade dos idosos tem efeito na configuração das redes sociais e manutenção das redes de apoio, independentemente da renda (Litwin & Landau, 2000). Os depoimentos dos idosos de menor renda demonstraram ser a família a principal fornecedora de suporte nas redes de apoio, além dos amigos. Em geral, a renda apresenta estreita relação com a escolaridade. A seguir discorre-se sobre a escolaridade e os achados relacionados a essa variável.

4.1.4 Escolaridade

A restrição das redes sociais se relaciona com a mortalidade e morbidade, independentemente do *status* socioeconômico (Berkman & Syme, 1979). No entanto, o *status* socioeconômico, muitas vezes associado à escolaridade, é importante instrumento para o acesso à informação, comunicação e aspectos preventivos. Homens e mulheres norte-americanos com menos de 12 anos de escolaridade e renda menor de dez mil dólares por ano, em 1986, eram duas vezes mais propensos a ter limitações funcionais na velhice, quando comparados às pessoas com maior escolaridade e maior renda (Lantz et al., 2001).

Ao se analisar a variável incapacidade funcional pela escolaridade (representada por anos de estudo) para idosos de Minas Gerais, em 2008, obtiveram-se resultados estatisticamente significantes. Idosos na categoria de "sem instrução" e "até 5 anos de estudo" se apresentam em maior proporção nas categorias de dependência leve e dependência moderada/grave. A partir de "1 a 4 anos" de estudo se tem maior proporção de idosos na categoria independência. Para os mais escolarizados ("9 anos ou mais"), a proporção na categoria de dependência moderada/grave diminui, como observado no GRAF. 2.

Gráfico 2 – Minas Gerais (2008): incapacidade funcional por escolaridade na população de 60 anos e mais (%)

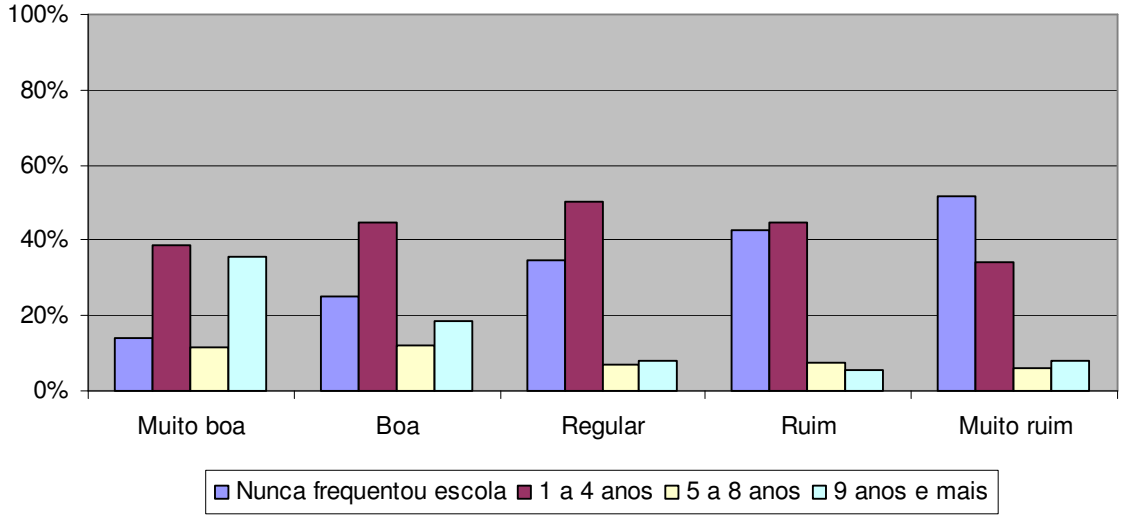


Nota: χ^2 = 252.84, *p* = 0.000.

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Os diversos estudos comprovam que o nível educacional é forte determinante do surgimento da doença crônica e da incapacidade funcional (Johnson et al., 2007; Ferri et al., 2012). A educação formal relaciona-se com maior oportunidade de trabalho, o que repercute na renda e na escolha de estilos de vida mais saudáveis e melhor comunicabilidade (Shetterly et al., 1998). Assim, pessoas mais escolarizadas tendem a relatar melhor sua condição de saúde, segundo Lantz et al. (2001). As pessoas menos escolarizadas têm hábitos mais frequentes de risco à saúde, como o uso de bebidas alcoólicas, fumo, inatividade física e alimentação não saudável; consequentemente, maior propensão ao surgimento das doenças crônico-degenerativas e incapacidades funcionais (GRAF. 2). No que se refere ao autorrelato da saúde, tendem a classificá-la, em maior proporção, como “ruim” ou “muito ruim”, o que está no GRAF. 3.

Gráfico 3 – Minas Gerais (2008): autorrelato da saúde por escolaridade na população de 60 anos e mais (%)



Nota: χ^2 = 359.17, *p* = 0.000.

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Por sua vez, o diferencial socioeconômico na saúde é notado principalmente no começo da vida adulta e início da velhice, e é menor nas idades produtivas do indivíduo (Isaacs & Schroeder, 2004; House et al., 2005). Entretanto, a posição socioeconômica na infância se relaciona com o desenvolvimento de incapacidades funcionais na velhice. Nos Estados Unidos, filhos de famílias mais pobres com baixo nível educacional e ocupacional têm menos oportunidades de aquisição de bens e serviços e acesso restrito à informação necessária para promover e manter boa saúde na vida adulta, diminuindo a prevalência das incapacidades funcionais na velhice (Bowen, 2009).

No contexto brasileiro, especificamente no município de São Paulo, o número de doenças tidas na infância, nacionalidade (*proxy* do contexto sociopolítico de vida na infância), consumo de medicamentos na fase adulta, tabagismo, falta de atividade física, anos de estudo e renda durante a vida adulta se relacionam com o número de doenças crônicas na velhice e progressão dessas (Campos, 2008). No entanto, os ganhos em esperança de vida ativa, aumento da saúde e

compressão da morbidade[10] tendem a reduzir disparidades socioeconômicas na saúde, principalmente durante a velhice. Grupos de baixo nível socioeconômico e escolaridade obtêm melhorias no *status* de saúde em virtude da compressão da morbidade, sendo esse efeito experimentado mais rapidamente pelas pessoas com mais anos de escolaridade (House et al., 2005).

Outros estudos, como o de Lantz et al. (2001), mostram que o subsídio de renda e o auxílio à educação formal têm impactos significativos no adiamento da incapacidade funcional e na sua progressão. Isso porque a educação formal é instrumento significativo para adquirir práticas preventivas ao longo da vida, e renda é importante fator para a aquisição de serviços de saúde, nos aspectos curativos e de reabilitação. Os mesmos autores assinalam ainda que a renda é preditor mais fortemente associado à morbidade e à mortalidade do que a educação formal. Portanto, a renda é fator imperativo para o acesso à saúde, melhores condições de domicílio e melhores condições de trabalho, além de garantir coesão na comunidade e aumentar a possibilidade de interações sociais (Litwin, 2001). Os relatos dos idosos de maior escolaridade e melhor *status* socioeconômico fornecem indícios de que a escolaridade e a renda permitem maior eficiência das redes de apoio, principalmente no que se refere aos cuidados assistenciais à saúde, segundo depoimento a seguir.

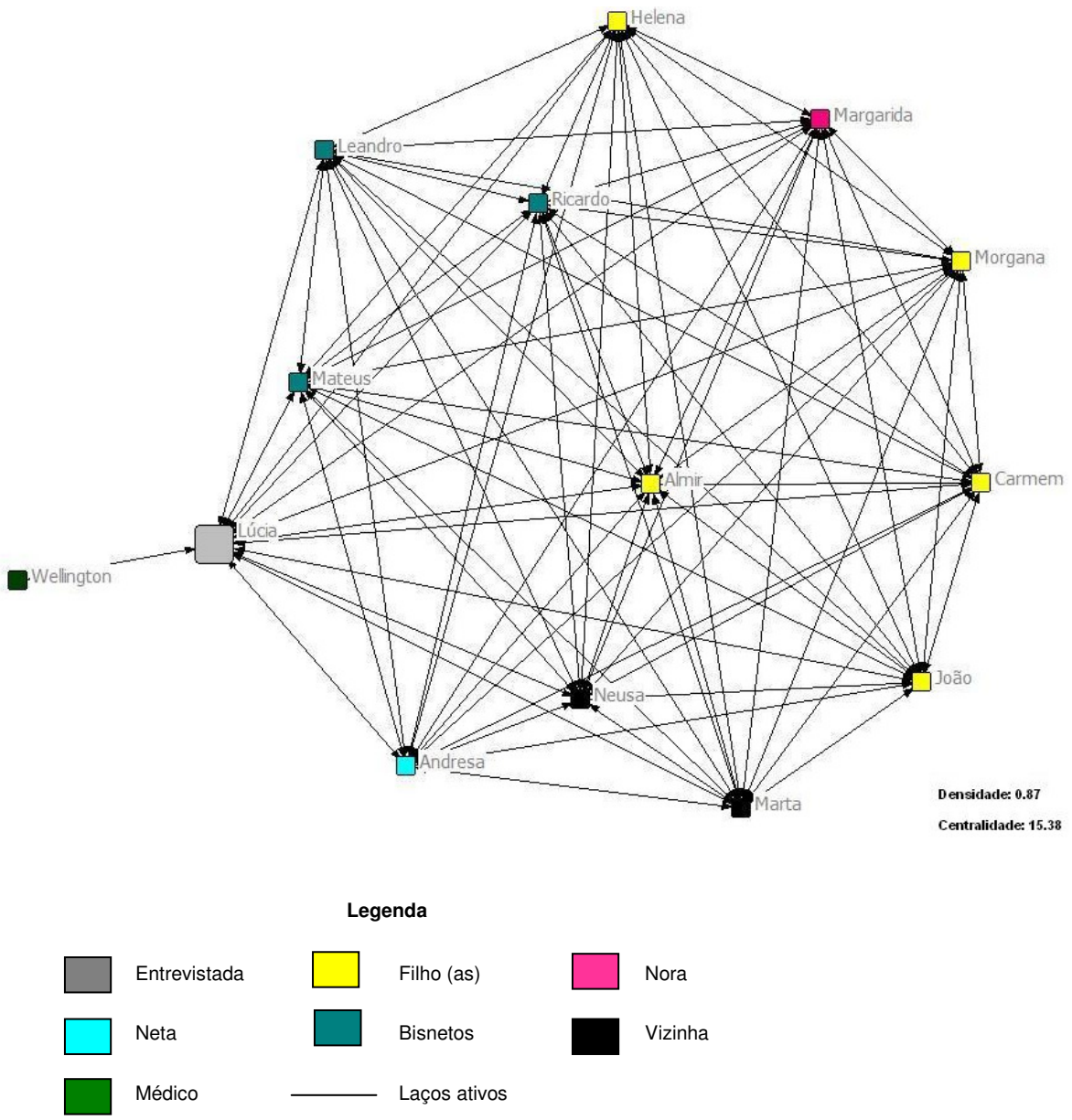
> *"Detesto imposição de horário, detesto ser monitorada [referindo-se a trabalho]. Então vou fazer minha fisioterapia, minha hidroginástica, minha caminhada a hora que quero, então não fico presa a horário, e com isso a vida é muito mais saudável, né? Tenho muitas atividades paralelas. Sou síndica do prédio e quando posso participo das reuniões da associação de bairro [...]. Meu dia começa assim... De manhã vou para a academia e lá faço hidro, faço localizada, faço musculação, nado. Depois venho e faço o almoço, faço o almoço para a casa. E à tarde vejo um filme, leio, ou alguma coisa, e faço alguns afazeres da casa. Atualmente estou fazendo fisioterapia porque tive uma tendinite no pé esquerdo. E lazer, cinema. Ainda esse fim de semana nós fomos em um passeio em Tulipa de Minas com a turma, e foi muito agradável. Encontrei uma pessoa que é prima de uma amiga que perdi o contato com ela, e fiquei feliz de ter conseguido o telefone. Agora a gente vai manter mais contato por telefone, e-mail. A*

[10] O termo compressão da morbidade normalmente é utilizado para conceituar a ocorrência de doenças crônicas e incapacidades funcionais nas idades mais avançadas, em razão das melhorias no estilo de vida e cuidados com a saúde (Fries, 1980; Cheung, 2005; Markides, 2007).

> *minha filha diariamente vem aqui, praticamente mora aqui. O meu filho uma, duas vezes por semana, mas em outros dias conversamos por telefone, por e-mail, vídeo. Todo dia depois do almoço tiro uma soneca, porque ninguém é de ferro, né? Tiro uma soneca e depois leio, vejo um filme. Na TV por assinatura tem uns filmes muito bons. Leio alguma coisa ou vou fazer fisioterapia ou vou fazer uma compra, vou fazer alguns afazeres da casa. À noite não sou muito de sair por questão de segurança, e isso a gente foi criando o hábito de não sair muito à noite devido à violência".*
>
> Rosa (71 anos; independência; branca; casada; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com o marido)

Em contrapartida, ao se observar, por exemplo, o sociograma da entrevistada Lúcia, que relatou somente saber ler/escrever um bilhete e baixa renda (renda domiciliar *per capita* de 1 SM), constata-se que sua rede é composta somente por membros familiares, além da vizinha (FIG. 9). No entanto, como ainda se observa, existe possibilidade de apoio, porém a efetividade do mesmo está comprometida, pela baixa centralidade.

Figura 9 – Sociograma da entrevistada Lúcia



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Os depoimentos reforçam a ideia de que as redes de apoio, principalmente material e instrumental, de idosos que declararam alta renda, tendem a ser mais eficientes, como nos relatos a seguir.

> *"De manhã, por exemplo, antes de sair para trabalhar, ela [referindo-se à filha] me dá os remédios que tenho que tomar de manhã. Na hora do almoço já é a Marilda [empregada doméstica*

> *que também exerce função de cuidadora]. Ela não esquece, dá os remédios direitinho. E só. Tem uma fisioterapeuta que me atende em casa já tem quase dez anos [...]. Antigamente, eu costurava, cozinhava, toda vida gostei de eu mesma cozinhar. A minha empregada agora cozinha aqui o tempo todo, mas ela até fala assim: "Saudade de a senhora voltar para cozinhar!". Saudade também tenho, mas não resolve ter saudade, né? Eu cozinhava muito. Todo domingo os meus filhos e netos almoçam comigo. Ficam aqui o dia inteiro. Domingo é o terror dos meus filhos, tem dois meninos. Ai, meu Deus do céu! Ele é acostumado aqui. Eu fico o dia inteiro, eu, o Rubens [marido] e a minha empregada. O resto tudo sai. Ah! (suspiro). Chega domingo, chegam esses meus filhos com os dois deles, e ele também é um menino, um meninão. Brinca com os meninos, mexe com os meninos, igualzinho. São dois meninos. Com ele, três. É uma barulhada dentro de casa... Nossa! Quando ele vai embora estou cansada, doida para ir deitar".*
>
> Auxiliadora (83 anos; dependência moderada/grave; branca; casada; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com marido e filhas solteiras; tem uma cuidadora)
>
> *"Vou a vários médicos. Tenho um oncologista, o Eurípedes. Tenho o oftalmologista, o Mateus, e a geriatra, a Paula. Vou constante. Eu vou constante porque a doença... Estou sempre sentindo alguma coisa diferente. Essa menina aí, que me acompanha [referindo-se à cuidadora] ou então a minha esposa. Eu ando com muita dificuldade. É uma dificuldade por causa da vista e equilíbrio. São as duas coisas que me atrapalham muito a andar".*
>
> Vilmar (88 anos; dependência leve; branca; casado; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com esposa e 1 cunhada solteira; tem uma cuidadora formal diurna)

A menor escolaridade, na maioria das vezes, está associada à menor renda. Os depoimentos dos idosos dessa categoria mostram que além de não contarem com rede de apoio material (principalmente dinheiro) dos demais membros familiares, ao precisar de apoio instrumental em relação aos cuidados à saúde no setor público, ao conseguir atendimento, não têm as mesmas queixas, como se observa abaixo.

> *"O ortopedista falou que não estou tendo nada na cadeira, mas falou que isso é infecção nos nervos. Infecciona os músculos, aí perturba a gente. Anteontem mesmo eu fui no médico de nervo, ele falou: "Se não melhorar, a senhora volta no ortopedista". Eu fui no médico clínico, porque estava com dor. Aí cheguei e falei: "A gente ficar velho é ruim demais, né? Eu estou cheia de dor! (risos). Doutor, vim cá para o senhor me arrumar remédio de dor!". Só que no dia em que consegui atendimento já sentia dor em outro lugar e não mais nas costas [...]. Algumas vezes vou na minha filha porque lá, às vezes, tem alguma coisa para fazer. Vou*

> *na horta e mexo lá. Lavar roupa tem tempo que não lavo. Minha menina lava de noite, coitada. Ela: "Não, a senhora vai ficar com dor nas costas!". Dou uma arrumadinha na cozinha, varro a casa. À tarde, às vezes, faço janta, e, às vezes, ela quem faz. Fico quieta. Hoje vou para a igreja, se Deus quiser. Quando estou sentindo muita dor não vou, porque gasto 15 minutos daqui lá, e para quem está com dor, para andar é muito".*
>
> Joana (77 anos; independência; branca; viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora com 1 filha, 1 genro e 1 neta)

Em geral, os idosos com maior escolaridade e maior renda demonstraram maior suporte preventivo e curativo, autorrelatando melhor sua saúde, com mais possibilidades de interações sociais. No entanto, os relatos remetem à importância dos cuidados preventivos. Minkler et al. (2006) advertem que um incremento adicional na renda de jovens gera maior impacto no declínio da taxa de incapacidade funcional quando envelhecem, em comparação ao mesmo incremento na renda de idosos. Isso demonstra por que é mais caro cuidar do problema de saúde já estabelecido, ou seja, da incapacidade funcional instalada em idosos que não se preveniram na juventude, quando não havia doença crônica prévia.

Todavia, fatores sociodemográficos e socioeconômicos são determinantes com relação aos diferenciais de saúde dos idosos. Isso se reflete nas redes sociais dos idosos e nas redes de apoio na velhice. Em países como Suécia e Japão, nos quais há menor desigualdade de renda e distribuição mais igualitária da riqueza, encontram-se menores prevalências de morbidade, incapacidade funcional, mortalidade e maior esperança de vida ativa e participação social (Isaacs & Schroeder, 2004). Inegavelmente, todas as dimensões consideradas (sexo, raça/cor, renda e escolaridade) se relacionam sobremaneira com a saúde nos aspectos ligados à mortalidade e morbidade, que por sua vez repercutem nas redes sociais dos indivíduos. Contudo, é importante salientar que existem variabilidades de efeitos nos diversos fatores (sociodemográficos, socioeconômicos, psicológicos e culturais), além do número de laços relatados, sobre as redes sociais dos entrevistados, que não se pôde efetivamente controlar.

Dentro das possibilidades de investigação e norteando-se pelas perguntas - "Mantém contato com pessoas com as quais trabalhou, ou caso não tenha

trabalhado fora, com pessoas da época da sua juventude?"; "É aposentado(a) ou ainda trabalha?"; "Caso seja aposentado(a), sente que a vida mudou?", buscou-se traçar um panorama dentro da perspectiva de ciclo de vida, sobre as redes sociais dos idosos. Todavia, além da importância de uma boa saúde para manter interações sociais satisfatórias, é essencial conhecer a efetividade das redes de apoio na presença de incapacidade funcional. Por isso, em perspectiva longitudinal, por pseudocoortes, obtiveram-se achados das incapacidades funcionais, a fim de haver indícios das idades nas quais os idosos têm maior probabilidade de demanda por suporte nas redes de apoio, cognitivo, material, instrumental ou emocional, o que será visto em seguida.

4.2 Na trama das redes: juventude, aposentadoria e saúde

Ao serem questionados se os contatos estabelecidos durante a juventude ainda permaneciam, a grande maioria dos idosos relatou não estabelecer mais contato com pessoas da época da juventude por terem se mudado do local onde passaram essa parte da vida, em razão de vínculo matrimonial ou trabalho. O fator migração na época da juventude foi predominante nos idosos entrevistados. Em geral, ao se estudar redes sociais, percebem-se perdas nas redes de contatos pela migração (Entwisle et al., 2007). Os idosos relataram que eram de outras localidades na época da juventude. Muitos contatos estabelecidos foram perdidos com o tempo, com exceção de alguns que ainda mantinham contato com parentes que moram no interior e que esporadicamente os visitam.

> *"Não. Eu morava no interior, né? Fui criada em Solares do Campo. Tenho muitas primas lá e quase não vou à casa delas. A gente sai, sai tudo correndo, tal [...]. As que eu trabalhei antes de solteira, depois de casada, até hoje também não vejo. De vez em quando vejo uma na rua, me cumprimenta e tudo (risos). Mas não guardo a fisionomia e o nome".*
>
> Manuela (65 anos; independência; branca; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com marido, 1 filho, 1 filha, 1 genro e 1 nora)
>
> *"Não, não. Não tenho contato com ninguém da época da minha juventude. Tem anos que tenho vontade de ver uma colega de infância, mas não vejo. Perdi o contato. Nem sei onde mora. Está longe. É de infância, eu tenho vontade de ver. Nunca mais vi. Viva sei que está. Eu sei porque a tia dela mora lá na minha terra,*

Mareaçu. Ela falou comigo. Ela me deu até o endereço para se eu quiser ir lá, mas... Ela mora lá, mas eu... Fico com medo de chegar lá e não ser bem recebida".

Sílvia (70 anos; independência; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho solteiro)

"Das pessoas que convivi na juventude não tenho mais contato. Eles moram tudo no interior. É muito difícil. Nós estamos a 650 quilômetros de Quatro Diamantes. Então não tenho contato muito com eles. Só na época que a minha mulher faleceu que veio um bocado deles aí. Eu liguei para eles para "vim" e eles "pegou e veio". Quem pode "vim", veio, quem não tinha condição de "vim" não veio".

Messias (71 anos; dependência leve; branca, viúvo; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filha e 1 genro)

"Perdi com a maioria porque fui criada no interior, e eu vim para cá, então... Mas de vez em quando tenho contato com umas primas, Bel e Verônica. Mas é muito difícil ter contato. Às vezes a gente passa até ano sem encontrar".

Juraci (71 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filho solteiro, 1 filha solteira e 1 neta)

"Você acredita que não tem nem um? Perdi o contato mesmo. Que coisa! E também nunca trabalhei. Casei com 17 anos, meu filho. Só fui dona de casa. Perdi o contato com todo mundo da juventude".

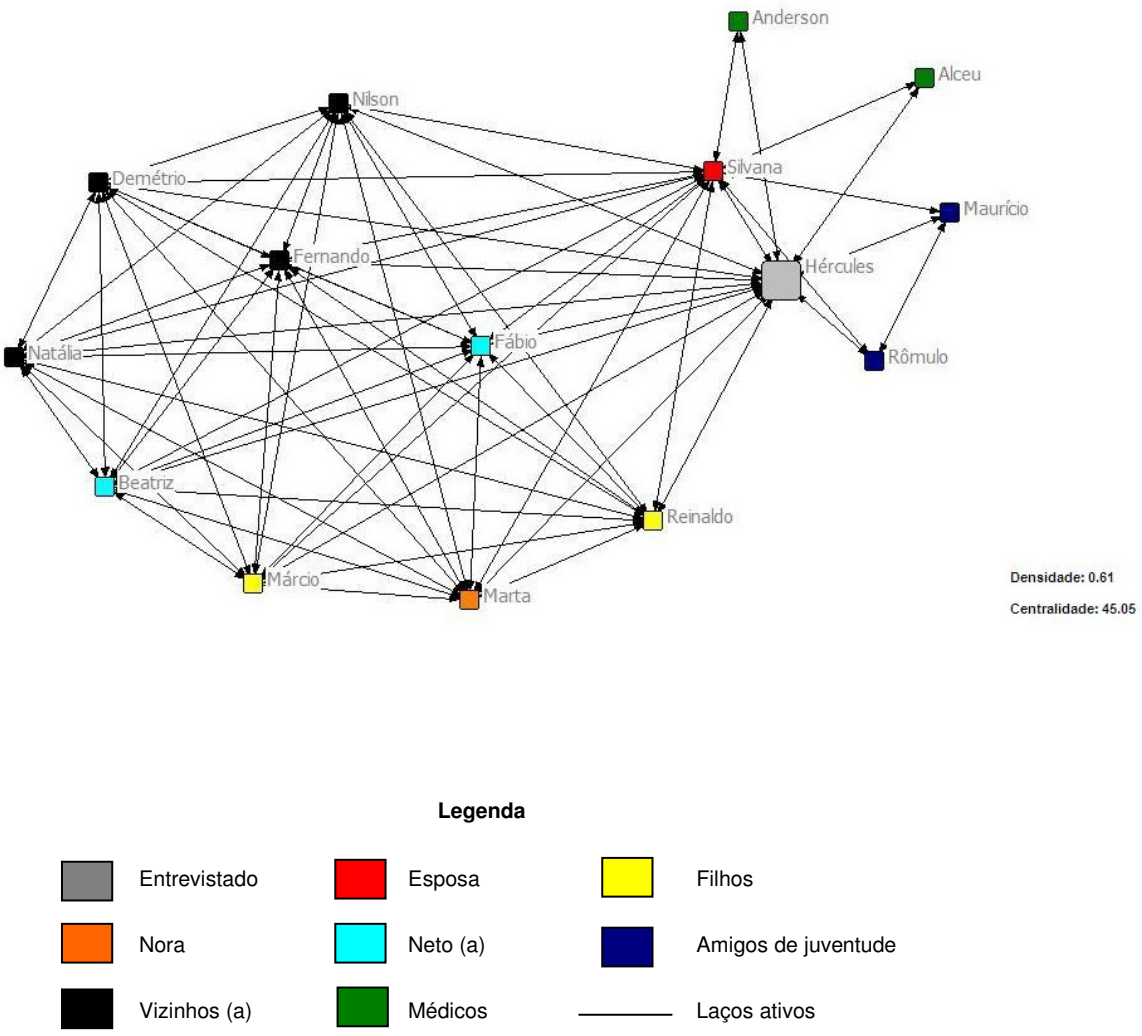
Divina (69 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora sozinha)

Outros idosos, porém, relataram ter algum contato, mesmo raro, com pessoas da época de juventude. Pela análise do sociograma do entrevistado Hércules (FIG. 10), observa-se que pessoas da época de sua juventude fazem parte da conformação de sua rede social. Trata-se de idoso com idade muito avançada e dependência leve, que tem rede social de alta densidade e baixa centralidade. Como visto no Anexo 11, ao se analisar as densidades e centralidades das redes sociais de todos os entrevistados, em geral observa-se que essas se apresentam com alta[11] densidade e baixa centralidade. Nesses casos, idosos de idade muito avançada, com algum tipo de incapacidade funcional (dependência leve ou

[11] Considerando uma escala de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior será a densidade.

moderada/grave), com redes sociais estritamente familiares e que relataram poucos membros constituintes. Portanto, pressupõe-se menor efetividade nas redes de apoio para essas redes. Contrariamente, idosos norte-americanos de idade muito avançada apresentaram redes sociais de baixa densidade, quando comparados aos idosos de menor idade (Litwin & Landau, 2000 e Randall et al., 2010).

Figura 10 – Sociograma do entrevistado Hércules



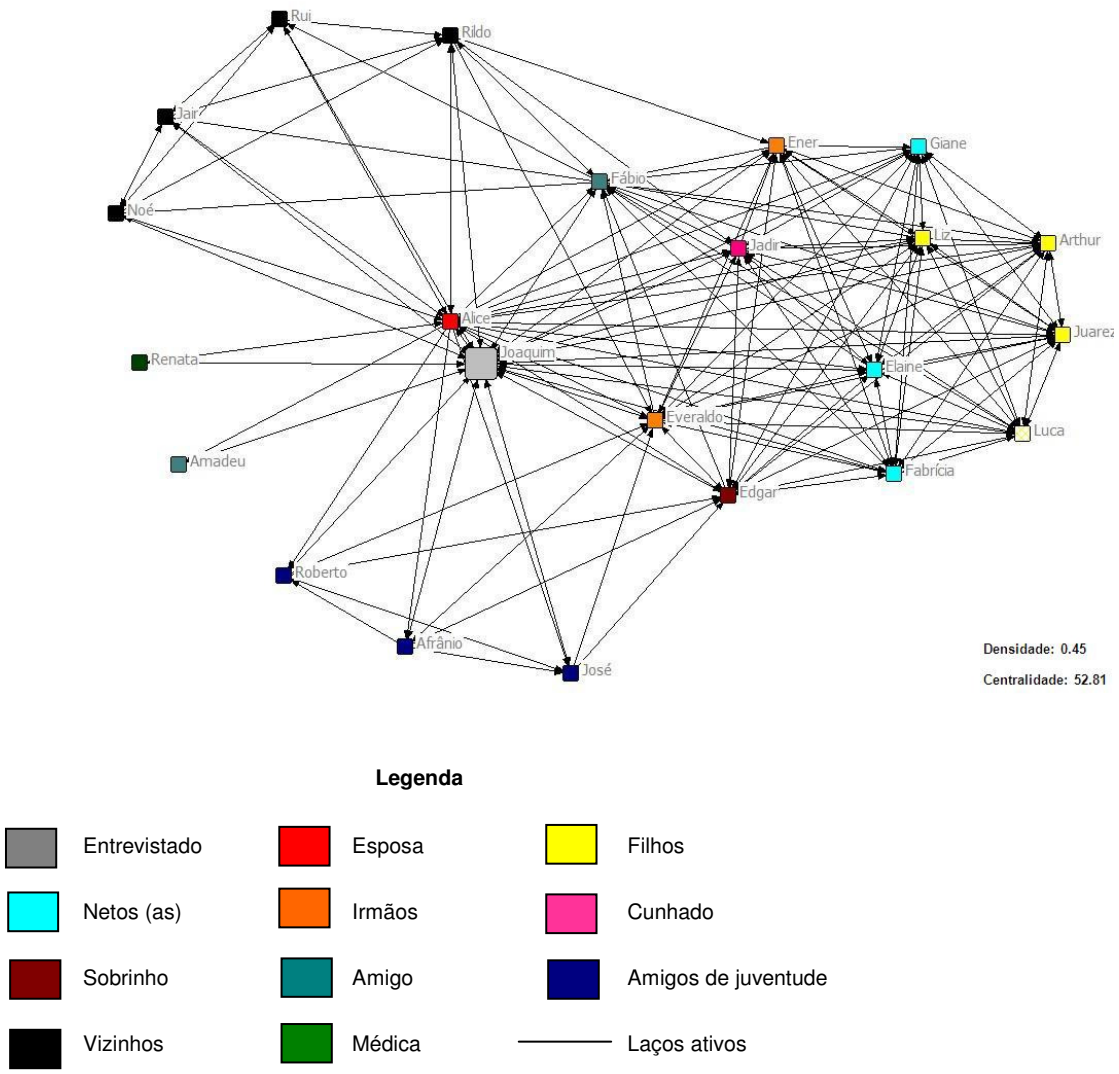
Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Os achados qualitativos complementam os achados da conformação de sua rede social.

> *"Ah, tenho muito pouco contato, muito pouco mesmo. Eu não sou muito de sair não [...]. Mas ontem mesmo liguei para um colega, o Rômulo. Deve ter uns três ou quatro dias que falei com dois colegas meus que eu trabalhava junto. De saúde eles estão bem. Quer dizer, o Maurício não está muito bem não, mas está andando. O Rômulo está até trabalhando ainda. O Maurício não trabalha mais. Eles não reclamam de nada, mas é 70, 80 anos. Acho que 75 e 70 que eles têm".*
>
> Hércules (84 anos, dependência leve; pardo; casado; 2 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com esposa, 1 filho, 1 nora, 1 neto e 1 neta)

Os sociogramas da FIG. 11 e 12 e os respectivos depoimentos revelam que provavelmente existem distintas variáveis intervenientes, que devem ser consideradas ao se analisar as redes sociais dos idosos, como idade, o fato de ainda se estar no mercado de trabalho e a personalidade, além da incapacidade funcional.

Figura 11 – Sociograma do entrevistado Joaquim



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

O relato do idoso a seguir complementa os achados quantitativos da sua rede social. Trata-se de idoso com dependência leve que relatou ter contato com pessoas da época em que trabalhava, como observado em seu depoimento em seguida.

> *"Mantenho com alguns de onde trabalhava. De vez em quando ligo para algum colega e eles ligam para mim. Tem um que chama José. Tem outro que o nome dele é Afrânio, tem o irmão dele, o Roberto. Alguns me procuraram aqui na porta [...]. Eu gosto de dar umas voltas [...]. Quando saio na cidade [referindo-se ao centro de*

> *BH], costumo encontrar alguns ex-colegas, a gente fica muito satisfeito, relembrando algumas coisas do passado. Mas deixei muita amizade. Graças a Deus, quando encontro com eles é com um papo bom [...]. O Roberto aposentou como contramestre e está trabalhando com táxi. E o irmão dele, que é o Mozar, é contramestre lá na empreiteira, mas está trabalhando ainda. Aposentou e continua trabalhando. E esse, o José, não trabalha não. Ele faz caminhada. Não trabalha mais não. Os outros a gente encontra na cidade [novamente referindo-se ao centro de BH]. A gente também não pergunta se eles ainda estão fazendo alguma coisa ou não, mas eles estão satisfeitos com a vida [...]. Acho que o brasileiro, num geral, são pessoas alegres [fala isso porque é natural de país europeu]. Tem gente que a gente vê mal-humorada ou às vezes de mal com a vida. Geralmente são pessoas que "usa bebida" alcoólicas ou outras porcarias por aí e acabam ficando a vida pior do que deveria ser ou poderia ser. Mas no geral o brasileiro é bem-humorado. Eu acho, né? Mesmo assim, ganhando pouco (risos), mas são pessoas alegres, estão satisfeitos com a vida [...]. Às vezes demora até meses sem se comunicar, porque eu tenho vários amigos. Eu ligo às vezes para o meu irmão que é lá de Coreto do Meio".*
>
> Joaquim (74 anos; dependência leve; branca; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com a esposa)

Relações da personalidade nas interações sociais são observadas nos depoimentos de idosos independentes. Além disso, pelo depoimento do entrevistado Lindolfo, nota-se que a internet ainda é recurso não utilizado pela grande maioria dos idosos da amostra.

> *"Tenho um amigo, o Mário. Ele não sai de casa mais porque teve um problema de alcoolismo, então sempre vou lá visitá-lo. E um outro também na época do trabalho, o Jorge. Trabalhei na empresa Routilex em 1960 [...]. Vou sempre na terra do Jorge, em Safira do Sul. Sempre vou lá na fazenda dele. Agora já faz uns dois anos que não vou. Ele é casado e tenho amizade com a esposa dele também. É muito difícil vê-los. Agora o Mário, ele telefona umas três vezes por mês e respondo pra ele, ligo pra ele. Ele goza de saúde. O Francisco [outro amigo da época de trabalho] me falou que já está usando bengala. Ainda não "vi ele" com a bengala, mas ele fala que está. Ele gosta de mexer com internet, "todo os dois" [referindo-se aos amigos Jorge e Francisco]. Aí fica me xingando que eu não mexo. "Liga esse aparelho aí, aprende a mexer e mandar... Mandar e-mail para você e tal." Eu falo: "Ah, não quero mexer com isso não!" (risos). O Jorge a mesma coisa. Os dois se comunicam. Só através de internet".*
>
> Lindolfo (72; independência; branca; casado; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com esposa, 1 filha solteira e 1 neto)

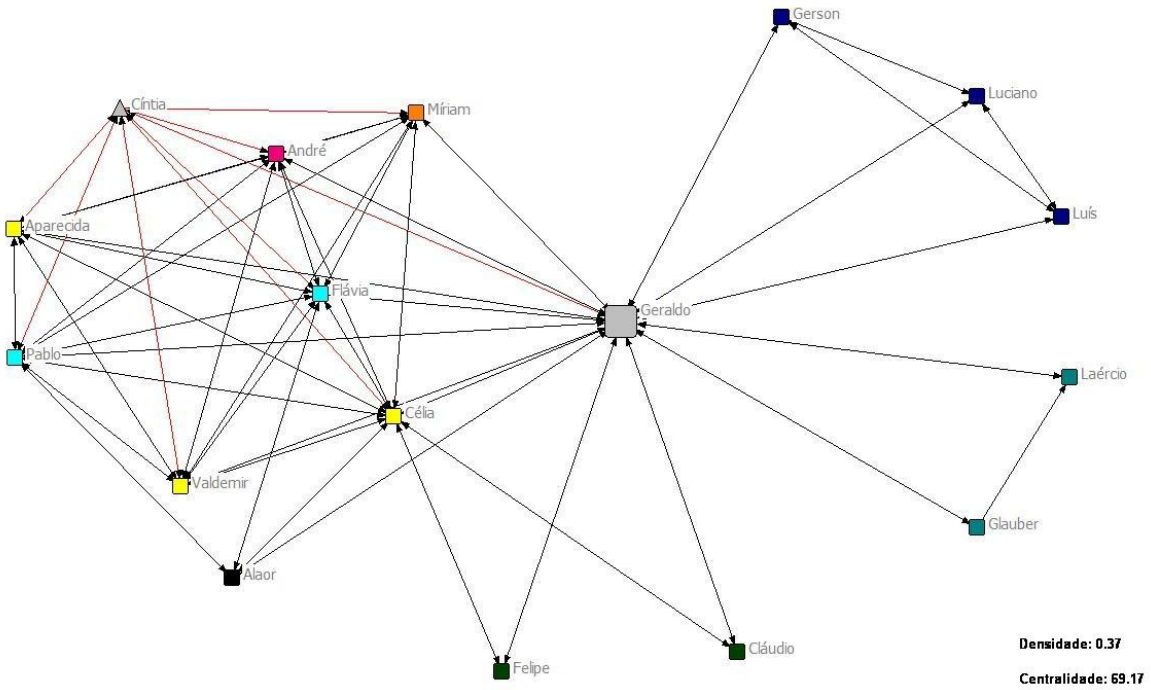
> *"De vez em quando converso com algumas pessoas da época em que trabalhava. Meus ex-alunos, minhas colegas do magistério. Era professora na zona rural. Das colegas que tenho contato é mais por telefone e outra hora é quando tem uma festa. Quando teve uma homenagem para mim aqui há pouco tempo, eles vieram todos. Tem aí cento e tantos retratos que eles tiraram. São contatos raros. Mais é por telefone. Muitos estão aposentados, outros estão trabalhando até hoje. Tem um ex-aluno meu que é médico. Ele não está bom de saúde não, mas está trabalhando".*
>
> Edilene (78 anos; independência; branca; casada; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com marido e 1 filha solteira)

A aposentadoria foi apontada como fator para se perder o contato com as pessoas da época em que trabalhavam, na grande maioria dos casos. As redes sociais dos idosos tendem a se restringir com a aposentadoria, corroborando achados de Guzmán et al. (2003). Pelo relato da entrevistada Aurora percebe-se a perda de tais contatos.

> *"A minha vida mudou muito depois da aposentadoria. Aposentei acho que com 77, mas fiquei de licença dois anos. Depois de dois anos foi que saiu a aposentadoria para mim. Não tenho mais contato com ninguém dessa época. Tem algumas que ainda moram lá perto [referindo-se ao lugar onde trabalhava], mas é muito difícil ter contato. Eu morava para lá de Pedras Azuis [nome do bairro], trabalhei lá os vinte anos. Os contatos da época da mocidade não tenho mais. Nem lembro mais".*
>
> Aurora (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filha, 1 genro, 2 netos e 1 neta)

Em contrapartida, uma particularidade chamou a atenção. A realidade de muitos idosos brasileiros é continuar no mercado de trabalho, mesmo na condição de aposentados (Wong & Carvalho, 2006). No entanto, o fato gera mais chances de interações sociais, de acordo com o sociograma do entrevistado Geraldo. Em geral, os idosos que declararam ainda trabalhar, mesmo após aposentadoria, foram os independentes. Durante a entrevista citaram amigos do trabalho que fazem parte das redes sociais, como na FIG. 12.

Figura 12 – Sociograma do entrevistado Geraldo



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

O depoimento desse idoso revela percepções com relação ao ambiente de trabalho e as vicissitudes que essa condição traz.

> *"Meu trabalho na imobiliária é fazer captação de imóveis. Quando uma pessoa está querendo vender o imóvel, então eu levo naquela imobiliária. Chego lá, e com o proprietário da imobiliária me dou muito bem, mas é "bom dia, boa tarde, até logo, até amanhã". Não gosto de pessoa perto de mim para ficar me observando trabalhar não. Meu trabalho é na rua mesmo.*

> *Inclusive, um dia desses fui atropelado por um ônibus. Ele me pegou de cheio. Me pegou de frente aqui e me jogou longe, quebrou meu braço. Depois teve que fazer cirurgia, peguei infecção e tive problema muito sério. E minha filha que me dava suporte, me levava ao médico, trazia. Isso aí ela faz sempre que necessário [...]. Tenho amigos que são aposentados, porque são da minha idade ou até mais velhos do que eu, alguns deles. Eles não estão em atividade nenhuma assim, a não ser em casa".*
>
> Geraldo (72 anos; independência; branca; divorciado; 8 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 filha divorciada, 1 neto e 1 neta)

No que se refere aos achados substantivos com relação à aposentadoria, momento ímpar na vida dos idosos, os relatos mostram que ela tem diferentes conotações. Em alguns casos, significou perdas financeiras, por diminuição dos ganhos em comparação à época de trabalho. Em outros casos, os idosos se referem à aposentadoria como acontecimento excepcional, por garantir recebimento fixo e garantido mensalmente.

> *"Minha vida mudou muito. Para pior. Porque caiu muito o meu rendimento [referindo-se ao sentido financeiro]. O salário que ganhava antes era muito maior. Mas em questão de ocupação, não. Porque igual eu te falei, ocupo a minha cabeça com a reforma da minha casa, trocar uma lâmpada e todo serviço de casa. Tudo, tudo estou fazendo (risos). Não fico parado hora nenhuma. Desde a hora que eu levanto, às cinco horas da manhã, trabalho até a noite. Faço tudo. Mexo com tudo. Isso tudo eu que fiz [referindo-se à reforma da casa]; reformei tudo, limpei tudo, troquei tudo isso aí. Faço tudo sozinho".*
>
> Basílio (74 anos; independência; parda; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com a esposa e 1 filha solteira)
>
> *"Antes de aposentar ganhava mais dinheiro. O salário era mais. Mas está dando para viver. Dá para viver. Não tenho farra nenhuma, não faço farra nenhuma, então o dinheiro dá para ajudar a pagar o aluguel e dá para viver tranquilo. Compro os meus remédios".*
>
> Messias (71 anos; dependência leve; branca, viúvo; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filha e 1 genro)
>
> *"Nossa Senhora! Foi um alívio a minha aposentadoria. A coisa melhor do mundo. Não tem coisa igual, nossa. Por conta da gente ter aquela coisa que a gente sabe que tem ele. Um recebimento garantido, sabe? É bom demais. Não tem coisa igual, viu? Depois que a gente se aposenta parece que a gente nasce de novo, sabe? (risos). Aposentei com 69 anos. Agora você vê. Mas foi*

> *bom demais. Foi uma beleza. Em toda minha vida só trabalhei em casa. Na minha casa já tive lanchonete. Trabalhei na lanchonete. Tive lanchonete 23 anos. Eu fazia tudo. Os meus fregueses antigos sempre quando me veem me reconhecem. Tudo do mesmo jeito. Se você ficar ali fora comigo fica tonto de tanta gente que passa e me grita".*
>
> Diva (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

A aposentadoria foi relatada como motivo de insatisfação com a vida, pelo baixo valor e necessidade de requisitar a rede de apoio material (dinheiro) junto aos filhos. Na velhice, os idosos tendem a requisitar com maior frequência a rede de apoio material (Guzmán et al., 2003; Cornwell et al., 2008). O relato abaixo evidencia a questão.

> *"Estou muito insatisfeito com minha vida. Só Deus que sabe! Tinha que ter mais saúde para ter a vida mais tranquila. Salário, tudo. A "remedera" que eu tomo, que tem que comprar. Se não é meus filhos ajudarem estava roubado. Só a aposentadoria não dá. Dá não. É só um salário".*
>
> Benedito (81 anos; independência; branca; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora sozinho)

Idosos com menor *status* socioeconômico, como mencionado, estão mais expostos aos riscos psicossociais. Em decorrência, têm maior prevalência de incapacidades funcionais, por possuírem ao longo da vida desvantagens educacionais e de renda que persistem na velhice, na maioria das vezes. Huisman et al. (2003) sustentam que a aposentadoria diminui as desigualdades sociais na velhice, porém tem baixo impacto no atendimento à saúde, pois nessa fase da vida há maior demanda por atendimento e maior prevalência do surgimento das doenças crônicas e incapacidades funcionais.

Entretanto, com relação à saúde, relatos evidenciam que a dor oriunda de alguns tipos de doenças crônicas é empecilho a participações sociais anteriores. Como observado, idosos com condição financeira mais vantajosa, por serem portadores de planos de saúde e arcarem com atendimentos particulares, têm a possibilidade de optar por rede de apoio à saúde mais ágil e adequada nas condições emergenciais, diferentemente dos idosos, que dependem única e exclusivamente de atendimentos no sistema público de saúde.

> *"Tenho insuficiência cardíaca, osteoporose, diabetes e insuficiência renal. Tenho plano de saúde e vou ao médico de dois, três meses. Anteriormente ia uma vez por ano. Meu Deus! Tomo 11 tipos diferentes de medicamentos. Tenho vontade de fazer tudo o que fazia antes, cozinhar, arrumar casa, mas agora não posso mais! Sou proibida pelo médico de fazer. A osteoporose já corroeu alguns ossos aqui na minha coluna, e tenho muita dificuldade para andar muito, na locomoção sinto muita dor! As vezes que saio, saio acompanhada, sempre acompanhada, mas ando pouco. Antes de adoecer saía mais [...]. Se eu andar uma hora, mais ou menos, já me canso. Gosto muito de shopping, mas acontece que canso de andar. Quando vou, toda hora tem que sentar um pouquinho. Então já não tenho isso de poder andar, ficar muito tempo. Isso eu não posso".*
>
> Zélia (84 anos; dependência leve; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

Um relato específico deve ser ressaltado pela consciência do idoso dos hábitos prejudiciais à saúde, antes da condição de dependência moderada/grave.

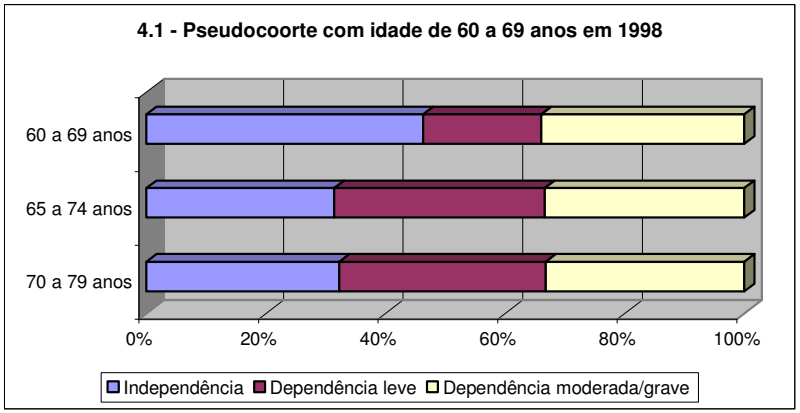
> *"Eu sou muito fechado, muito calado, e não é orgulho, mas não gosto de muita conversa. Tem pessoas que encontram comigo e assustam porque estou assim [referindo-se à incapacidade funcional]. Se estou assim é o destino de Deus, só ele que sabe. Não é por acaso que estou sem os dois pés! Estou sem os dois pés, mas a vida continua. Às vezes fico recordando com minha esposa a época em que podia andar e de tudo que fazia. Porque eu achava que ela estava reclamando que não podia trabalhar, que ela estava sem trabalho, sem dinheiro. Eu falei: "Estou dando trabalho!". Aí me levaram para lá [referindo-se a uma Instituição de Longa Permanência que se internou por conta própria]. Mas foi um aprendizado para mim. Aprendi que a gente tem que se virar sozinho, não ficar dependendo das pessoas. A coisa mais gostosa é a gente tentar ser alguém, mostrar que a vida não acabou. Ela só acaba quando a gente vem a falecer. Enquanto tiver um pouquinho de vida há um pouco de esperança, e essa esperança é maravilhosa. Tem hora que penso assim na minha cabeça: "Por que aconteceu isso comigo?". Mas até hoje não tenho uma resposta. Essa resposta vai ficar meio difícil para mim, porque sei que perdi os dois pés por causa da minha, por causa de falta de controle meu na boca. Comia muito açúcar, muita coisa doce, e aí deu diabetes, de diabetes deu trombose".*
>
> Francisco (64 anos; dependência moderada/grave; parda; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com esposa e 1 filha solteira)

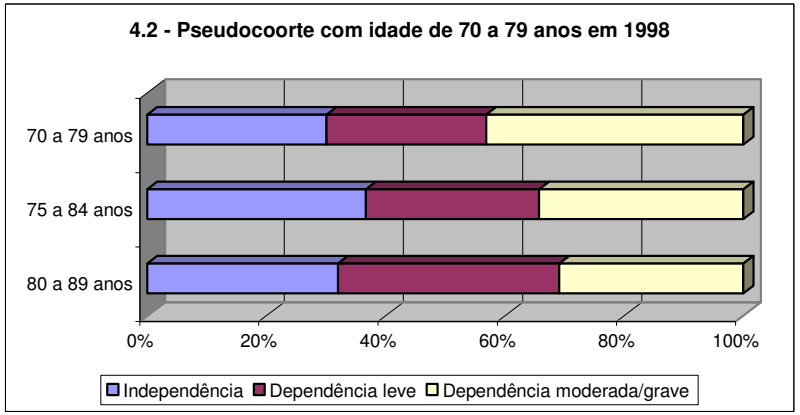
O relato evidencia a maior imprescindibilidade de cuidados após adquirir a incapacidade funcional. Ao se analisar dados retrospectivos em pseudocoortes (1998-2008) foram obtidos indícios das idades em que os idosos provavelmente estão mais sujeitos à condição de incapacidade funcional (dependência leve e

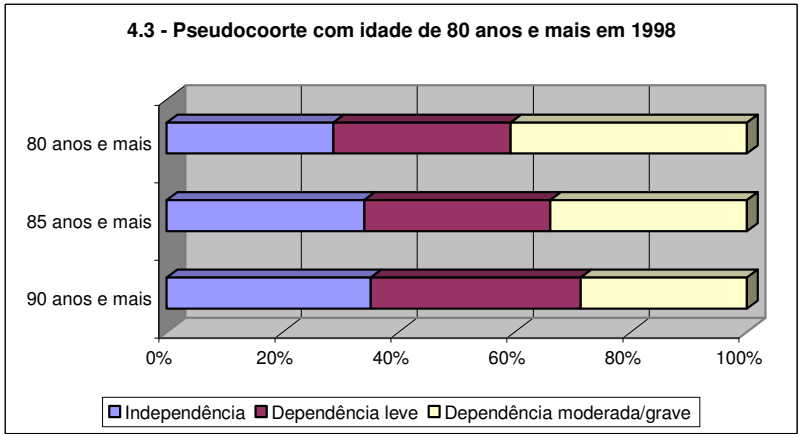
dependência moderada/grave), portanto, mais necessitados de recorrer, de alguma forma, às redes de apoio. Como está nas pseudocoortes, desagregadas por sexo (GRAF. 4 e 5, respectivamente), existe evidência de aumento na proporção de idosos, independentemente do sexo, para categorias de algum grau de dependência (leve ou moderada/grave) nos anos analisados, em Minas Gerais. A análise dos resultados sugere que considerando a coorte mais jovem, o salto mais expressivo em direção à incapacidade funcional, dependência leve e moderada/grave está na faixa etária de 65 a 74 anos, em ambos os sexos.

Os resultados fornecem indícios de que apesar da esperança de vida ter aumentado nos últimos anos, esses anos não estão sendo vividos com qualidade para ambos os sexos, corroborando achados de Guillot & Yu (2009). É importante destacar que nas idades mais avançadas há maior tendência de ocorrer aumento dos gastos públicos com a saúde dos idosos em virtude das incapacidades funcionais (Caley & Sidhu, 2010). Os resultados indicam o momento mais provável em que ocorrem aumentos com gastos em saúde, tornando relevante o estabelecimento de estratégias adequadas e direcionadas às redes de apoio no que se refere aos cuidados assistenciais.

Gráfico 4 – Minas Gerais, 1998-2008: proporção de idosos nas pseudocoortes masculinas, com idades indicadas no início do período, segundo incapacidade funcional

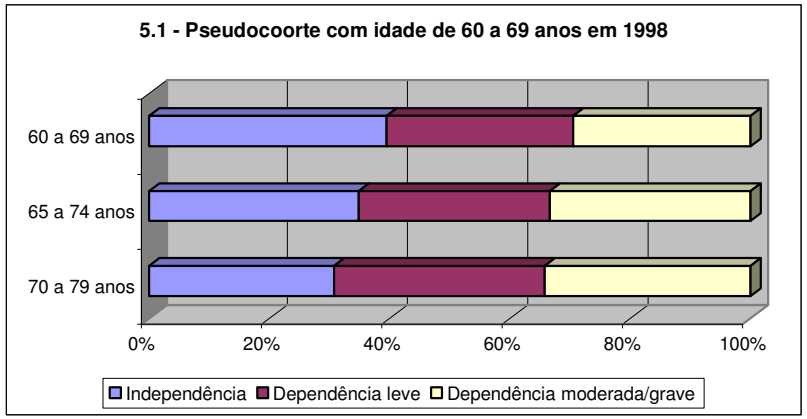


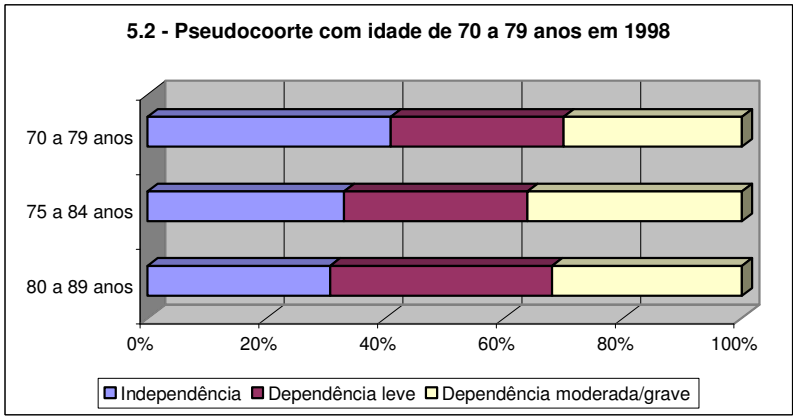


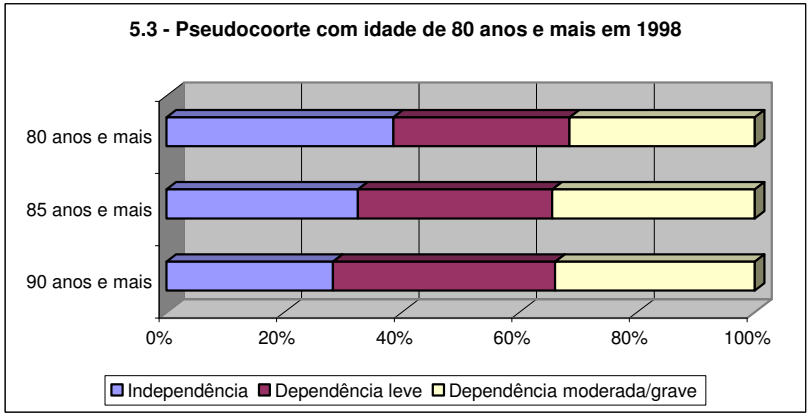


Fonte dos dados básicos: PNADs 1998, 2003 e 2008.

Gráfico 5 – Minas Gerais, 1998-2008: proporção de idosos nas pseudocoortes femininas, com idades indicadas no início do período, segundo incapacidade funcional







Fonte dos dados básicos: PNADs 1998, 2003 e 2008.

Entretanto, os resultados sugerem que os ganhos em esperança de vida, destacados em diversos estudos mencionados, resultam em compressão da morbidade nas idades mais avançadas, com consequente aumento das incapacidades funcionais. Os resultados, para idosos de Minas Gerais, mostram que o avançar da idade, na maioria das vezes, é acompanhado de maior incidência de algum tipo de incapacidade funcional, corroborando achados de Fries (1980); Manton (1989); Cheung et al. (2005); Markides et al. (2007); Johnson et al. (2007) e Guillot & Yu (2009). Em idosos norte-americanos se obtiveram aumentos de dependência leve em todos os grupos etários a partir de 65 anos, e nos grupos etários mais velhos, maior quantidade de idosos com dependência moderada/grave (Manton, 1989; Johnson et al., 2007).

Ao se analisar por sexo, os resultados das pseudocoortes masculinas, controladas por idade, sugerem menor proporção de homens nas categorias de dependência leve e dependência moderada/grave. Os depoimentos colhidos evidenciam que os homens que chegam independentes em idades muito avançadas têm amplas formas de interações sociais, além de muitas atividades no dia a dia.

> *"Fui ao médico e ele me receitou dois remédios de pressão. Mas uma coisa, oitenta e tantos anos e nunca tinha visto remédio de pressão. Agora, de oitenta para cá, que eles falaram. Aqui em casa eu que faço almoço, faço janta. Lavo uma roupinha. Se voltar lá para o mato eu trabalho até hoje (risos). Sempre levanto cedo, coo um cafezinho, vou fazer uma caminhadazinha. Não assisto muito televisão. O que mais faço é coar café, faço uma caminhada, se tem uma roupinha para lavar vou lavar, faço o almoço. Isso que eu faço [...]. Tenho dez filhos, mas um é falecido. Converso muito com eles, com minhas noras e meus netos. Tenho de 5 a 6 bisnetos. Mora um bocado em Mar de Ouro [outro Estado], um bocado em Ilhas Florestais [outra cidade], um bocado em Novelândia [outra cidade], um bocado aqui, um bocado em Lemos [outra cidade]. Moram para todo lado (risos). Tenho só um ou dois amigos da época que trabalhava na roça. Muitos já "morreu" (risos). Tenho outros colegas que de vez em quando eles chegam e a gente bate papo. Eu passo um ano sem ir à missa (risos). Estou satisfeito com minha vida!"*
>
> João (89 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com 2 filhos homens solteiros)
>
> *"Eu tenho somente hipertensão. Tomo remédio, e se não tomar a pressão dispara [...]. Sou sargento reformado, mas ainda estou*

> *trabalhando. Exerço a advocacia. Estou encerrando a minha carreira, mas ainda trabalho. Como se diz, sou militante, mas já encerrando [...]. Minha esposa é muito doente, mas mesmo assim ela é uma companhia para mim, que marca a sua presença e tem qualidade por causa do afeto. Ela é diabética, já perdeu quase toda a visão, os rins paralisaram, então ela tem deficiência renal crônica e faz hemodiálise. Anda muito esquecida, às vezes confusa, essas coisas. Então, não tem comparação comigo não. A saúde dela não é boa [...]. Minha relação com meus familiares é uma relação afetiva, considero uma família estabilizada e bastante solidária, com princípios e respeito de fraternidade. O relacionamento é bom, porém, não obstante, tem às vezes algumas pequenas contestações. Mas o relacionamento em suma é bom [...]. Tenho muitos amigos. Converso com o meu amigo Rafael, outro advogado, converso com o doutor Rubens, também advogado, converso com o senhor Carlos, que é meu vizinho, converso com a menina da padaria, converso com o Otávio, que é dono da banca de jornal, converso na farmácia com os atendentes. Converso lá no sacolão com o Israel, que é o gerente, e com a dona Neide. As minhas conversas giram em torno dessa questão de viver, do bem viver, dos elementos que podem nos conservar, e outra, já que o homem é elemento gregário, é animal social, nós somos realizados na comunidade. Considero muito a vida em comunidade. Por exemplo, existe até um livro que chama "Nenhum homem é uma ilha", então você não se realiza sozinho [...]".*
>
> Mauro (80 anos; independência; parda; casado; 18 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com esposa e 1 filha solteira)

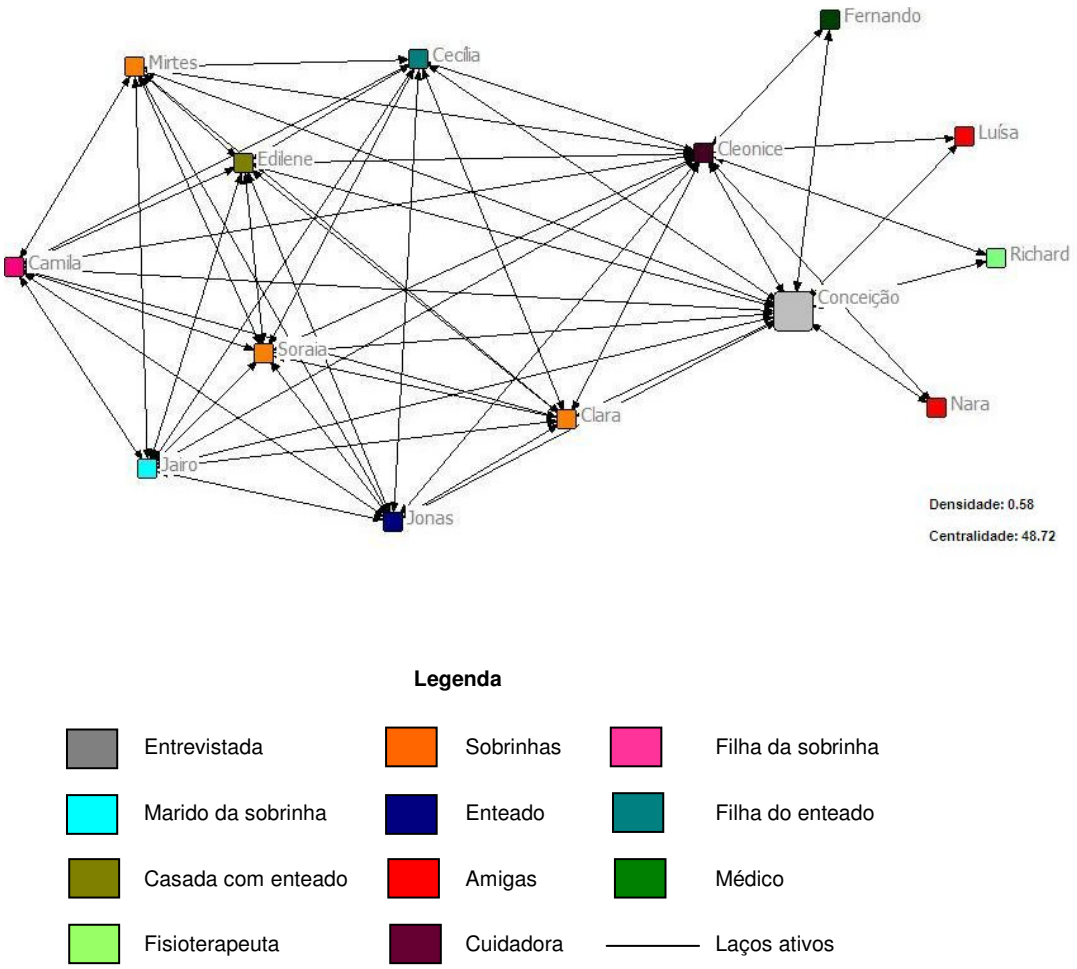
Ao se analisar as mulheres da pseudocoorte de 80 anos e mais, compreendidas na faixa etária de 90 anos e mais (GRAF. 5), elas se apresentaram em proporção muito maior do que os homens, nas mesmas condições, na categoria dependência moderada/grave, o que pode ser indicativo de que as mulheres, além de viver mais, vivem mais tempo com incapacidades funcionais - dependência leve ou dependência moderada/grave (Manton, 1989). Provavelmente, essas condições fazem com que as mulheres estejam mais sujeitas à institucionalização, em razão de a maioria delas, por efeito coorte, não ter recursos financeiros para prover custos relacionados aos cuidados formais (Johnson et al., 2007). Além disso, diversas mulheres, mesmo com incapacidades leves, cuidam do marido com algum tipo de limitação física mais grave, como se observa no relato da entrevistada Edilene.

Manton (1989) ressalta que a capacidade das mulheres em gerir cuidados informais sugere sua permanência por mais tempo na comunidade.

> *"Eu já tive derrame, né? Esse derrame deixou minha mão e perna um pouco sem sensibilidade. Mas mesmo com todas as dificuldades eu mesma que cuido do meu marido. Ele está com suspeita de Alzheimer. Tem vez que ele esquece até o meu nome! Vou a vários médicos para levá-lo. É um corre pra lá, corre pra cá [...]. Minha filha tem problemas de locomoção [referindo-se à filha paraplégica] e não pode ajudar muito. Tarefa difícil essa de cuidar de pessoas com problemas na cabeça!".*
>
> Edilene (78 anos; independência; branca; casada; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com o marido e 1 filha solteira)

As redes de apoio são formadas, na grande maioria dos casos, por membros familiares descendentes, os filhos. As idosas na condição de dependência moderada/grave que não tiveram filhos e que se encontraram na condição de viúvas ou solteiras relataram ter uma rede de apoio constituída por outros membros familiares (cunhados e sobrinhos, principalmente). O sociograma da entrevistada Conceição (FIG. 13) mostra que os membros familiares que compõem sua rede de apoio são principalmente sobrinhos Não teve filhos, está com idade muito avançada e os irmãos faleceram.

Figura 13 – Sociograma da entrevistada Conceição



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Como se constata no sociograma acima, a cuidadora tem importante papel na formação da rede de apoio à idosa (cuidados formais, dada a condição da mesma em arcar com as despesas), além da visita rotineira de sobrinhos.

> *"Tenho 98 anos. Vou fazer 99 agora em julho, dia 8 de julho. Dia 8 de julho do ano que vem faço 100 anos, se eu for viva. Moro com essa menina [referindo-se à cuidadora]. Ela cuida de mim, faz tudo para mim. Estou vivendo mais à custa dela (risos). Tenho uma sobrinha que mora aqui embaixo. Ela mora embaixo e eu moro em cima. E também dos parentes que eu tenho, os mais próximos são só sobrinhos. Não tenho mais tios, não tenho mais mãe, não tenho mais pai, não tenho mais irmãos, não tenho mais ninguém, só sobrinhos. Eu já casei e não estava mais nova. Casei com um senhor mais velho do que eu e ele era diabético. Então não tenho filho. Tenho um enteado, que era filho dele. Meu marido deixou a pensão mais ou menos para mim. Essa menina aí [referindo-se à cuidadora] faz recebimento, paga minhas coisas, tudo que preciso. Ela faz tudo. Uai, ela cuida de mim durante o*

> *dia, troca fralda, porque infelizmente já uso fralda. Alimentação e tudo que é necessário [...]. O que tenho mesmo "é" varizes nas pernas, é o que me maltrata. E esse olho me maltratava demais. Minha pressão às vezes sobe. Ela vai, quando muito, 18, mas está sempre normal do que alta [...]. Eu já caí do ônibus e quebrei o fêmur. Eu já tinha 93, mais ou menos. Depois daí fiquei muito pior, já comecei a caminhar mal, a andar mal, até que vim para cima da cama. Mas até os 93 estava bem demais. Isso tem uns seis anos mais ou menos [...]. Meu médico atual é novato porque sou da Saúde Integral [plano de saúde] e eles me atendem em domicílio. Então os médicos vêm aqui. Quando vou ao médico ela me acompanha [referindo-se à cuidadora]. Eu vou de carro. Agora, para operar fui de ambulância [...]. Toda vida fui de muito pouca comida. E depois que estou envelhecendo, cada vez mais como menos. Agora fico sem apetite mesmo. Mas nunca me fez falta. Agora eu alimento porque é preciso, mas é quase à força. Tenho um desejo único na vida que é de caminhar, andar".*
>
> Conceição (98 anos; dependência moderada/grave; branca, viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)

A entrevistada Ruth, idosa com dependência moderada/grave e idade muito avançada, desperta a atenção pelo fato de receber cuidados informais fornecidos pela cunhada idosa (80 anos), porém independente. Os cuidados dispensados pela cunhada à idosa revelam que os laços consaguíneos e os laços afetivos prevaleceram, pois a idosa relatou que tinha filhas adotivas, mas as mesmas raramente a visitavam.

> *"Tenho 94 anos completos. Minha cunhada que cuida de mim. Nunca tive filho. Criei filho dos outros. Criei duas meninas. Elas passam semanas sem vir aqui. Às vezes passam até quase duas semanas. Inclusive, elas não vieram aqui na Semana Santa, quer dizer, uma não veio. Só uma delas é que veio Sexta-feira Santa e veio anteontem outra vez. A outra que está vindo aí é porque ela trabalha aqui perto. E a outra, quando está de férias, ela vai para o sítio, mas não vem aqui não. Pouco vem aqui. Estive internada no Santa Misericórdia [hospital], a Maria Mercedes [cunhada] fez companhia para mim durante o tempo, ela que levou, fez companhia, quando recebi alta, ela me trouxe para casa. Depois disso os médicos do posto já vieram duas vezes me olhar aqui [referindo-se à casa onde mora], me medicar. Primeiro veio doutora Mônica, depois veio doutora Mirtes, aqui do Posto, para me olhar aqui em casa. Qualquer coisa eles vêm aqui [...]. Ih, tem mais de 20 anos que fiquei viúva! Vivi 46 anos casada, aí meu marido morreu e eu fiquei aí [...]. Caio muito. Tenho caído muito. Teve um dia aí que caí três vezes seguidas. Três vezes. Agora, graças a Deus parei um pouquinho de cair, mas ela [referindo-se à cunhada] vive de olho e sempre falando: "Olha, toma cuidado! Não pode ficar andando muito para lá e para cá. Vem e senta! Quando a senhora cansar de ficar na cama levanta e senta no*

> *sofá". Para sair, não posso sair [referindo-se ao quarto onde fica deitada] porque é só sair e eu caio. Lá fora mesmo, lá para a cozinha, lá no fundo não posso andar, porque é sair e cair. Porque sempre tem aquela subidinha lá e caio. Minha vida é muito boa, mas agora não estou tendo saúde não. Eu vou caminhar, eu caio".*
>
> Ruth (94 anos; dependência moderada/grave; viúva; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 irmão, 1 cunhada e 2 netos do irmão; tem cuidadora informal, a cunhada)

Os relatos acima revelam as diversas interfaces da incapacidade funcional na vida das mulheres. Em sua maioria, vivenciam essa condição por muitos anos, como indica a análise dos resultados obtidos com os dados de período (Anexo 12), em que há maior proporção delas nas categorias de dependência leve e moderada/grave em todos os grupos etários, em comparação aos homens. Resultados contrários foram encontrados no estudo de Spector & Fleishman (1998), em que homens norte-americanos tiveram incapacidades funcionais mais severas do que as mulheres.

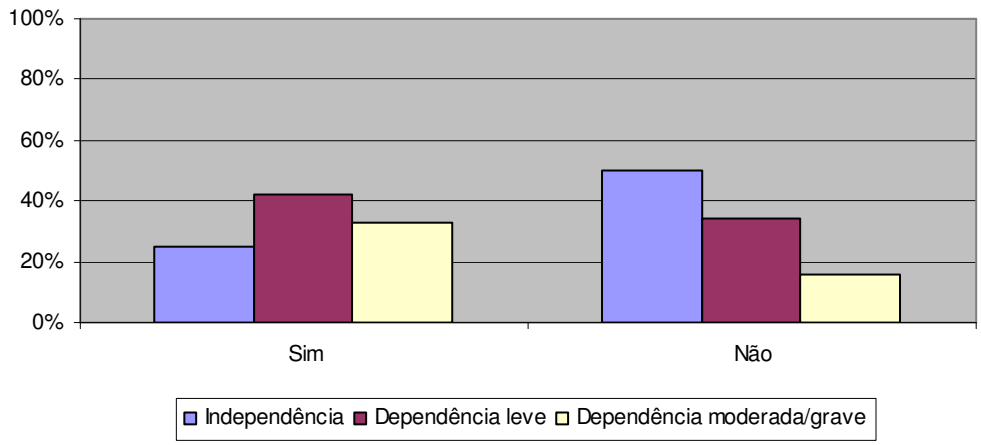
Os resultados de período (Anexo 12) mostram que as incapacidades funcionais estão aumentando nos anos analisados em Minas Gerais. Contudo, existe tendência de melhoria nos dados ao longo dos anos (1998 a 2008), e o evidente aumento do número de entrevistados ao se comparar os anos. No entanto, é importante destacar a maior probabilidade de se adquirir doenças crônicas com o envelhecimento humano. Na falta de apoio médico essencial, as doenças resultariam em dependências funcionais leves ou moderadas/graves (Manton, 1989; Guillot & Yu, 2009). O aumento do número de idosos em categorias de dependência leve ou dependência moderada/grave sugere que as doenças crônicas que o originaram não são acompanhadas de forma satisfatória a ponto de prevenir danos à saúde dos idosos.

Kemper et al. (2006) *apud* Johnson et al. (2007) encontraram evidências de que a incapacidade está fortemente relacionada à idade; 50% dos idosos norte-americanos de 85 anos e mais, em 2006, apresentavam algum tipo de incapacidade, comparados com idosos de 65 a 74 anos. Entre a população de 65 anos e mais, 69% adquiriram incapacidade antes de morrer, e 35% necessitavam de cuidado intensivo. Em projeções para idosos norte-americanos, observa-se que as taxas de incapacidades aumentam 0,6% ao ano, de 2000 a 2014. Esse

aumento se concentra principalmente nas idades mais jovens (Johnson et al., 2007). Os resultados diferem dos encontrados por Freedman et al. (2007) para idosos norte-americanos, em que o aumento das doenças crônicas não representou, implicitamente, aumento das incapacidades funcionais, pois houve declínio dessas: de 12,69% em 1997, para 11,24% em 2004 (Freedman et al., 2007).

Controvérsias à parte, as questões de saúde (doenças crônicas e incapacidades funcionais) estão sobremaneira associadas ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Ao se analisar a relação das categorias independência, dependência leve e dependência moderada/grave com a variável depressão, em idosos de Minas Gerais, em 2008, obtiveram-se resultados estatisticamente significantes. Corroborando achados de Margrett et al. (2010), os idosos com dependência funcional (leve ou moderada/grave) relataram em maior proporção sintomas depressivos, como observado no GRAF. 6.

Gráfico 6 – Minas Gerais (2008): incapacidade funcional por depressão na população de 60 anos e mais (%)



Nota: χ^2 = 141.56, *p* = 0.000.

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Ao se analisar os idosos entrevistados (Anexo 4), dos independentes 6 tiveram nota de corte para sintoma depressivo; dos idosos com dependência leve, somente 1 idoso; e dos idosos com dependência moderada/grave, 2 idosos, todos

rastreados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Pelos relatos colhidos, observou-se que a condição de dependência funcional, além da idade muito avançada, é motivo de sentimento de menos valia e tristeza em idosos com nota de corte para sintomas depressivos, segundo a EDG, o que se comprova no depoimento abaixo.

> *"Não estou muito satisfeita com a vida não! Ah, sei lá. Porque a gente fica pensando como é que vai ser o fim, e é isso aí que preocupa a gente".*
>
> Conceição (98 anos; dependência moderada/grave; branca, viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)

No entanto, outro relato sugere que uma idosa com nota de corte para sintomas depressivos utiliza de forma inconsciente os recursos de superação (*coping*), por meio de atividades de voluntariado em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ao lado de sua casa, o que torna maior sua capacidade de interação social, além de aliviar certos desconfortos emocionais. Muitos idosos, no intuito de otimizar a participação social e minimizar os efeitos da restrição social e como subterfúgio, diversas vezes na falta de apoio emocional por membros familiares, tendem a utilizar os recursos de superação (Batistoni, 2009). Berkman & Syme (1979) assinalam que essa resposta psicológica ao isolamento é vista, com relativa frequência, em indivíduos com transtornos psicológicos e comportamento de risco para o suicídio. Assim, o ato de dar apoio influencia indiretamente os sentimentos de angústia (Liang et al., 2001). O relato da entrevistada Manuela confirma os achados na literatura.

> *"[...] Certa vez coloquei veneno de rato na couve para comer, mas meu marido notou um cheiro estranho e me impediu que comesse [...]. Ajudo nas atividades do asilo aqui do lado de casa. Chegando lá, todo mundo me dá atenção, os velhinhos ficam todos amorosos comigo. Antes de mexer na minha casa [referindo-se às atividades domésticas], vou ver primeiro as minhas avós [referindo-se às idosas institucionalizadas] [...]. Já ajudei a organizar muitas festas para arrecadar dinheiro para poder construir a capela do asilo. Tinha uma caderneta de poupança no banco e o padre David sempre ia depositar o dinheiro que arrecadava nas festas que fazíamos".*
>
> Manuela (65 anos; independência; branca; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com marido, 1 filho, 1 filha, 1 genro e 1 nora)

O relato da entrevistada Graça, a seguir, fornece indícios de que os sintomas depressivos rastreados pela EDG provavelmente se relacionam com mudança no padrão de vida da idosa.

> *"Tenho osteoporose e estou tomando antidepressivo porque fico muito baixo astral, depressiva mesmo. Eu tomo remédio, o Deprex [nome do remédio], que é depois do café, e tomo esse outro depois do almoço, que é o da micose. Então eu tomo três por dia [...]. Tinha uma faxineira que no sábado vinha fazer faxina. Ela fazia de tudo. Lavar roupa, passar tudo. Agora tem quatro sábados que eu e minha filha que fazemos. Nosso padrão de vida caiu muito. Meu marido era empresário e tinha muitos bens, mas faliu. Daí passei a doméstica. A fazer o serviço de casa. Aí dispensei a auxiliar, porque sempre tive, principalmente no interior, e aqui em Belo Horizonte também. Nessa casa aqui tive uma quatro anos e meio comigo. Adorei essa moça. Ultimamente estou sem empregada, porque também não posso pagar. Nossas condições financeiras não dão mais. Então pago só a faxineira. Sinto que depois de tudo o que aconteceu [referindo-se à mudança abrupta no padrão de vida], esses sentimentos ruins começaram".*
>
> Graça (81 anos; independência; 11 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com marido, 1 filho divorciado e 1 filha divorciada)

Em conclusão, com o passar dos anos, pelas mais diversas intempéries da vida ou saúde, os idosos tendem a maior incidência de sintomas depressivos. As redes sociais e ações específicas de membros das redes de apoio, fornecendo todo o aparato cognitivo, material, instrumental e emocional, são essenciais para minimizar os efeitos danosos da depressão e diminuir a incidência. É fundamental conhecer a composição das redes sociais dos idosos e suas especificidades.

5 COMPOSIÇÃO DAS REDES SOCIAIS DOS IDOSOS

As redes sociais dos idosos, em sua grande maioria, são formadas pelos membros familiares, como nos sociogramas de entrevistados. Os membros familiares não são escolhidos e são estáveis nas redes sociais, compondo relacionamentos duráveis (Litwin, 2001; Erbolato, 2006). Segundo Ramos (2007), os liames familiares mudam constantemente pela modernização. Assim, as redes de apoio nem sempre são formadas por essa fonte primária. Os idosos recorrem primeiramente às redes de apoio informal (membros familiares, amigos, vizinhos, conhecidos) e posteriormente às redes de apoio formal (instituições de apoio, sistemas públicos de atendimentos e diversas outras possibilidades), segundo Erbolato (2006). A seguir, consideram-se os achados sobre a composição das redes sociais dos idosos.

5.1 Proximidade nas relações dos idosos

Os sociogramas de alguns entrevistados, vistos até o momento, forneceram informações sobre a composição das redes sociais dos idosos, porém diversas informações substantivas sobre relacionamentos foram verificadas. Na tentativa de abordar a condição de proximidade nos relacionamentos dos idosos, as questões do roteiro que abordam a composição domiciliar (“com quem mora?”); companhia (“tem a companhia de alguém durante o dia?” e “tem a companhia de alguém durante a noite?”) e confiança (com qual(is) pessoa(s) discute coisas que são importantes?), serviram para nortear e descortinar as interações sociais de maior importância na vida dos idosos.

Em uma sociedade na qual os vínculos estabelecidos são cada vez mais transitórios, a família é o principal meio em que os idosos se relacionam. Na família, na grande maioria das vezes, estão relações mais autênticas, porque há plena aceitação do outro, com virtudes e defeitos. Nos membros familiares (irmãos e sobrinhos) existe maior tendência de estarem geograficamente próximos, corroborando achados de Scott (2001). Na impossibilidade de maior

proximidade por distância, o telefone foi o meio de comunicação mais relatado para interações. Os cônjuges, filhos e netos, na grande maioria dos relatos, pela maior proximidade geográfica, foram os mais citados. Nota-se que algum filho, em especial, é preferencialmente evocado pelos idosos em determinadas situações.

> *"São minhas filhas. Principalmente a Carolina. Eu converso sobre tudo. Sobre questão de saúde, financeira. Tudo, tudo, tudo. A gente sempre se fala frente a frente e por telefone".*
>
> Zélia (84 anos; dependência leve; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)
>
> *"Quando preciso de algo à noite, por não enxergar, minha filha sempre me ajuda. Tanto em sono ou pensamento ela chega lá. Como um anjo da guarda ela chega lá e aparece em pé assim. Ela cai de paraquedas (risos). Depressinha assim. Pé por pé ela está chegando lá".*
>
> Antônia (83 anos; dependência moderada/grave; branca; casada; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com o marido e 2 filhas solteiras)

No relato abaixo evidencia-se a cumplicidade do casal de idosos, de idade muito avançada, nas soluções de questões cotidianas.

> *"Quem fica comigo durante a noite são minhas filhas e meu esposo. Durante o dia mais o meu esposo. Ele me ajuda a fazer compra, ele vai comprar pão, ele às vezes guarda uma roupa para mim ou tira a roupa em cima do guarda-roupa, porque é alto e não posso subir escadas e ele, com 83 anos, sobe".*
>
> Graça (81 anos; independência; 11 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com marido, 1 filho divorciado e 1 filha divorciada)

Na condição de incapacidade funcional de um idoso, em favor do bem-estar familiar, como no depoimento a seguir, irmãos que não mantinham relações por dissensões estabeleciam contatos de cordialidade. Nesse caso, o idoso é intermediador das relações, contemporizando situações aflitivas e tornando-se elo entre os membros familiares na existência de desavenças. Possivelmente, a proximidade entre os irmãos acontece na presença do idoso, com possibilidade de os contatos se tornarem esparsos na ocorrência de morte desse elo.

> *"[...] Meu filho mais novo está brigado com o irmão. Márcio vem aqui me visitar, e quando encontra o irmão só se cumprimentam. Sinto que eles se cumprimentam somente para "mim" não perceber que eles ainda têm uma desavença. Eles não*

> *conseguem me enganar. Dou conselhos para eles viverem em harmonia e essa situação me deixa chateado [...]".*
>
> Francisco (64 anos; dependência moderada/grave; parda; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com a esposa e 1 filha solteira)

Na iminência de doença e incapacidade funcional, os vínculos estabelecidos pelos idosos demonstraram se tornar mais intensos, como atesta o relato do entrevistado Jair.

> *"Meus outros filhos trabalham muito e quase não veem me ver [...]. Só agora que estou adoentado têm vindo mais. Pelo menos uma vez por semana. Minha filha e esposa que cuidam de mim. Minha filha é solteira, e digo sempre pra ela arranjar um namorado, porque na vida e, principalmente na velhice, um companheiro faz falta. Mas ela fala que não está mais na idade de procurar namorado. Digo pra ela: "Larga esse "veio" e arranja um companheiro". Ela só diz: "Pai, não sou tão novinha mais, já passei da idade!"".*
>
> Jair (73 anos; dependência moderada/grave; parda; casado; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com a esposa e 1 filha solteira)

Nos relatos nas quais os netos foram citados como parte integrante das redes sociais dos idosos, as relações demonstraram ser fundamentais, inclusive na participação na rede de apoio, fornecendo apoio emocional (companhia), por exemplo. A avosidade, que é tornar-se avô ou avó, tende a ser papel atribuído por um tempo maior aos idosos a partir da longevidade. Com isto, é comum os avós participarem da vida adulta dos netos e mesmo bisnetos (Goldfarb & Lopes, 2006). Da mesma forma, os netos e bisnetos participam mais ativamente nas redes de apoio aos idosos. Algumas vezes, os avós cuidam dos netos, como nos depoimentos abaixo.

> *"Tenho um filho que se casou e separou. O filho dele, meu neto, dorme aqui, mas não sei pra quê. Toda semana ele vem e dorme, almoça. Henrique [o neto] me ajuda muito. Tem somente 8 anos, mas já serve como companhia, né? Ele mora lá na casa dele, lá no Marisol, em um apartamento. Mora com a mãe e a outra irmãzinha dele. São filhos do meu filho. A minha filha tem três filhos, mas que moram com ela. Já tenho netos casados e até bisnetos. Tenho 2 bisnetos [...]".*
>
> Graça (81 anos; independência; 11 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com o marido, 1 filho divorciado e 1 filha divorciada)

> *"Além do alcoolismo do marido, as brigas dos meninos com as namoradas me chateiam muito. Quando meus filhos brigam, sempre sobra pra mim, porque elas mandam os meninos pra cá [referindo-se aos netos que vão para a casa dela] [...]. Para minhas noras irem trabalhar acabam levando os filhos delas para "mim" cuidar. Sobra para a gente, né?".*
>
> Margarida (64 anos; independência; nunca frequentou escola; renda domiciliar per capita de 1 SM; mora com o marido e 3 filhos homens solteiros)

Em alguns casos, os idosos citaram amigos como parte integrante das redes sociais. O bem-estar emocional está em primeiro lugar quando os idosos têm relações de amizade, relacionamentos de comum acordo com possibilidade de escolha, diferentemente de membros familiares cujas relações não se escolhem, e em decorrência se tornam relações altamente conflitivas (Litwin & Landau, 2000; Goldfarb & Lopes, 2006). Em geral, as redes de amizades dos idosos são homofílicas em relação à idade e sexo, como visto no sociograma da página 59 e no achado qualitativo do depoimento do entrevistado Eduardo.

> *"Outro dia, na minha festa de 50 anos de casado, veio muita gente conhecida. "Veio" muitos amigos meus. Por exemplo, tem o doutor Carlos, que era meu vizinho. Esse é engenheiro. O Almerindo, funcionário aposentado da FSC [sigla da empresa]. Quem mais? Tem tanta gente. Conheço mais assim, de vista, apelido. Tem meus irmãos. Tenho irmãos vivos ainda. Moram em Olhos D'água, sul de Minas. Tenho mais contato é por telefone. Não visitam muito não! A Marieta [irmã] só de vez em quando eu a vejo. Uma vez por mês, mais ou menos ela me liga".*
>
> Eduardo (81 anos; dependência leve; branca; casado; 9 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora com a esposa)

Além dos amigos, diversos idosos relataram contatos com vizinhos que, na grande maioria dos casos, se estabelecem dando origem a uma rede de solidariedade e ajuda mútua. A seguir, os principais achados desses relacionamentos.

5.2 Relações com a vizinhança

Normalmente os vizinhos não são contatos escolhidos como laços de amizade, refletindo menores obrigações de relações quando comparados aos membros familiares (Litwin, 2001). Os idosos, principalmente as mulheres, são mais

susceptíveis a manter laços com vizinhos (Johnson & Troll, 1994; Thomese & Van Tilburg, 2000; Litwin, 2001; Bridge, 2002; Guzmán et al., 2003; Entwisle et al., 2007; Cornwell et al., 2008; Ejiogu et al., 2011; Tang & Lee, 2011), como se nota nos depoimentos e sociogramas. Ao se pedir aos idosos para "falar o nome de cinco pessoas com as quais mais tem contato", a grande maioria citou vizinhos(as), igualmente presentes nos sociogramas. Idosos com algum tipo de dependência funcional relataram relações próximas com vizinhos.

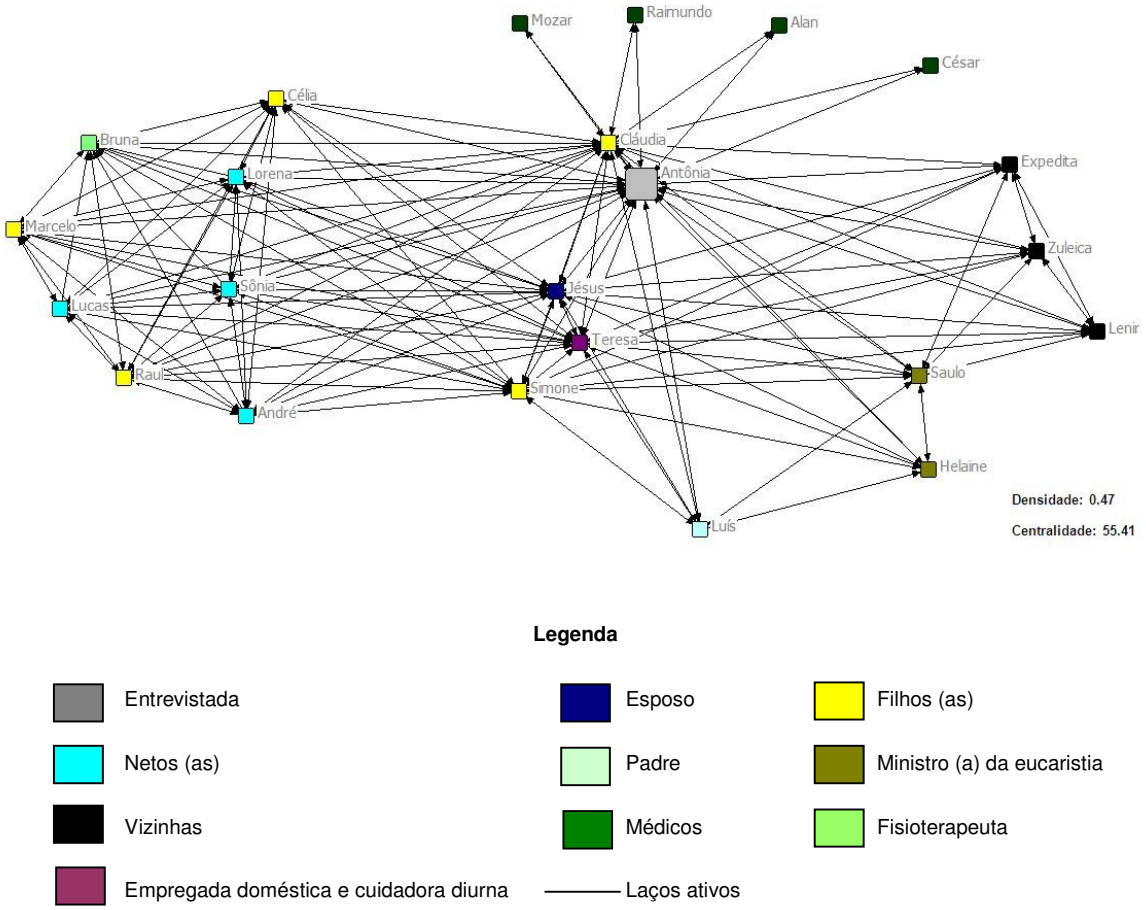
> *"Tenho mais contato com uma vizinha, a Neuma, eu gosto dela. Ela chega e senta lá [referindo-se à rua], nós "conversa" bastante. Quando ela senta lá no portão ela conta cada caso. Eu gosto dela, eu dou risada".*
>
> Odete (61 anos; dependência moderada/grave; negra; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de menos de 1 SM; mora com 2 irmãs solteiras e 1 filho; tem um cuidador informal, o filho)
>
> *"Quando tenho algo que quero contar para alguém, algo que é importante para mim, procuro minha filha. Também tem um vizinho que eu gosto muito de conversar com ele. É uma pessoa que tenho muita estima por ele, respeito e admiração por ele, é o meu vizinho Ambrósio".*
>
> Geraldo (72 anos; independência; branca; divorciado; 8 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 filha divorciada, 1 neto e 1 neta)

Além do sentimento de bem-estar proporcionado pelos vizinhos, as relações se dão por práticas envolvendo trocas de pequenos serviços, tornando-se componentes das redes de apoio (Bridge, 2002), como no depoimento da entrevistada abaixo.

> *"Aqui tem uma vizinha, dona Expedita, que converso muito com ela. Da janela eu converso com ela. Da janela daqui "vejo" ela na janela de lá, na casa dela. "Vejo" no modo de dizer, porque não vejo mais [referindo-se à deficiência visual] [...]. Tem uma coisa: eu também deixo de sair. Não vou na casa mais de ninguém. Depois que tive esse problema da vista, não saio mais. Só tenho mais contato com essa vizinha por causa que ela me vê da janela dela. Mas quando preciso de algo, ela está sempre pronta a ajudar".*
>
> Antônia (83 anos; dependência moderada/grave; branca; casada; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com o marido e 2 filhas solteiras)

No sociograma da entrevistada Antônia (FIG. 14), as vizinhas são componentes da rede social, mesmo na condição de dependência moderada/grave e sendo parte ativa na rede de apoio. A análise dos valores obtidos pela centralidade sugestiona efetividade na rede de apoio.

FIGURA 14 - Sociograma da entrevistada Antônia



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Os idosos que relataram ter relações mais estreitas com vizinhos, em geral disseram ter relações mais próximas com parentes (filhos e netos, principalmente). O sociograma mostra outras possibilidades de interações sociais, como atividades religiosas. A seguir, discorre-se sobre esse quesito, frequentemente citado nas entrevistas.

5.3 Atividades religiosas

Os idosos participam ativamente de atividades religiosas, o que torna as igrejas local comum para novas amizades (Johnson & Troll, 1994; Cornwell et al., 2008; Tang & Lee, 2011). Ao se analisar os relatos colhidos, na maioria dos casos os idosos relataram participação em atividades religiosas, fator que aumenta a possibilidade de interações sociais. Distintos idosos relataram participação ativa e atividades de voluntariado associadas à participação religiosa, corroborando achados de Piercy et al. (2011). Com exceções, a análise da amostra desta pesquisa evidenciou forte componente de gênero para participação em atividades religiosas, pois as mulheres relataram maior assiduidade.

> *"Vou muito à igreja. As celebrações aqui são semanais [referindo-se à igreja perto de casa]. Toda semana eu vou. Porque aqui nós só temos celebrações aos sábados. Eu vou muito, eu gosto muito de ir à Igreja Nossa Senhora da Boa Aventurança. Depende da época do ano, se tem mais missas, se tem alguma coisa especial e eu posso, vou fora daqui. Mas o mais normal é semanal, o certo. Tenho participação ativa. Agora, sou presidente do Apostolado da Oração, que é um movimento de leigos que tem por dever honrar o coração de Jesus. Então, atualmente, coordeno esse Apostolado aqui da capela. Tem reunião uma vez por semana, na primeira sexta-feira tem a missa. Nós somos só sete pessoas, mas é um grupinho bem unido. Nós visitamos o asilo, doentes, a quem quer, a gente vai lá fazer uma oração, rezar um terço, ler um trechinho da Bíblia. E estou atuando na liturgia, na equipe de liturgia da capelinha aqui".*
>
> Vera (62 anos; independência; branca, viúva; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 filha solteira)
>
> *"Eu sou kardecista. Frequento o centro semanalmente. Participo assim, não onde que eu vou, mas quem vem aqui na minha porta e me pede um auxílio, doação [...]. Às vezes se pede um dinheiro, uma quantia que posso ajudar, eu ajudo, roupas para asilo, mantimentos".*
>
> Cleide (73 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho divorciado e 1 filho solteiro)
>
> *"Tem o senhor Amintas, esse é meu amigo na igreja. É um senhor de idade e nosso relacionamento também é sobre o procedimento humano, as coisas que acontecem, que fogem à condição humana. Vou à igreja, vou à casa dele e conversamos, discutimos, mostro minhas ideias, ele mostra as dele e tal. Vejo que eu tenho participação ativa, porque já fui da equipe de Liturgia, já fui ministro da Eucaristia, fui comentarista. Uns*

> *folhetos, aqueles folhetos que as pessoas acompanham no domingo, eu distribuo nas diversas comunidades. Mas considero uma participação ativa porque estou sempre na pastoral. Algumas vezes sou comentarista nas celebrações. Sempre vem uma equipe substituir a outra, então vai uma e entra outra. Eu também já fui ministro da Eucaristia 8 anos. Então tem que sair para dar lugar a outro. Mas eu considero que sou ativo pelo seguinte, porque não vou lá tão somente para cumprir preceito, eu sou parte ativa da igreja, estou ali para fazer alguma coisa que tem que fazer [...]".*
>
> Mauro (80 anos; independência; parda; casado; 18 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com esposa e 1 filha solteira)

O envelhecimento biológico avançado e a incapacidade funcional são fatores que levam os idosos a diminuir ou cessar a frequência e participação nas atividades religiosas.

> *"Às vezes, a minha participação é na hora em que vai começar a consagração, que a gente leva os paramentos. A gente leva o cálice, a hóstia, a harpa, sabe? Cada pessoa leva e, às vezes, me convidam e eu vou. É essa a minha participação. Já fui ministra da Eucaristia. Depois de estar velha, não estou podendo sair muito, que a igreja é longe, a gente vai a pé, e não estou podendo".*
>
> Graça (81 anos; independência; 11 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com o marido, 1 filho divorciado e 1 filha divorciada)

Na presença de incapacidade funcional os membros da igreja vão até o idoso. Os idosos relataram assistir pela televisão os cultos religiosos, como nos relatos abaixo.

> *"Estou sumida da igreja. Preciso voltar. Porque os ministros vêm muito, todo sábado, me trazer comunhão. Tenho assistido à missa ou novena mais é em casa mesmo. Na televisão, na Rede Católicos [nome do canal]. Agora, ir à igreja não vou toda semana não, porque não vou mais sozinha. Quando ia sozinha, toda terça-feira e quinta-feira tinha missa e eu ia. Mas depois a vista ficou prejudicada [referindo-se a não enxergar mais]. Até 10h30 estou assistindo à missa, as novenas, e em torno disso".*
>
> Antônia (83 anos; dependência moderada/grave; branca; casada; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com o marido e 2 filhas solteiras)
>
> *"Não frequento mais a igreja porque não posso, mas enquanto pude andar eu frequentei. Não perdia aos domingos. Agora assisto tudo por televisão".*

> Conceição (98 anos; dependência moderada/grave; branca, viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)
>
> *"Minha vida mudou muito depois que fiquei sem as pernas. Só de a gente sair e andar. Não conseguia ficar dentro de casa o dia todo sem sair, tinha que sair, tomar um vento, andar para lá e para cá, e agora não posso fazer isso. Inclusive, tem uma igreja que eu ia, a Amor de Deus, que fica perto de onde moro, mas tem uma subida. Não arrisco ir lá. Podia ir só, mas tem que subir [referindo-se à falta de acessibilidade]. Esses dias o povo de outra igreja evangélica falou que eles iam me apanhar na terça-feira para "mim" ir, mas falei com eles assim: "Eu vou lá só? Sei lá se eles esquecem de "mim" trazer e eu fico lá perdida!". Aí não quis ir não. Eu era da Deus Conosco, mas agora passei para essa Igreja, a Amor de Deus. Agora não tenho ido não [referindo-se ao momento em que ficou incapacitada]. Fica mais difícil para locomover".*
>
> Odete (61 anos; dependência moderada/grave; negra; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de menos de 1 SM; mora com 2 irmãs solteiras e 1 filho; tem um cuidador informal, o filho)

Por outro lado, os idosos que relataram não ter participação religiosa assídua demonstraram menos possibilidades de interação social, porém, os depoimentos sugerem existir alguma forma de compensação, por evidenciarem que os entrevistados têm relações mais estreitas com membros familiares (filhos, genros, noras e netos), como se nota no relato a seguir.

> *"Lá, por acaso, eu vou à missa. Passo um ano sem ir à missa (risos) [...]. Converso mais com minhas noras, filhos e netos".*
>
> João (89 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com 2 filhos homens solteiros)

Os idosos, de acordo com a personalidade, envolvem-se de maneira diferente no cultivo da espiritualidade e crenças pessoais (Pavarini & Neri, 2000). A participação religiosa, como se observa na grande maioria dos depoimentos, tende a se tornar mais intensa na velhice e repercute positivamente nas interações sociais dos idosos. Além da participação religiosa, quais outras possíveis variáveis intermitentes há no processo de interação social? Na tentativa de responder, discorre-se sobre os achados com relação ao estado civil dos idosos entrevistados.

5.4 Estado civil e redes

Os sociogramas de idosos casados e com filhos, em especial, são compostos por membros familiares descendentes (filhos e netos), além de outros componentes, como visto. O *status* marital apresenta forte relação com sintomas depressivos em idosos, pois idosos casados e satisfeitos com as relações familiares possuem menor número desses sintomas (Ramos, 2007; Aranda et al., 2011). Os idosos casados e com maior número de filhos têm menos probabilidades de sentir solidão (Hensley et al., 2010). No que se refere aos idosos deste estudo, a amostra foi composta de 25 idosos casados (15 homens e 10 mulheres), 22 idosos viúvos (3 homens e 19 mulheres), 3 idosos solteiros (1 homem e 2 mulheres) e 1 idoso divorciado (homem). Ao se analisar a prática de atividades de voluntariado nos idosos independentes, além de estar associada a rendas mais altas, os idosos casados, em geral, participam mais frequentemente, o que aumenta a possibilidade de interações sociais. Como assinalam Cornwell et al. (2008) e Piercy et al. (2011), idosos norte-americanos que prestavam serviços de voluntariado demonstraram maior habilidade de crescimento ante adversidades e mudanças de valores (melhor relacionamento com a esposa ou marido, maior espiritualidade e menor sentimento materialista).

> *"Fui voluntário durante 23 anos, ajudando a creche, que tem 65 crianças de 3 a 6 anos de idade aqui do bairro, que tem convênio com a Prefeitura. Eu fazia a parte contábil [referindo-se ao fato de ser contador] toda voluntariamente, a prestação de contas, tudo, ia lá para Brasília [...]. Há uns 2 anos participo voluntariamente lá na Santa Trindade [hospital] no setor de neurologia. Eu canto em dez enfermarias. Canto para os doentes. Vou andando entre os leitos e vou cantando para eles, as músicas. Segundo os médicos e a assistente social faz muito bem para eles, porque a maioria é gente do interior do país. Eu canto aquelas músicas antigas, mais de raízes, tanto de seresta quanto sertanejo. Então eu me acompanho no violão! (risos). [...] Lá no grupo de seresta a gente se reúne toda segunda para ensaiar. E tem os eventos que a gente participa. Quando é chamado, a gente vai [...]. Ah, eu sempre participei da associação de bairro. Atualmente sou do conselho fiscal daqui do bairro Santa Cruz [...]. Participo também de um grupo de terceira idade, o Grupo Seresta da terceira idade, às segundas-feiras. Participo cantando!".*
>
> Lindolfo (72; independência; branca; casado; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com a esposa, 1 filha solteira e 1 neto)

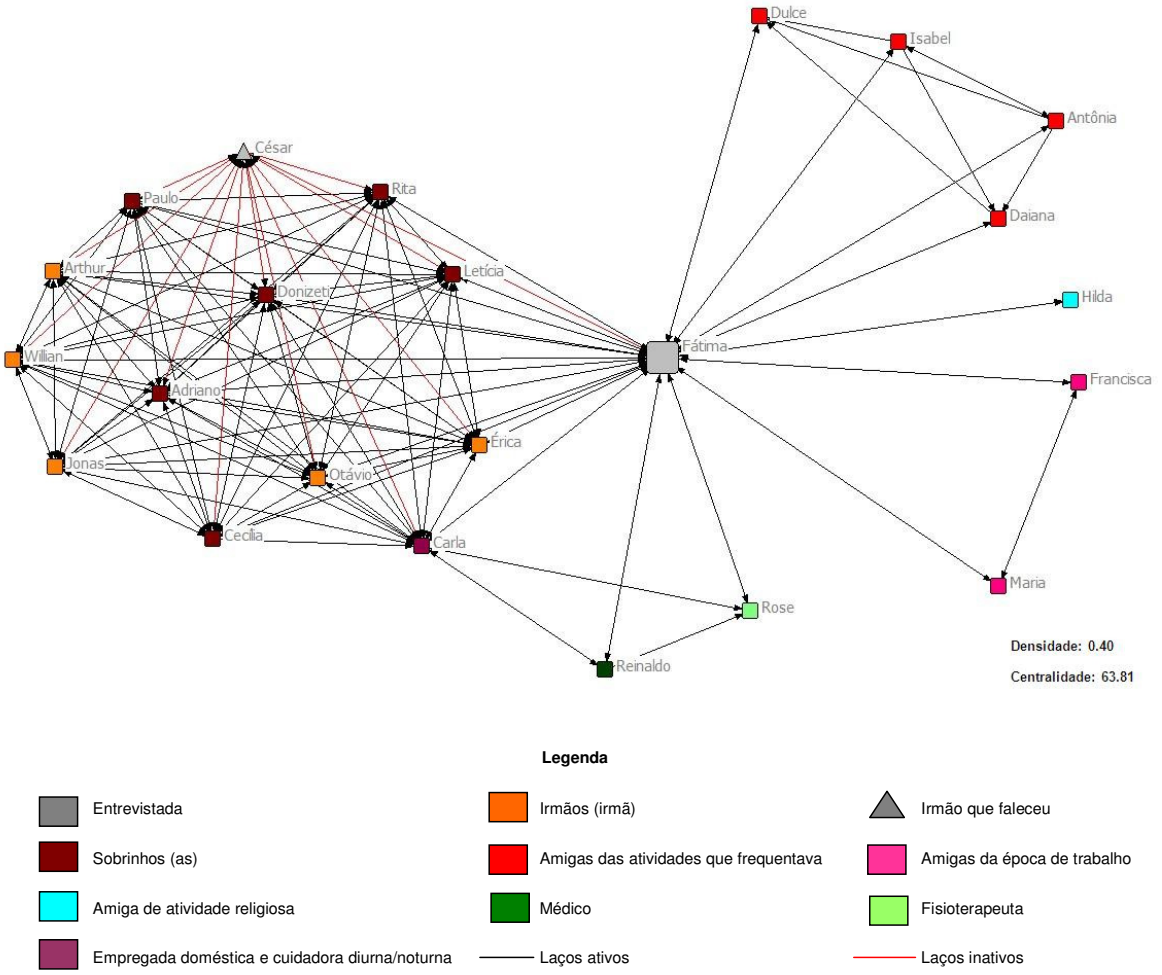
O fato de ser casado é importante para ampliar as redes de relacionamentos familiares (noras e genros), corroborando achados de Van Tilburg (1995) *apud* Litwin (2001), além da maior certeza de contar com uma rede de apoio formada pelo cônjuge ou filhos, na presença de incapacidade funcional. O casamento é fator de proteção, por diversos mecanismos, sociais e psicológicos, para uma melhor saúde (Goldman et al., 1995). Casamentos felizes diminuem a incidência de Acidente Vascular Encefálico (AVE) nos homens (Goldbourt & Lackland, 2010). Contudo, o casamento ainda tem impacto positivo na resiliência (Zeng & Shen, 2010). Pelos relatos dos idosos casados observou-se que, além dos filhos, vizinhos e amigos, eles têm contatos com outros parentes, como sogra, cunhados e sobrinhos da esposa, como relata o entrevistado Lindolfo.

> *"A minha sogra vem sempre aqui [referindo-se à casa onde mora]. Ela mora aqui perto e às vezes ela vem porque tem uma área verde, ela gosta de sentar, de sentar aqui! Ela mora em apartamento, então ela gosta de ficar aqui, mas é muito difícil dormir porque ela não gosta de dormir. Ela já está com 89 anos [...]. Meus cunhados e sobrinhos da minha esposa sempre vêm aqui para a gente jogar uma partida de xadrez [...]. O meu filho, domingo mesmo ele esteve aqui com dois netos e a esposa dele. A minha outra filha, Carolina e o filho dela, meu neto Felipe, que moram aqui comigo. Meu outro neto, Paulo, mora lá no bairro Campos Floridos. E outro filho meu, o casado com a Sara, tem dois filhos, um de 15 anos, que é o Lucas, e um de 10 anos, que é o André [...]. Me sinto satisfeito com a minha família. Sempre quando precisei eles estiveram ali. E não deixa de ser também um apoio para minha velhice".*
>
> Lindolfo (72; independência; branca; casado; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com a esposa, 1 filha solteira e 1 neto)

Com relação aos contatos sociais dos idosos que disseram ser solteiros, vários relataram ter nas redes sociais outros membros familiares (irmãos e sobrinhos), além de amigos. Os idosos solteiros, em geral, não têm filhos, e o aumento das redes sociais reduz a maior propensão à solidão (Stevens & Van Tilburg, 2000). Como no sociograma da entrevistada Fátima (FIG. 15) e em seu relato, logo em seguida, os vínculos estabelecidos em participações sociais pelo voluntariado na igreja, antes da condição de incapacidade moderada/grave, serviram para tornar sua rede social de alta centralidade ao ser acometida pela enfermidade. Os vínculos estabelecidos com os sobrinhos foram essenciais para aumentar a sua

rede de apoio no processo de incapacidade funcional. O depoimento de Fátima mostra que o estado civil “solteira” era motivo de tristeza.

Figura 15 – Sociograma da entrevistada Fátima



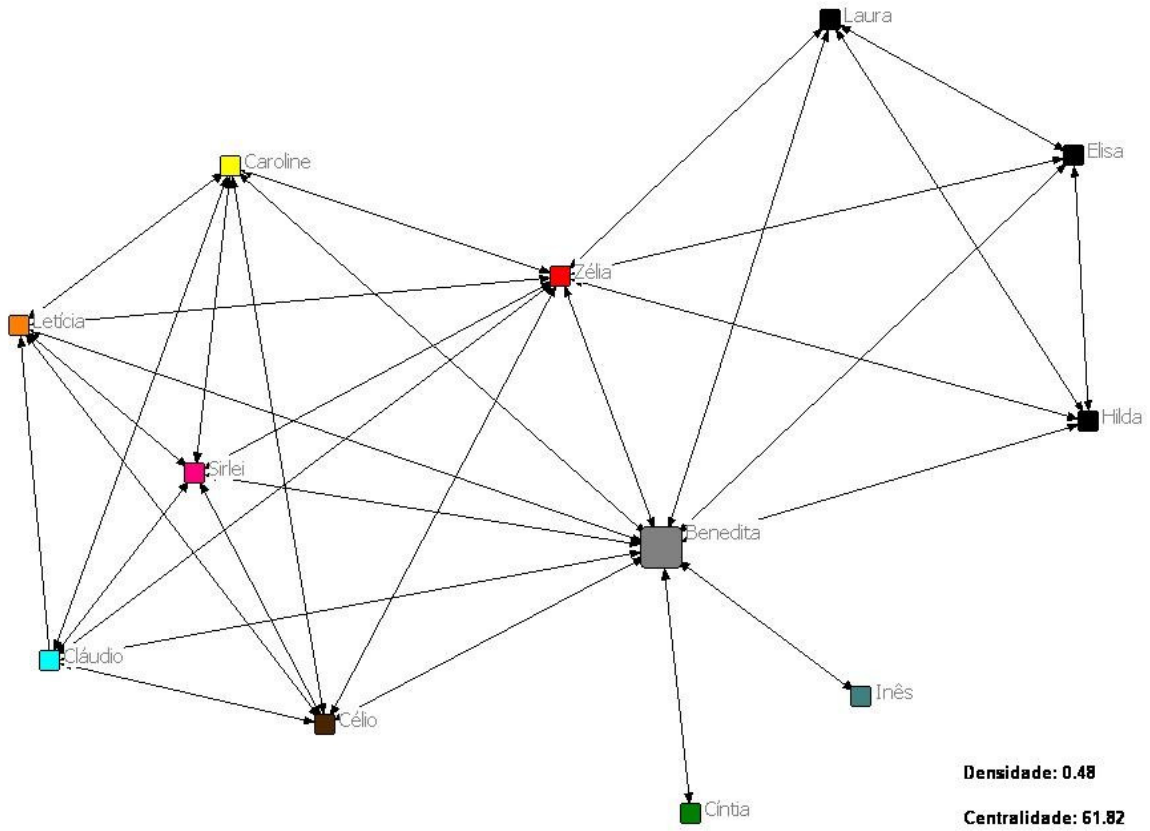
Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

> *“Nossa! Quando adoeci [referindo-se à incapacidade funcional] eu até testei a minha popularidade. Fiquei até emocionada, agora que fiquei acamada, com as várias visitas que recebi. Diversas amigas [...]. Na ginástica tinha muitas amigas, porque sempre fui muito expansiva, então todo mundo na ginástica me conhecia. Gosto de fazer as coisas bem. Acho que era meio aparecida, então quando ia o professor, ele dizia: “Nossa, está muito bem! É assim mesmo!”. E brincava comigo. Então, com isso todo mundo sabia o meu nome. Não sei o de todo mundo não. Mas sempre vêm muitas pessoas, mandam cartões, telefonam, visitam... E também da igreja, porque eu fazia uma participação, era da Legião de Maria, onde a gente fazia um trabalho social, visitava asilo, visitava o hospital de câncer infantil. Eu falo que está na hora de ser visitada, né? Mas no momento estou afastada.*

> *Interrompi um pouco essa parte por causa da limitação e das dores. A gente ia também dançar lá no asilo com as velhinhas. Elas me consideravam. Talvez fosse até da idade delas. E contava história, porque fiz um curso de contação de história, então ia aos sábados. Um grupo grande e eu fazia parte desse grupo [...]. Minha maior tristeza na vida é meu estado civil... Taí uma coisa que me arrependo e muito. Não ter casado me traz muita tristeza [...]. Eu morava no Rio e era uma pessoa vaidosa, me vestia muito bem, frequentava um meio muito bom, então tinha oportunidade de arrumar pessoas de bom nível, inteligentes e tudo. Tive oportunidade de ser noiva, mas era para morar fora do Brasil, aí pensando bem foi uma opção de não querer sair daqui. Embora já tenha visitado alguns países, pensei que não queria sair do Brasil. Me arrependo e muito [...]".*
>
> Fátima (79 anos; dependência moderada/grave; branca; solteira; 15 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)

Ao se analisar o sociograma da entrevistada Benedita (FIG. 16), a alta centralidade desperta interesse. Pressupõe-se a existência de qualidade nos vínculos estabelecidos, o que ocorre pelo fato de serem poucos os membros de sua rede social. A entrevistada em questão obteve nota de corte para sintoma depressivo, segundo EDG, e relatou sentimento de tristeza em virtude do estado civil, como em seu depoimento em seguida.

Figura 16 – Sociograma da entrevistada Benedita



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

"Eu fui noiva, já tive meu namorado. Só que eu cuidava muito da minha mãe e do meu pai, e esqueci muito de mim. Cuidava muito deles. Até a morte deles foi junto comigo. Sinto-me sozinha e me arrependo de não ter casado... Já tive vontade. Agora a idade já passou (risos). Agora a gente não é mais nova e agora não tenho mais essa vontade. Acho que mesmo para quebrar a cara, a pessoa deve se casar. Mesmo para ter filhos para encher o saco, às vezes, ou dar trabalho, a pessoa tem que ter. Deve ser até bom para ocupar a cabeça, eu penso, né? Na velhice, principalmente, você sente falta de ter uma família, sabe? Igual eu, moro com a minha irmã, meu cunhado, minha sobrinha e a filha dessa

> *sobrinha. Como não tive uma família minha, vim morar com eles. A convivência não é fácil, e é difícil para falar. Tem hora que a minha voz custa para sair. É por isso que eu sofro. É difícil, viu?" [nesse momento a entrevistada chora].*
>
> Benedita (69 anos; independência; branca; solteira; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 irmã, 1 concunhado, 1 sobrinha-neta, o marido da sobrinha-neta e a filha da sobrinha-neta)

O estado civil divorciado é possível fator para ampliar as interações sociais dos idosos, válido para o caso do entrevistado Geraldo (FIG. 12, página 84). Seu relato evidencia que, além dos contatos com os membros familiares e amigos do trabalho, depois do divórcio ele tinha mais liberdade para encontros com os amigos.

> *"Antes de me divorciar, a minha esposa achava ruim eu sair para jogar com meus amigos. Agora, sinto mais liberdade para poder fazer o que quero. Toda quarta-feira vou na casa do meu amigo João, e lá outros amigos vão para jogarmos baralho [...]. A minha filha trabalha também, e a despesa da casa é dela. Esse apartamento foi eu que dei para ela. Eu vim morar com ela depois que me divorciei [...]. O marido dela, por que razão não sei, saiu de casa, abandonou o lar, então os meus netos estavam muito pequenos, e vim morar com ela para tomar conta dos netos, porque ela trabalha até 10 horas da noite".*
>
> Geraldo (72 anos; independência; branca; divorciado; 8 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 filha divorciada, 1 neto e 1 neta)

Com relação à viuvez, foram encontrados indícios de essa condição ser provavelmente fator que aumenta a capacidade de interação social das idosas, principalmente por terem que assumir determinados papéis e fazer algumas atividades próprias do marido. O momento de transição na vida dos idosos exige maior necessidade da rede de apoio, principalmente dos filhos (Liang et al., 2001).

> *"Mudou muito. Porque quando o meu esposo era vivo, ele resolvia tudo. Depois que ele faleceu, eu faço tudo. Preciso de reforma na casa, vou e corro atrás. Eu e as meninas. A Mariana mais ainda, que é a que fica andando comigo. Já fiz muita reforma aqui. Sou muito agradecida porque consegui tanta coisa depois que o meu esposo morreu. Mas tive muitos problemas porque perdi duas meninas em um acidente de carro. Uma tinha 14 anos, a outra 15. As duas de uma vez. Isso tem 17 anos. Acho que não quero nem falar nisso. Isso me dói até hoje [entrevistada chora]. Quando ele faleceu, eu falei: "Vou ter que continuar criando as*

meninas". Elas eram pequenas, e sou daquelas medrosas. "Não, eu não vou pôr ninguém estranho na minha casa. E vou tomar conta". Tomei conta, criei, criei elas a Deus, as duas faleceram, estão entregues na mão de Deus. Aí acho que vou muito bem. Fiz tudo e faço, e estou indo muito bem até hoje, na idade em que estou".

Maria (71 anos; independência; branca; viúva; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 2 filhas solteiras)

"Minha vida mudou radicalmente depois que fiquei viúva, vamos dizer. Porque fiquei sendo a responsável por tudo. Minha filha ainda é estudante, não trabalha. Agora ela está fazendo estágio e a remuneração é pequenininha, dá para pagar a condução, essas coisinhas. Então, sou responsável por tudo, até para tomar as decisões. Eu ajudava. A gente sempre conversava, mas era mais tranquila a minha vida. Nós trabalhávamos juntos, nós tínhamos um comércio lá em Queijinhos, então a gente estava junto dia e noite. As decisões eram tomadas em comum. Depois fiquei com a responsabilidade toda, aí achei que pesou, sem contar a falta dele".

Vera (62 anos; independência; branca, viúva; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 filha solteira)

"Meu marido era uma pessoa muito presente, e ele me ajudava em tudo, fazia as compras normalmente, via o que faltava. Eu não fechava a porta, ele que fechava, e agora não, tenho que toda noite fechar a porta, pôr cadeado onde precisa, olhar o que está precisando, fazer as compras".

Luzia (79 anos; independência; branca; viúva; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com 2 mulheres estudantes pensionistas)

"A vida muda muito depois da viuvez porque a responsabilidade é maior. Antes de ficar viúva só mexia com as coisas de casa mesmo. Depois que fiquei viúva tudo eu fazia [referindo-se às atividades feitas pelo marido]. A vida inteira dependi do meu marido, impressionante como é que dei conta. Eu era totalmente dependente. Totalmente. Depois que fiquei viúva tive de fazer tudo. Tudo, tudo. Pagar conta, tudo era só eu. Agora estou mais quieta, mas ainda faço também, se precisar. A coisa que mais mudou é porque não tinha compromisso, que antes de ficar viúva era o marido que mexia, depois passei a mexer".

Divina (69 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora sozinha)

O relato abaixo mostra que a viuvez veio acompanhada de mudança no padrão de vida.

"Quando fiquei viúva fiquei com os seis filhos. O INPS da Companhia Minério Mineiro, onde ele trabalhava, não é grandes

> *coisas. Tem os filhos que me ajudam. Agora, a minha pensão ajuda a pagar água e luz e pagar a ajudante" [que também auxilia nos cuidados da idosa].*
>
> Olga (81 anos; dependência leve; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho solteiro, 1 filha e 1 genro)

No depoimento da entrevistada Aurora, idosa que na juventude trabalhava, percebe-se a independência financeira, até mesmo dos filhos, após a viuvez.

> *"A sorte é que eu tinha meu emprego, porque senão tinha que depender pra tudo dos filhos. Trabalhava de serviçal em um grupo escolar. Aposentei por invalidez. Trabalhei vinte anos, depois de vinte anos é que mexi com aposentadoria [...]".*
>
> Aurora (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filha, 1 genro, 2 netos e 1 neta)

No relato da entrevistada Lourdes nota-se que a vida financeira não mudou, mas a companhia do marido lhe fazia muita falta.

> *"A falta do marido, a gente sabe que... A gente lembra, tem muita falta, mas tenho que me conformar que não tenho ele. É solidão, né?! A falta da pessoa. Assim, vida financeira, continua a mesma coisa. A vida financeira continua a mesma. Solidão assim, falta da pessoa companheira de casa, mas não sou aquela pessoa que fica triste, fica só, fica ali escutando, reclamando, eu não! Sempre estou em ação. Esses amigos que tenho preenchem alegria pra mim, mas a falta do marido ninguém vai preencher".*
>
> Lourdes (80 anos; dependência leve; branca; viúva; 1 ano de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM, mora com 1 filho solteiro)

Solidão e falta da companhia do marido estão presentes nos depoimentos abaixo.

> *"Minha vida mudou muito depois que fiquei viúva (risos). Porque agora dependo muito dos meus filhos. Tem 17 anos que fiquei viúva. A companhia faz muita falta. Ele era muito bom. A princípio eu tomava conta de tudo [referindo-se aos pagamentos], mas depois que fiquei com mais idade e aparecendo as doenças, são os meus filhos que olham".*
>
> Zélia (84 anos; dependência leve; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)
>
> *"Sou viúva. Minha vida mudou demais. Fiquei muito sozinha. Fiquei muito sozinha, a vida muito solitária. Ele era um companheiro, sabe, porque ele não saía de casa, quando saía era comigo. De maneira que tudo atrapalhou. Nem sempre a gente*

> *acha uma companhia. Agora que Deus me ajudou que arranjei essa menina [referindo-se à cuidadora], que me olha muito direitinho, mas até aí passei muita dificuldade".*
>
> Conceição (98 anos; dependência moderada/grave; branca, viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)

A viuvez é acontecimento que, com frequência, torna-se divisor na vida de diversos idosos, ocasionando profundas mudanças nas redes sociais. A seguir, destacam-se relatos que emergiram ao ser questionados sobre o acontecimento e opiniões relacionadas a recasamentos.

5.4.1 Foi um rio que passou em minha vida. E meu coração se deixou levar...

> *Foi um rio que passou em minha vida (Paulinho da Viola)*

Em alguns casos, as idosas, principalmente, relataram que a vida "mudou muito", e que sentiam "muita falta" da companhia do marido, mas não pensavam em se casar novamente.

> *"Sou viúva. Tenho um sentimento assim, fiquei triste. Porque nós "morava" em fazenda, depois ele morreu. Nós "morava" tudo no interior, depois fiquei lá e as meninas "veio" para cá, e me trouxe para cá. Já tem mais de dez anos, muito mais de dez anos que moro aqui. Minha vida mudou porque a gente, tendo o companheiro da gente, não tem coisa melhor. Ele não era ruim para mim, não era ruim para os meus filhos. Mas, como se diz, Deus não quis. Ele morreu e eu tento entender as vontades de Deus. A gente sente tristeza, sente porque a gente viver na casa dos outros e viver só. Casar? Não! (risos). Casamento é só uma vez".*
>
> Tereza (84 anos; independência; branca; viúva; 1 ano de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 2 filhas solteiras e 1 neto)
>
> *"Ah, mudou. Não muito, mas mudou. Porque a gente fica mais sozinha. Mudou para pior. Porque a gente viveu trinta anos juntos e de repente, assim... Já tem 17 anos que sou viúva. Outro casamento? (risos). Nem pensar! Não! Casamento é uma vez só".*
>
> Juraci (71 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filho solteiro, 1 filha solteira e 1 neta)

> *"Depois que fiquei viúva achei muito ruim porque os dois juntos era muito melhor [referindo-se a ela e ao marido]. A gente ficou triste. Estou sempre pedindo a Deus para confortar a gente, não tem jeito mais! Mas com o companheiro era muito melhor. Mas casar de novo não! Nem que eu fosse mais nova. Sou velha já!".*
>
> Joana (77 anos; independência; branca; viúva; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora com 1 filha, 1 genro e 1 neta)
>
> *"Mudou, por causa da tristeza, né? Fiquei viúva muito nova, com 25 anos. Fui morar com o papai de novo [...]. Deus me livre de casar de novo! Nunca tive essa vontade na minha vida. Porque eu tinha ele na minha cabeça para o resto da minha vida. Mas Deus me livre! (risos). Nem para companhia nem para nada. Nunca mais olhei para um homem como se ele fosse homem. Nunca mais!".*
>
> Diva (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

Um dos relatos despertou maior atenção pelo fato de o entrevistado ter deixado subentendido que depois da viuvez começou a viver maritalmente com a cunhada. Entretanto, ao ser perguntado se nutria desejo de se casar novamente, ele se contradisse e respondeu negativamente.

> *"Assentamos ali na poltrona [referindo-se a ele e à cunhada solteira]. Às vezes eu deito, e nós assistimos televisão, às vezes trocamos algumas palavras. Às vezes brinco com ela assim: "Oh, Arlete, enfim sós!". Porque é só eu e ela. A empregada vai embora 4, 5 horas. Ah! A companhia dela durante a noite é positivo. É boa companhia. Seria muito desagradável ficar sozinho [...]. Sinto muita saudade da minha mulher. Tem seis anos que ela morreu. Nós nos "dava" muito bem. Nossa mãe! Sinto falta dela, lógico. Me faz falta! Só isso! Me faz falta! Não posso nem lembrar disso que dá vontade de chorar.*
>
> *Entrevistador: "O senhor tem vontade de se casar novamente?". O entrevistado diz: "Não. Não me interessa". A cunhada logo interferiu na conversa: 'Tem seis anos que ele está viúvo'.*
>
> *Baltazar (87 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar per capita de 1 a 2 SM; mora com a cunhada)*

Em geral, os relatos demonstram que a viuvez nem sempre é revés. Durante essa fase da vida, a maioria das idosas enxerga horizontes de independência, por todo o papel de submissão aos homens desempenhado quando casadas (Debert, 1999). Em alguns casos, as idosas relataram que a vida mudou para melhor depois da viuvez.

"Eu me sinto melhor e saio muito mais. Minha liberdade é boa demais [...]. Casar de novo não. Gosto muito de sair. Saio para dançar. Adoro dançar. É só isso mesmo".

Cleide (73 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho divorciado e 1 filho solteiro)

"É até pecado, não devia falar. Mas depois que fiquei viúva minha vida melhorou muito. Porque minhas filhas "dobrou" o cuidado comigo, e minha cabecinha é boa para gerenciar. Deus me livre! (risos). Não tenho vontade de me casar de novo não! Fiquei viúva com 62 anos. Achei muito engraçado; todos me diziam: "Dona Madalena, a senhora está bonitona, podia casar [...]". E eu falava: "Nem, muito obrigada". Quando era meu conhecido eu falava: "Oh, fulano, não repete isso comigo não, porque quando é uma pessoa que não conheço dou má resposta, agora, como eu conheço o senhor e somos amigos, não vou dar má resposta. Mas não repete não". Um que morava numa casa em cima, a mulher dele morreu, e eu não estava velha assim não, estava mais forte. Eu estava varrendo aí fora, ele passou e falou: "Madalena..." Me chamava de dona, tirou o dona fora, pegou na minha mão e disse: "Que anéis lindos!". Eu falei: "É aliança de casada". Muita gente acha que sou casada e deixo passar. Dentro do ônibus. Ando, vou muito na cidade [referindo-se ao centro de BH]. Deixa eles pensarem que sou casada. Ele falou: "Madalena, cheguei em Brasília e as mulheres queriam de todo jeito se casar comigo". Eu falei: "Senhor Antônio, mas que bom que o senhor é inteligente, o senhor não é doido para casar outra vez!". Quem tinha uma mulher como o senhor tinha, uma mulher dinâmica, punha e dispunha das coisas, trabalhadora, econômica, o senhor não vai achar uma mulher igual à dona Maria! Se fosse o senhor nunca pensava em casamento. Fiquei viúva muito nova. Pode aparecer o Don Juan de Belo Horizonte e falar: "Eu vou casar com a senhora, a senhora gosta muito dos seus filhos, a metade de Belo Horizonte é dos seus filhos e a metade é para nós dois passearmos". Eu direi: "Some da minha frente com o seu Belo Horizonte e com tudo. Me deixa em paz. Eu estou em paz". Meu marido foi meu companheiro, já chega!".

Madalena (92 anos; independência; branca; viúva; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filho viúvo e 1 filha de criação solteira)

"Gostei de ficar viúva (risos). Meu marido era muito enjoado, me prendia. Depois que fiquei viúva tenho mais liberdade. Minha vida mudou para melhor. Nem penso em me casar novamente. Não tenho vontade. Eu me sinto bem. Não gosto que ninguém manda em mim. Quem manda em mim é só aquele lá de cima, só Deus. Tem 18 anos que estou viúva. Não sinto vontade de ter companheiro! Só ele que foi meu marido. Não quero nunca na minha vida mais".

Sílvia (70 anos; independência; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho solteiro)

> *"Alguma coisa melhorou! Fazer o quê, né? Melhorou porque meu marido bebia muito, e eu, com cinco filhos, era muita dificuldade. A metade deles "casaram" e só ficou esse que eu falei para você. E homem de novo nem pensar!".*
>
> Lúcia (67 anos; independência; branca; sabe ler/escrever um bilhete; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho solteiro)

Alguns homens salientaram que não têm vontade de se casar novamente, como está nos relatos de João e Messias.

> *"Sou viúvo. Achei muito ruim de ficar viúvo porque nós "combinava" muito. Tem 20 anos que sou viúvo. Não, não. Nunca mais (risos). Acho que já passei demais da idade".*
>
> João (89 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com 2 filhos homens solteiros)
>
> *"Sou viúvo. Sinto que ela faz muita falta, porque ela sempre me ajudava. Sinto muito a falta dela. Porque é o que estou falando com você, não posso sair. Acho que é só. Porque as outras coisas... Vai fazer dois anos agora que fiquei viúvo. Nesta condição que me encontro [referindo-se à incapacidade funcional], ela me ajudava muito. Ela morreu de um negócio da mama. Depois de operada, ficou muito tempo viva. Gostava de trabalhar, vi que ela não podia trabalhar, pus um barzinho para ela na casa. Porque a casa lá é casa própria, aí puxei um barzinho para ela e ela mexia lá, vendia as coisas, até que não aguentou e morreu [...]. Não tenho vontade de me casar novamente, porque já estou meio de idade e não dou mais para essas coisas de ficar aturando as coisas que eu aturava. Às vezes a gente fica mais nervoso, não é mesmo? Porque a gente não pode passar raiva. Quando fica sozinho nada te atrapalha. Quando quero ir, falo com a minha menina: "Ó, eu quero ir em tal lugar assim". Em aniversário vou sempre. O marido dela tem carro, e eu vou, divirto. Não bebo. Tem dois anos que não bebo".*
>
> Messias (71 anos; dependência leve; branca, viúvo; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filha e 1 genro)

Em suma, os relatos mostram que os idosos, ao serem indagados sobre contatos, mencionam primeiramente a rede primária, os membros familiares mais próximos, além de amigos de locais de trabalho, de participação religiosa e vizinhos. A família é o eixo central, mas a condição de viuvez, principalmente para as mulheres, tende a vir acompanhada de sentimentos de liberdade, e novas uniões conjugais são vistas como meio de impedimento para quaisquer atividades. A ideia, pelo próprio idoso, de idade muito avançada, faz com que não

pensem em recasamento, levando-os a buscar outros meios de interações sociais na condição de viúvos. Ao se analisar as redes sociais e o processo de interação social, a independência fornece possibilidades de redes mais ativas na participação religiosa, contatos mais frequentes com amigos e vizinhos.

Porém, no que se refere às redes de apoio aos idosos, múltiplas questões emergem. Como se formam as redes de apoio na velhice, nas mais diversas condições de vida dos idosos e na presença de incapacidade funcional? Possivelmente, a rede de apoio principal é composta por cônjuges e filhos, sendo a primeira a ser invocada, principalmente para fornecer apoio instrumental e material. Por isso, é importante analisar as redes sociais nos distintos contextos, o que será abordado em seguida.

6 POSSÍVEIS REDES DE APOIO AOS IDOSOS, EM MINAS GERAIS, COM INCAPACIDADE FUNCIONAL

Dado o aumento da proporção de idosos com algum tipo de incapacidade funcional, e sendo essa condição situação de risco para diminuição das interações sociais (Berkman & Syme, 1979; Sluzki, 1997; Kelley-Moore et al., 2006), dentro das possibilidades de investigação, com a base de dados escolhida, partiu-se do pressuposto de que as redes de apoio a esses idosos são mais efetivas, formadas pelos demais moradores do domicilio. Nos cuidados fornecidos aos idosos com incapacidades funcionais, em projeções realizadas nos Estados Unidos, observou-se que haverá significativa diminuição de potenciais cuidadores, representados pela população mais jovem (Manton, 1989). Em 2002, 61% dos idosos norte-americanos com algum tipo de incapacidade funcional recebiam ajuda em atividades pessoais ou domésticas (Johnson & Wiener, 2006). No Brasil, em 2000, para cada idoso que necessitava de assistência houve praticamente um potencial cuidador, sendo 47,9% homens e 52,1% mulheres. Dada a atual dinâmica demográfica, esse número tende a diminuir em 20% entre 2000 e 2020 (Ferreira, 2007).

Nos domicílios de Minas Gerais com idosos, de acordo com dados da PNAD-2008, o número médio de outros moradores está em torno de um morador. Ao se pressupor serem os demais moradores os potenciais cuidadores na configuração da rede de apoio ao idoso, a idade média dos moradores dos domicílios com idosos é de 28 anos (desvio padrão $\pm$ 9 anos). Ao se considerar somente a faixa etária de 15 a 59 anos de idade, desagregados por sexo, pressupondo estarem compreendidas nessa faixa etária as pessoas capazes de fornecer principalmente apoio instrumental (cuidado) ou material (dinheiro, moradia, comida, roupa e pagamento de serviços), e considerando o forte componente de gênero nos cuidados, como discutido na revisão, a idade média para as mulheres é de 35 anos (desvio padrão $\pm$ 9 anos). Para os homens, de 34 anos (desvio padrão $\pm$ 9 anos).

Ao se analisar as idades médias dos outros moradores dos domicílios com idosos, considerando os moradores de 15 a 59 anos que, provavelmente, fazem parte da rede de apoio, por categoria de incapacidade funcional, obtiveram-se as idades médias e desvios padrão apresentados na TAB. 5.

Tabela 5 – Idade média dos demais moradores com idades entre 15 e 59 anos em domicílios com idosos, por sexo e categoria de incapacidade funcional do idoso

Incapacidade funcional	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Idade média	Desvio-padrão	Idade média	Desvio-padrão
Independência	34	± 12	31	± 10
Dependência leve	33	± 12	32	± 11
Dependência moderada/grave	35	± 13	34	± 12

Nota: χ^2 **= 942.26,** ***p*** **= 0.000;** χ^2 **= 1.5+03,** ***p*** **= 0.000.**

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Ferreira (2007) considerou a faixa etária de 18 a 79 anos como aquela na qual, possivelmente, estão compreendidas as pessoas que formam as redes de apoio aos idosos, desde que não declaradas com algum tipo de incapacidade funcional. Considerando os domicílios somente com idosos, ao se analisar por categoria de incapacidade funcional, a idade média e desvios padrão apresentam-se na TAB. 6. Pressupõe-se que em domicílios somente com idosos e com mais de um idoso, na presença de dependência funcional (leve ou dependência moderada/grave) de um dos idosos, o outro morador idoso tem melhor condição de saúde ou menor idade e, provavelmente, é o potencial cuidador.

Tabela 6 – Idade média dos idosos em domicílios somente com idosos, por sexo e categoria de incapacidade funcional

Dependência funcional	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Idade média	Desvio-padrão	Idade média	Desvio-padrão
Independência	69	± 6	70	± 8
Dependência leve	72	± 7	72	± 7
Dependência moderada/grave	75	± 8	76	± 9

Nota: χ^2 **= 310.56, *p* = 0.000;** χ^2 **= 216.04, *p* = 0.000.**

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Os achados se referem somente ao âmbito domiciliar; portanto, é evidente que as redes de apoio transcendem o domicílio. Muitos constituintes das redes de apoio aos idosos moram em domicílios distintos (Corrêa, 2010). Porém, dentro das possibilidades de uso da base de dados escolhida, a análise quantitativa forneceu insumos para vários questionamentos: idosos que moram com alguém realmente têm o apoio essencial em todos os sentidos? Geralmente, em qual tipo de vínculo as redes de apoio se estabelecem? Na tentativa de investigar tais questionamentos, a seguir alguns achados qualitativos.

6.1 Mas morar com alguém não garante apoio

Diversos pressupostos sobre as redes de apoio na velhice partem do princípio de que as redes de relacionamentos familiares nos arranjos domiciliares são as primeiras acionadas na necessidade de auxílio por idosos. Todavia, nem sempre as relações familiares nos arranjos domiciliares concebidas somente pela consanguinidade são garantia de apoio nas mais diversas especificidades (cognitivo, material, instrumental e emocional). Ao se fornecer essas formas de apoio, os laços afetivos (amor, consideração e carinho) se sobressaem aos laços puramente consanguíneos. Como assinala Dauster (1988), a afetividade não se relaciona à proximidade física nas relações familiares. Ademais, negligências contra idosos ocorrem em 90% dos casos nos lares, principalmente associadas a filhos ou cônjuges (Chávez, 2002 *apud* Minayo, 2004). As redes de apoio aos idosos se configuram, principalmente, por redes de parentesco (incluindo não

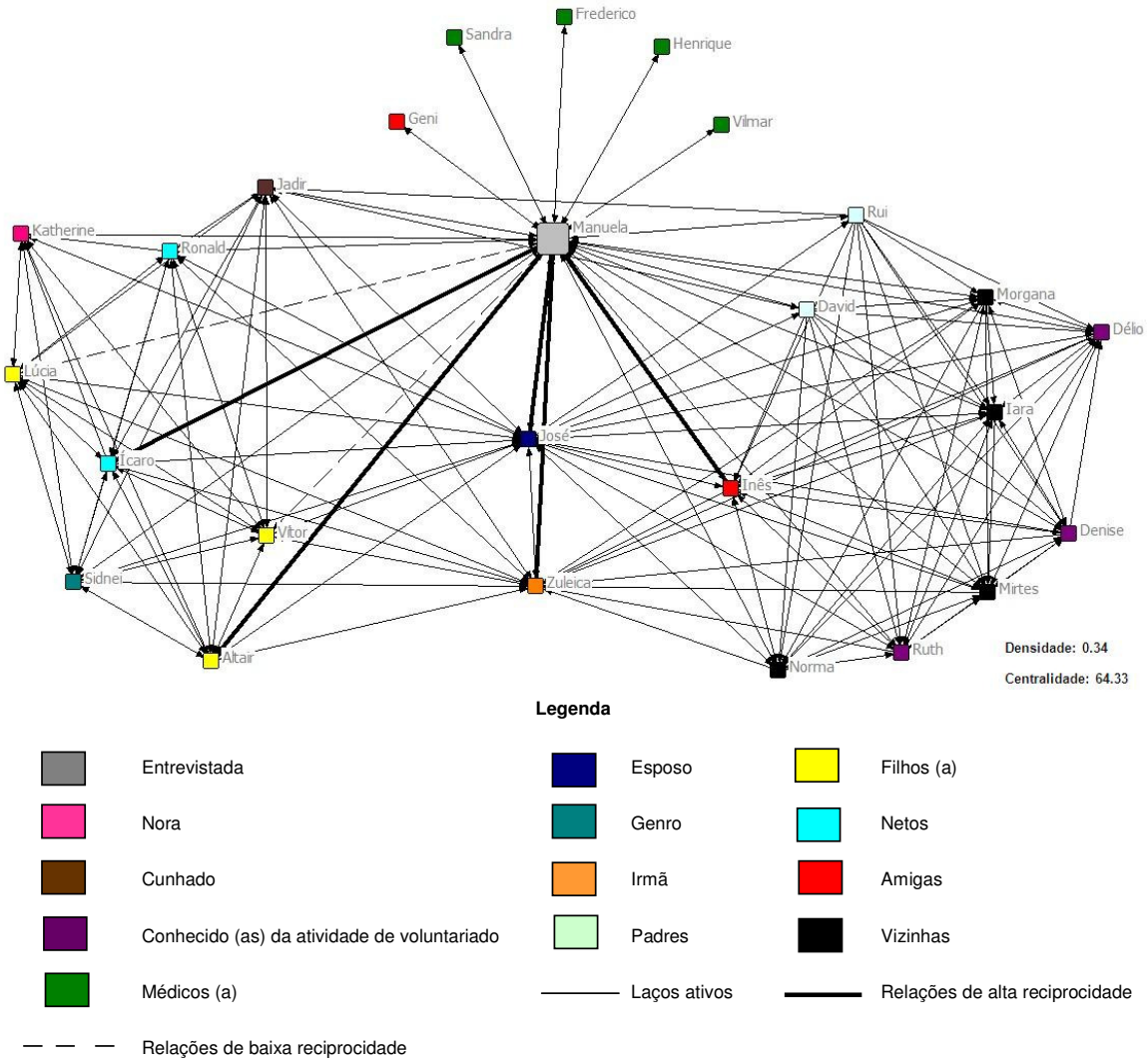
somente parentes que compõem os domicílios), seguidas de redes com laços difusos (considerando relações diversas, menos íntimas). Idosos em redes centradas somente em amigos e em membros familiares, apenas dos domicílios, são menos prováveis de receber apoio, considerando todas as suas dimensões (Litwin & Lindau, 2000). No entanto, em seguida mostram-se evidências de que nem sempre os membros familiares do domicílio formam as redes de apoio em contexto mais amplo.

6.1.1 Reciprocidade nas relações dos idosos

Nas diversas relações estabelecidas, esperava-se que os membros das redes sociais estivessem disponíveis para as variadas formas de reciprocidade, ou seja, de haver senso comum em expectativas de trocas (Erbolato, 2006). Tendo em vista relações com amigos e as trocas estabelecidas, as incapacidades funcionais as dificultariam pela redução da mobilidade e a capacidade de socialização, pois os relacionamentos de amizade, em sua grande maioria, estão mais ligados às atividades recreativas e não ao apoio instrumental (Johnson & Troll, 1994). A função é atribuída aos membros familiares, o que envolve laços afetivos e/ou consanguíneos.

Na grande maioria dos casos houve interação entre laços afetivos e laços consanguíneos nas trocas estabelecidas nas redes de apoio. Porém, em algumas exceções, ficou explícito que apoiar o idoso ultrapassa a presença física de outro morador no domicílio, corroborando achados de Corrêa (2010). Nesses domicílios percebeu-se que não havia reciprocidade nas relações, tornando deficitárias as redes de apoio (cognitivo e emocional). O sociograma da entrevistada Manuela (FIG. 17) evidencia baixa densidade e alta centralidade. No entanto, em seu depoimento, logo abaixo do sociograma, nem mesmo a cordialidade existia entre ela e o filho, causando sofrimento na idosa. A alta centralidade é explicada pela existência de outros vínculos relatados pela idosa (atividades de voluntariado, amigas, médicos e padres).

Figura 17 – Sociograma da entrevistada Manuela



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011. Nota: como mencionado, em redes sociais nas quais os laços estabelecidos ao longo da vida são fracos, a reciprocidade é baixa (Marsden, 1990; Wellman & Franck, 2000). A reciprocidade foi medida de acordo com a classificação dos laços pelos entrevistados, sendo consideradas relações de alta reciprocidade aquelas classificadas de muito forte e forte. As de baixa reciprocidade são as relações classificadas de regular/média, fraca e muito fraca.

> *"[...] O dia em que o Vítor está em casa, quando ele não está no computador, ele está deitado. Se você chegar para conversar com ele é um xingo. "Ah, mãe, a senhora não me dá sossego!". Esse aí não conversa comigo é nada, nem o necessário. É preciso que eu ande atrás dele para poder conversar [...]".*
>
> Manuela (65 anos; independência; branca; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com o marido, 1 filho, 1 filha, 1 genro e 1 nora)

O depoimento da entrevistada Madalena revela relação de baixa reciprocidade entre a idosa e a filha.

> *"[...] Ela é minha filha, mas sou muito franca. Ela já morou comigo e mudou seis vezes, já teve seis moradias. Casa de aluguel, casa própria que ela vendeu, depois fez outra, vendeu com dificuldade, e agora está morando num apartamento. Eu não me dou com ela não, e não concordo com suas atitudes. Nem conversamos muito. Todas as casas que ela chegou foi brigada comigo. Brigava com um, brigava com outro, brigava com outro. E fala: "Eu não gosto que me tira!". Briguenta!*
>
> Madalena (92 anos; independência; branca; viúva; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filho viúvo e 1 filha de criação solteira)

Em alguns momentos, os discursos revelam que os idosos preferem se abster de contato mesmo com filhos, por não estabelecerem boas relações com os demais familiares (irmãos, netos) e desestabilizar as redes de relacionamentos. Caso não o fizessem, perderiam o apoio dos outros familiares, que deixariam de visitá-los, como nos depoimentos abaixo.

> *"Tenho um filho de criação que tem muitos problemas alcoólicos. Então, para eu não ter problema com ele, comprei uma casa para ele morar. É uma relação fraca, para não ter problema maior prefiro não me envolver muito. Se bem que agora ele está estabilizado nesse vício. Meu neto [filho de uma filha falecida] não dá certo com ele. Por isso, na tentativa de amenizar discussões, prefiro mantê-lo distante".*
>
> Luzia (79 anos; independência; branca; viúva; 12 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com 2 mulheres estudantes pensionistas)
>
> *"Tenho uma filha mais velha que mora nos Estados Unidos. O ano passado ela esteve aqui e ficou comigo um ano. Ela foi embora em dezembro. Ela ficou aqui, mas ela me deu muito problema. Ela é muito geniosa. Sei lá. Parece que pega a mesma mania do pessoal de lá e vem tudo diferente, então eu senti muito incomodada o ano passado por causa dela. Muito boa, me ajuda muito. Tudo que ela tem lá e que ela acha que eu vou querer ela traz para mim, presente e tudo. Me ajuda, mas em compensação... Igual falei com ela, que preferia que ela não me desse nada e mudasse o gênio dela. Inclusive, ela fez algumas coisas desagradáveis com os irmãos e alguns amigos meus. Os amigos que a gente tem, que a gente gosta, porque eu gosto muito de visita que vem dialogar comigo, e ela fez muita desfeita. Essa prima, a Isaura, durante o tempo que ela esteve aqui, ela não veio aqui porque ela maltratou ela por telefone. Mas é filho, né, então... Chamei muito atenção dela, mas... Agora não tenho vontade que ela venha mais para ficar comigo não, porque não dá certo! Eu sou uma pessoa que não gosto muito de falar essas coisas, então sinto e guardo".*

> Cleide (73 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filho divorciado e 1 filho solteiro)

Relações de troca foram observadas nos domicílios em que os idosos são arrimo financeiro. Como assinala Saad (2004), há significativa proporção de idosos que ajudam financeiramente os filhos. Nesses casos, as redes de apoio se dão de forma bidirecional, em que ficam estabelecidas relações de reciprocidade do idoso para com o filho (sentido material: dinheiro, moradia e comida) e do filho para o idoso (sentido emocional: companhia; instrumental: cuidado). Os idosos que estabelecem trocas mais efetivas com membros familiares estão menos sujeitos a desenvolver sintomas depressivos (Liang et al., 2001). O relato abaixo revela que o idoso ajuda o filho financeiramente e na educação formal das netas.

> *"É uma coisa assim. Essas minhas netas, vou te contar. Essa daí vai fazer Medicina, a Suzana. Eu pago a faculdade dela. A outra está fazendo um curso não sei de que, pago também para ela. Mando o dinheiro todo mês para ela. Tenho que ajudar, tenho só elas de netas e tudo. O meu filho dou casa, dei carro, dei tudo para ele porque só tenho ele de filho. Tenho que ajudar. Se não ajudar ele, quem que vai ajudar?".*
>
> Edgar (75 anos; independência; branca; pardo; casado; 7 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com a esposa e 1 neta)

Em outros relatos os idosos têm a ajuda de moradores do domicílio no apoio material (dinheiro).

> *"Meu filho me ajuda nas despesas de casa. Ele compra tudo. Tem que ajudar porque o meu salário é pouco".*
>
> Hércules (84 anos, dependência leve; pardo; casado; 2 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com esposa, 1 filho, 1 nora, 1 neto e 1 neta)
>
> *"Eu mesmo que faço as despesas aqui de casa, mas os meus filhos também dão uma força. O Joselito também ajuda um pouco, a Josefa também. Eles ajudam nas compras".*
>
> José (76 anos; independência; negra; casado; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com esposa, 2 netas e 1 neto)

A partir dos depoimentos das entrevistadas Ruth e Aurora percebem-se relações de alta reciprocidade, nas quais as trocas são bidirecionais. Em determinadas

situações, o idoso prefere morar com um filho para garantir apoio instrumental (cuidado) em troca de apoio material (dinheiro) por parte do idoso.

> *"Vim morar com minha filha por causa do braço que quebrei. A minha aposentadoria fica com ela para ajudar nos gastos da casa [...]. Antes de vir pra cá morar com minha filha por causa do braço que quebrei, morava sozinha. Morava de um lado e meu filho em outra casa, do outro lado. Mas esse que morava do meu lado... Desse não tenho muita atenção, porque uma hora chega cedo, outra hora chega tarde. Ele bebe muito [...]".*
>
> Aurora (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filha, 1 genro, 2 netos e 1 neta)
>
> *"Eu, com minha aposentadoria faço as despesas da casa. Meu filho, minha nora e meus netos vieram prá cá para eles cuidarem de mim. É bom também pra eles não pagarem aluguel [...]. Muitas vezes não consigo me alimentar, ela [referindo-se à nora] tem que colocar na minha boca porque não consigo. Tenho uma dormência na mão, a mão treme, perco o tato da mão, não consigo colocar a comida na boca, e ela coloca a comida, o remédio, qualquer tipo de alimento na minha boca. Agora, esses dias melhorei um pouco e já até estou conseguindo comer, tomar um lanche, igual foi hoje, com a mão, mas até o remédio preciso da ajuda dela para colocar na boca. Uns dias atrás tive de usar fralda, mas melhorei um pouco. Vou ao banheiro com ela me acompanhando. A Cátia que me segura para não cair. Tenho caído muito e machucado. Então, ela vai comigo e segura assim, segurando, até chegar ao banheiro".*
>
> Ruth (94 anos; dependência moderada/grave; viúva; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com 1 irmão, 1 cunhada e 2 netos do irmão; tem uma cuidadora informal, a cunhada)

A reciprocidade está intimamente relacionada aos balanços das trocas nas relações estabelecidas, baseando-se na ajuda recebida e fornecida. Dar apoio em algum momento reforça a expectativa de apoio em caso de necessidade (Liang et al., 2001; Ramos, 2007). O relato de uma entrevistada é singular, pois a ajuda fornecida aos sobrinhos, além de irmãos e cunhadas (por ser solteira e não ter filhos), durante toda a vida, rendeu-lhe o apoio necessário na dependência moderada/grave na velhice.

> *"A família toda veio me visitar, porque sou muito querida, mas também me doei muito, doei assim, no sentido de dar muito carinho, principalmente para os meus sobrinhos, porque sempre gostei muito de criança, sempre fui aquela tia presente, levava para teatro, para lanchar, para cinema. Então sinto que eles*

> *reconhecem isso, o quanto me dediquei a eles. Todos eles falam: "Nó, tia, não podia deixar de vir. Quanta coisa você fez por nós". Então, tenho sentido uma retribuição muito grande deles e dos próprios irmãos e cunhadas também, que reconhecem que sempre fui uma tia muito presente".*
>
> Fátima (79 anos; dependência moderada/grave; branca; solteira; 15 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 cuidadora formal diurna e noturna)

A idade avançada dificulta a reciprocidade em relações estabelecidas pelos idosos, pois é mais difícil visitar amigos em casa ou hospitais. Wenger (1990) *apud* Litwin & Lindau (2000) argumenta que a idade corrompe possibilidades de trocas nas relações dos idosos. Contudo, relações recíprocas, na maioria das vezes, originam-se da intensidade dos laços estabelecidos nas mais diversas formas de integração e comunicação (face a face, telefone, carta, e-mail e diversas possibilidades). A seguir, detalham-se achados sobre a intensidade nas relações estabelecidas pelos idosos.

6.1.2 Intensidade dos relacionamentos nas redes sociais dos idosos

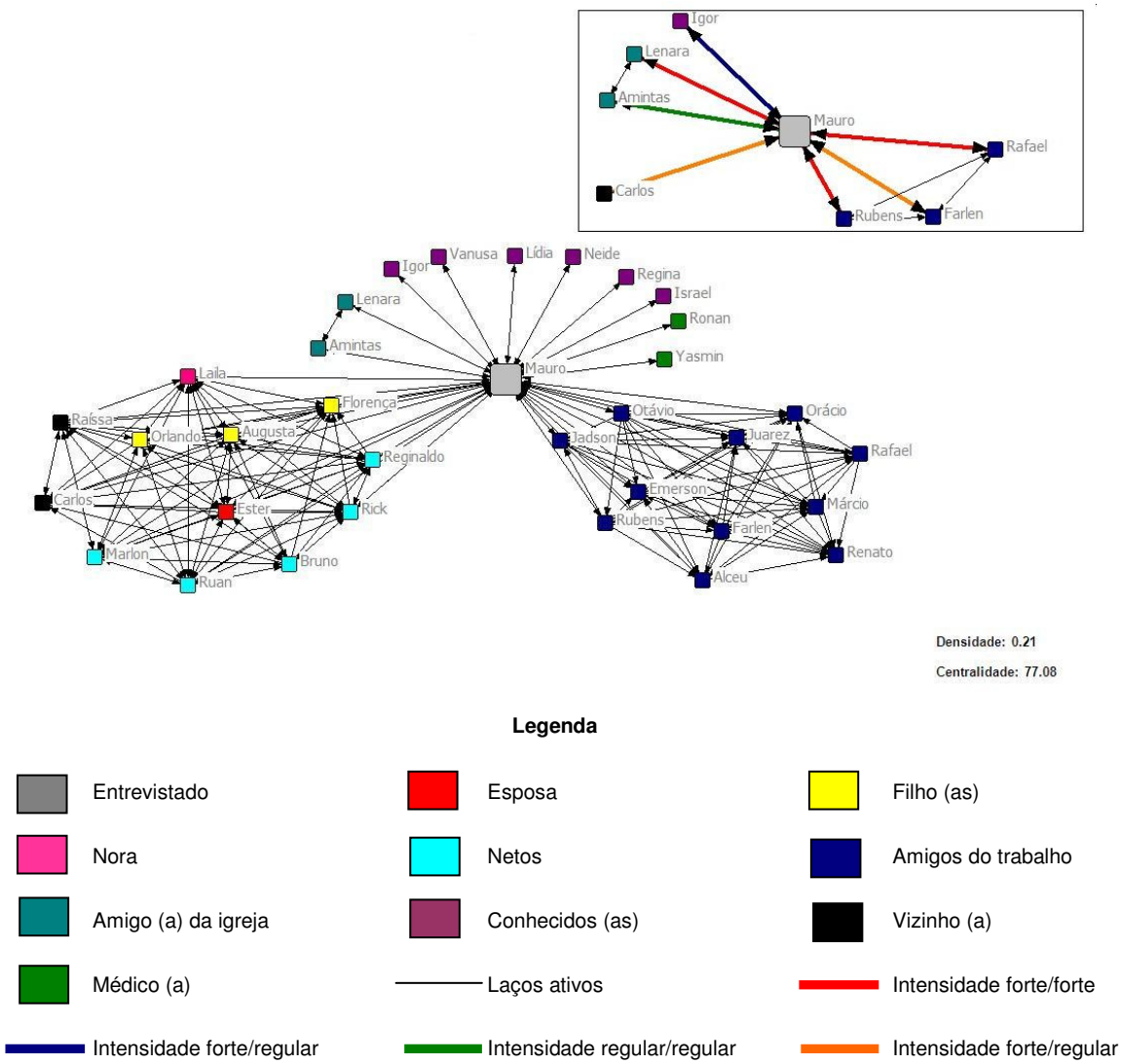
Questões como "pode me falar nomes de cinco pessoas com quem mais tem contato (pessoas que conhece pelo nome, apelido ou "de vista")?, "Qual a forma de contato (face a face, telefone, carta, e-mail etc)?", "Qual o tipo de relação com elas (familiar, vizinho etc)?", "Diga como o(a) senhor(a) classifica a relação com essa pessoa: Muito forte; Forte; Regular/média; Fraca; Muito fraca"; "Com quem o(a) senhor(a) discute coisas que são importantes para o senhor(a)?", e "Caso o(a) senhor(a) precise ir a consultas, quem o acompanha?" serviram como guia para direcionar os achados da intensidade nas relações estabelecidas pelos idosos.

Ao se pedir para os idosos graduarem o tipo de vínculo estabelecido, percebeu-se que o fato de citar alguém é indício de que a relação tem importância. Em sua grande maioria, os entrevistados, ao citar alguém, consideravam verdadeira a recíproca, ao classificar, por exemplo, tal laço como "forte". Da mesma forma, se regular, a recíproca seria igualmente verdadeira. Os membros familiares correspondem, na grande maioria dos casos, às relações consideradas pelos

idosos de maior intensidade (“Muito forte/Forte”). Alguns idosos citaram como “Muito forte/Forte” as relações estabelecidas com amigos e vizinhos.

O investimento afetivo é decisivo para a maior intensidade das relações estabelecidas. No começo da vida adulta existe seletividade para certas relações, diminuindo-se o número de parceiros sociais e intensificando as relações consideradas importantes (Erbolato, 2006). Contudo, as relações de maior intensidade são estabelecidas não somente com membros familiares, como no sociograma do entrevistado Mauro (FIG. 18). Possivelmente, os demais constituintes da rede social do idoso são responsáveis pela alta centralidade da mesma, sugerindo maior efetividade na rede de apoio.

Figura 18 – Sociograma do entrevistado Mauro



Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011. Nota: no quadro à direita observa-se como o entrevistado classificou a intensidade das relações das pessoas com quem mais teria contato (de acordo com as questões 25 e 26 do roteiro – Anexo 1). A primeira intensidade se refere a como o(a) idoso(a) classificava a relação com a pessoa citada. A segunda, como sentia a intensidade no sentido contrário, ou seja, da pessoa citada/entrevistado(a).

O depoimento desse entrevistado reforça que o idoso estabelece relação de maior intensidade com amigos do trabalho, por alegar mais ampla atenção em comparação aos membros familiares. No depoimento há a evidência de que os amigos ouviam mais o que idoso tinha a dizer, ao contrário da filha e esposa, o que mostra rede de apoio emocional (escuta) mais intensa com amigos em comparação a membros familiares.

> *"Normalmente pessoas de fora da minha família eu converso mais. Mas é porque se conversar dentro de casa, santo de casa não faz milagre, então as pessoas me ouvem mais fora, às vezes na igreja, os vizinhos, ou mesmo lá no meu local de trabalho, ouvem mais o que tenho para dizer do que dentro de casa. Dentro de casa é difícil. A conversa de pai, normalmente... Não é questão de ser idoso não, pai é muito difícil do filho querer ouvir, acha que é uma coisa cansativa, que já vem com aquelas conversas antigas. Converso muito com pessoas de fora e elas gostam da conversa e falam: "Você está falando para mim". Então é mais interessante, mais aceito a gente falar fora que dentro de casa. E aí a gente pode estabelecer também um paralelo, uma analogia com Jesus Cristo, que apesar de não ter nascido em Nazaré, viveu a maior parte dele em Nazaré, e lá ele fez só um milagre, então santo de casa não faz milagre. É essa correlação que faço. Não sei se acontece com toda família, você não ter interesse em se expressar, dizer seu ponto de vista. Eu sou criticado e, às vezes, ironicamente chamado de "referência do mundo", outra hora sou radical, vou ao céu e ao inferno com uma facilidade... Isso é dito aqui dentro. Acho mais fácil me comunicar com as pessoas de fora da família".*
>
> Mauro (80 anos; independência; parda; casado; 18 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com esposa e 1 filha solteira)

Outros relatos indicam que na ocorrência de dependência leve ou moderada/grave, filhos optam por morar perto dos idosos para facilitar os cuidados informais ou os levam para morar com eles, na tentativa de reduzir gastos relacionados aos cuidados e se estabelecerem trocas nos relacionamentos (Gaugler et al., 2003). Idosos entrevistados relataram relacionamentos mais intensos (graduando-os de "Muito forte") entre eles e os filhos que estavam mais próximos geograficamente, em comparação aos filhos que moravam distantes (graduando-os, em geral, como "Forte", "Regular/média" ou mesmo "Fraca"). Granovetter's (1983) *apud* Friedkin (2011) salienta que no argumento conceitual da "força dos laços fracos", as relações denominadas fracas são canais de transmissão confiáveis, porém pouco ativadas.

> *"Quebrei o braço duas vezes. A primeira vez caí na minha porta. Esse outro braço tem pouco tempo. Fui lavar um vidro e quebrei aqui. Quebrei um e o outro depois em dois meses. Aí era difícil, porque a primeira vez foi o direito que quebrei, para "mim" alimentar era dureza, porque tinha que comer com a esquerda. Depois, a outra vez foi o de cá, e alimentava sozinha. Por causa disso, meus filhos acharam melhor eu vir pra cá [referindo-se à casa da filha]. Quando estou aqui é a minha filha e o genro que me ajudam. Quando preciso ir ao médico, ele é que me leva [referindo-se ao genro] e minha filha vai junto. Por isso considero*

> *a relação com essa minha filha muito, muito forte. Mais até que a relação com os outros filhos. De primeiro eu ia sozinha, agora eles não "quer" deixar sair sozinha. Eu ia, porque onde moro não é longe do Prata [nome do bairro], pegava um ônibus só e descia na porta, mas depois que quebrei o braço eles não estão querendo deixar ir sozinha. Eu ia sozinha, agora eles não deixam mais [...]".*
>
> Aurora (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com 1 filha, 1 genro, 2 netos e 1 neta)
>
> *"[...] Não tenho a companhia de ninguém durante a noite. Não acho ruim ficar sozinha, aliás, até gosto (risos). Já sou acostumada e moro sozinha porque quero, meus filhos direto me chamam para morar com eles. Combino com meu filho Marcos se caso não me sentir bem durante a noite, ligo pra ele. O telefone fica em cima da minha cama, do lado. O meu filho consegue chegar aqui em 5 minutos, mais ou menos [...]. A minha relação com o Marcos é muito forte [...]".*
>
> Zélia (84 anos; dependência leve; branca; viúva; 6 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

Em geral, idosos que relataram redes sociais muito numerosas tendem a classificar a intensidade dos laços estabelecidos como "Regular/média", ao passo que os idosos que relataram redes sociais com menor número de componentes graduaram a intensidade das relações estabelecidas como "Muito forte". As redes sociais com grande número de componentes são ineficazes nas trocas estabelecidas pelo vínculo de menor intensidade entre os membros, ou seja, espera-se do outro apoio que nem sempre se recebe quando preciso. Em contrapartida, redes sociais com menor número de membros são mais intensas, porém geram maiores sobrecargas aos integrantes (Lemos & Medeiros, 2006). As redes sociais de menor densidade providenciam cuidados pessoais mais intensivos e de longos períodos em comparação às de maior densidade (Litwin & Landau, 2000), corroborando achados quantitativos das redes sociais dos idosos deste estudo.

Questão que ficou evidente ao se pedir aos idosos para citar nomes de pessoas com as quais mais tinham contato é vários citarem pessoas falecidas, denominando-os relacionamentos de intensidade "Muito forte/Forte". No entanto, a seguir, estão depoimentos dos idosos em relação a esse ponto.

6.2 Tem gente que chega pra ficar, tem gente que vai pra nunca mais... É a vida...

> *Encontros e Despedidas (Milton Nascimento e Fernando Brant)*

Ao serem perguntados sobre pessoas com as quais mais tinham contato, diversos idosos relataram pessoas, entes queridos com os quais perderam o contato por terem morrido, o que tornou menores as redes sociais (o que pode ser visto no sociograma da entrevistada Fátima, FIG. 15 - página 111). Ao se considerar o membro que a entrevistada relatou ter falecido, a densidade de sua rede seria de 0.42 e a centralidade de 61.90. Ao se considerar o membro falecido, havia maior possibilidade de apoio, caso estivesse vivo, porém, presumivelmente, o suporte oferecido entre os membros da rede seria menos efetivo (observado pela diminuição do valor de centralidade).

Tendo em vista a homofilia com relação à idade nos relacionamentos dos idosos, diversos membros de suas redes sociais eram idosos que provavelmente tinham incapacidade funcional ou haviam falecido (Johnson & Troll, 1994). Além da maior probabilidade de acumular condições negativas na saúde, os idosos experimentavam o desafio do luto pela perda de membros importantes nas redes sociais (Poon et al., 2010; Zeng & Shen, 2010). Com relação ao enfrentamento, idosos nonagenários são mais resilientes às adversidades, por todo o potencial para lidar com sucesso diante das vicissitudes. Provavelmente, com mais chances de se tornarem centenários (Jopp & Rott, 2006 *apud* Zeng & Shen, 2010).

Os depoimentos abaixo evidenciam o luto vivenciado pelos idosos ao serem indagados sobre redes de relacionamentos. Vários nem conseguiram citar cinco nomes de pessoas com as quais mais tinham contato, pelo motivo de alguns terem falecido.

> *"Com essa idade que eu tenho, os meus contemporâneos de infância já foram".*
>
> Mauro (80 anos; independência; parda; casado; 18 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de mais de 10 SM; mora com a esposa e 1 filha solteira)

> *"Não. Porque estou morando aqui e há muitos anos que não vou na cidade que nasci. Ih, e da juventude também já morreu todo mundo! Já deve ter morrido".*
>
> Baltazar (87 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora com a cunhada)
>
> *"Filho meu mesmo? Tive quatro filhos. Mas dois já "morreu". Dois "é" falecidos, o caçula e o outro. Só tenho o mais velho e o outro. Um mora lá no Maia [nome do bairro], onde estou falando com você que é muito longe, e o outro mora aqui em Moura [referindo-se à cidade da RMBH]".*
>
> Messias (71 anos; dependência leve; branca, viúvo; 3 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 1 filha e 1 genro)

Na velhice há acúmulo de todas as pressões psicológicas em vários domínios da vida, perda do trabalho e do emprego, afastamento dos filhos, doenças e principalmente a perda de entes queridos (Lemos & Medeiros, 2006). O depoimento abaixo deixa claro que momentos de adversidades com a saúde tendem a exacerbar o sentimento das perdas.

> *"[...] A gente sente saudade daquele povo que a gente perde, que nem meu pai, minha mãe, meu irmão. A gente sente saudade, mas é uma coisa que a gente sabe que não tem jeito, é só Jesus que sabe. Agora, por exemplo, depois que adoeci [referindo-se à incapacidade funcional] parece que sinto mais falta ainda [...]".*
>
> Odete (61 anos; dependência moderada/grave; negra; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de menos de 1 SM; mora com 2 irmãs solteiras e 1 filho; tem um cuidador informal, o filho)

Além do luto, como se notou em diversos depoimentos, a migração tem impacto na perda dos contatos. No depoimento a seguir, ilustram-se as duas situações.

> *"Não. Não, não tenho mais ninguém não, porque "é" do interior. Eu morava no interior, né? Vim pra cá por causa do meu falecido marido, e então não tenho mais contato. Nem sei se tem alguém do meu tempo ainda vivo lá no interior".*
>
> Diva (83 anos; independência; branca; viúva; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM; mora sozinha)

Estiveram evidentes nas falas dos idosos a vivência do luto e a perda de contato com diversas pessoas, pelos mais diferentes motivos. Na falta de um ente querido, todo o afeto dirigido a essa pessoa encontra, gradativamente, objetos

substitutivos, a dedicação aos netos, amigos ou ao trabalho, o que ocasiona a formação de novos vínculos (Goldfarb & Lopes, 2006). Além da vivência de perdas, ao serem indagados sobre redes sociais, os idosos relataram momentos vividos nas relações estabelecidas no curso de vida. No entanto, no próximo capítulo há relatos nesse sentido.

6.3 São coisas que não se esquece...

Coisas que não se esquece (Mauro Motta e Eduardo Ribeiro)

Ao serem questionados sobre os assuntos a respeito dos quais mais conversavam nas redes de relacionamentos, os idosos foram unânimes ao citar as recordações do passado. As lembranças da época da juventude e fatos familiares marcantes eram assuntos em pauta. Os idosos, independentemente da condição de saúde, relataram reminiscências.

> *"Converso de mexer com o povo, essas coisas. Porque eu mexi com o povo muitos anos, mexi com o povo, mexi com muita criação, mexi com fazenda, mexi com gente. Trabalhei numa fazenda 37 anos [...]. Histórias passadas também. Meu pai, quando morreu, eu estava menino, fui criado pela casa dos outros. Depois, com idade de 17 anos, fui trabalhar por minha conta, quando estava com 21 casei (risos)".*
>
> João (89 anos; independência; branca; viúvo; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 4 a 5 SM; mora com 2 filhos homens solteiros)
>
> *"Outro chega assim: "Eu vim ver minha velha". Outras amigas dizem: "Vim ver essa pessoa que tanto amo". E é assim. Eles vêm fazer uma visitinha e "conversa" sempre comigo, sabe? É gente boa, o pessoal bom. Conversamos sobre casos antigos, sobre a nossa juventude. Histórias do tempo antigo em que nossos pais eram vivos e que nós "sofria" na roça, sem condição nenhuma".*
>
> Lourdes (80 anos; dependência leve; branca; viúva; 1 ano de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 a 2 SM, mora com 1 filho solteiro)
>
> *"Ai, ai, ai, ai, ai! Agora me pegou. Sobre coisas de televisão, sobre uma notícia. Televisão, adoro. Futebol nós discutimos o tempo inteiro. Tudo da vida me interessa, depende de vir a mim. Me interessa a vida do motorista de táxi, do pedreiro, do servente, do*

> *eletricista, dos policias. Me interessa tudo. Todo caso me agrada. Ontem mesmo conversava com minha esposa sobre quando os "menino" era pequeno. Hoje em dia vejo todos formados. O tempo passou depressa [...]. Qualquer tipo de assunto me agrada".*
>
> Vilmar (88 anos; dependência leve; branca; casado; 5 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 5 a 10 SM; mora com a esposa e 1 cunhada solteira; tem cuidadora formal diurna)

Nas redes sociais, idosos tornam-se uma "central de informações", fornecendo aos membros familiares próximos notícias sobre os parentes distantes (Erbolato, 2006). O depoimento da entrevistada Eni mostra que o contato com parentes distantes facilitava a troca de notícias.

> *"A gente fala muito da família para os outros parentes. Nossas conversas são sobre o passado, porque o idoso gosta muito de se lembrar da infância. Quando ele trabalhava [referindo-se ao marido], a gente falava muito do tempo do trabalho dele, ele ficava trabalhando e eu cuidando dos filhos. Ele nunca podia ir à reunião de escola, ele nunca podia fazer compras, às vezes até as coisas para ele eu mesma comprava, e a gente ensinou os filhos, a gente deu uma confiança muito importante neles, que eles falam que isso aí foi uma coisa muito boa. A gente sempre ensinou a eles a comprar, vender, pagar conta de luz, de água. Dei um compromisso a eles. Logo que eles faziam 12 anos cada um podia fazer alguma coisa [...]. Tenho uma prima que a gente viaja muito junto. A gente tem o mesmo objetivo, viajar junto. A gente teve uma infância super-simples, mas maravilhosa. Às vezes a gente até escreve um pouquinho. Estou tentando escrever um livro. Não sei se o livro vai sair (risos). Eu falo com as filhas que o livro vai sair aos 75, mas não sei não. Cada dia escrevo lá um pouquinho. A minha família quase toda gosta de escrever. Tenho uma prima, ela tinha 81 quando escreveu o último livro, e o livro é maravilhoso, você precisa ver. E também ela foi até professora e tudo, mas só tinha a quarta série. Cidade pequena era o seguinte, se o pai tinha cinco ou seis filhos, ele escolhia uma filha para colocar para estudar ou então um filho, ele fazia faculdade e depois vinha dar aula para os outros. Acontecia assim. Mas a gente tinha muita sabedoria. Pai simples e tudo, mas tinha uma sabedoria enorme. Eu vim de uma família muito grande [...]".*
>
> Eni (74 anos; independência; parda; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 3 a 5 SM; mora com o marido)

Por meio de reminiscências, os idosos reavaliam mudanças diversas na realidade da velhice, tendo em vista papéis assumidos em outros momentos, como o casamento dos filhos, a avosidade, situações de doença e o luto, que demandam avaliação dos vínculos anteriores em comparação aos atuais (Goldfarb & Lopes, 2006). Muitas questões fazem com que os idosos repitam de forma uníssona:

“antigamente não era assim”, como explicitam as mesmas autoras nos relatos seguintes.

> *Tenho duas tias que a gente fica lembrando o tempo de criança. A gente morava na roça. E sempre conversamos que a vida hoje em dia está muito mudada. Umas coisas pra melhor e outras pra pior [...]. No momento da velhice é que amadurecemos as ideias. Já fiz tanta coisa que hoje não faria igual”.*
>
> Anita (64 anos; independência; branca; casada; 4 anos de estudo; renda domiciliar *per capita* de 2 a 3 SM; mora com o marido)
>
> *“[...] Nós conversamos sobre tempo antigo, da época em que a gente trabalhava juntas. Assuntos sobre os namorados que tivemos e que hoje já até morreram”.*
>
> Tereza (84 anos; independência; branca; viúva; 1 ano de estudo; renda domiciliar *per capita* de 1 SM; mora com 2 filhas solteiras e 1 neto)

Os depoimentos mostram que as vivências do passado, muitas vezes recordado, repercutem nas formas como os idosos manejam as redes de relacionamentos e estabelecem vínculos. Na velhice as pessoas tendem a legitimar os vínculos mais intensos durante o curso de vida no intuito de consolidar uma rede de apoio satisfatória. As redes sociais menores, por relações insatisfatórias ou condições de vida no passado que repercutem no presente e pela morte de pessoas queridas, tendem a ser minimizadas pelo fortalecimento de outros vínculos, o que reforça as redes de apoio. No entanto, diversos fatores intervêm no processo de consolidação das redes sociais e redes de apoio na velhice, como atestam os achados qualitativos da amostra de idosos entrevistados[12].

Por fim, a seguir são delineadas as conclusões deste estudo, questionamentos para trabalhos futuros, sugestão para sistematização do uso da base de dados com maior detalhamento na ARS, limitações do estudo e fornecimento de insumos para elaborações de políticas públicas tendo em vista os resultados obtidos.

---

[12] Uma síntese dos principais achados qualitativos pode ser vista no Quadro 9 (Anexo 13).

7 CONCLUSÃO

Muitas situações cotidianas e intempéries que ocorrem no curso de vida, na qual inexoravelmente se envelhece, sempre fazem com que todos, mesmo de forma inconsciente, defrontem-se com a pergunta: *Uai sô, e agora?* Uma pergunta que além de representar de forma lúdica o regionalismo dos representantes deste estudo, idosos de Minas Gerais, vem ao encontro das tentativas vislumbradas nos possíveis meios de superação. As componentes da dinâmica demográfica, discutidas inicialmente, têm papel fundamental em diversos eventos na vida. Por toda a história de vida e anos acumulados, os idosos representam o contingente populacional que mais se depara com a pergunta - pelas desvantagens socioeconômicas, despreparo da sociedade para acolhê-los (no setor previdenciário, questões de adaptação ambiental e outros), e questões de saúde (doenças crônicas e incapacidades funcionais). Entre os vários fatores que repercutem, as redes sociais, em especial as redes de apoio, são, em distintas oportunidades, resposta a tal questionamento.

Entretanto, no preâmbulo dos resultados obtidos existem evidências de que os idosos com algum tipo de incapacidade funcional possuem restrição da interação social pela dificuldade motora, visual ou auditiva, fazendo com que as atividades de participação na comunidade se tornem comprometidas. Verificou-se que no contexto de Minas Gerais as redes sociais dos idosos, em sua grande maioria, concentram-se em membros familiares que formam a rede de apoio principal no envelhecimento, além dos centros de atendimento à saúde pública e saúde privada. É imprescindível, portanto, valorizar o papel do idoso na comunidade e na família.

Com base nesses achados, confirma-se a hipótese aventada inicialmente nesta tese, de que as redes sociais se convergem às redes de apoio. Normalmente, fatores como idade avançada, redes constituídas primordialmente por familiares e incapacidade funcional tornam as redes sociais desses idosos com maior centralidade. O que provavelmente repercute na efetividade do suporte oferecido,

ao se considerar uma rede de apoio com todas as suas especificidades (cognitivo, material, instrumental e emocional).

Tendo em vista os resultados desta pesquisa, busca-se conjecturar possíveis soluções para legisladores de políticas públicas naquilo que dizem respeito às redes de apoio aos idosos. Os achados sobre as redes dos idosos remetem à necessidade de maior atenção por parte de legisladores de políticas públicas em ações preventivas durante o curso de vida, na tentativa de melhorar a saúde da população e minimizar os efeitos deletérios das incapacidades funcionais que tendem a restringir a vida social. Aos idosos com algum tipo de incapacidade funcional (dependência leve ou moderada/grave) é imprescindível a implantação de políticas públicas, com o objetivo de oferecer todo o indispensável suporte, melhorando cada vez mais o atendimento à saúde, principalmente tratamentos de reabilitação que visam ao retorno desses idosos ao convívio social, minimizando a necessidade de cuidados intensivos.

Os idosos entrevistados têm padrões diferenciados de relacionamentos, na conformação das redes sociais e redes de apoio. Evidenciou-se, pelos achados qualitativos, que em alguns momentos preferem abrir mão de determinado contato com esse membro familiar em favor de outro. Relatos demonstraram que os idosos são intermediadores de relações entre os *alters*. Em outras ocasiões, os idosos não recebem nem a forma de apoio mais simples que se espera em uma rede de apoio, que é ouvir, ou o apoio cognitivo. É essencial melhor compreensão da verdadeira dimensão dos laços afetivos familiares, enfatizando a expectativa dos idosos em relação à participação na vida dos filhos e netos.

Contudo, para a melhor dinâmica das redes de apoio, urge priorizar a formação continuada de cuidadores formais, pois muitos membros familiares estão despreparados para fazer parte dessa rede, considerando o apoio em todas as suas dimensões. Outra possível solução é a formação de centros-dia, locais nos quais esses idosos permaneceriam durante o dia, com o objetivo de receber tratamentos de saúde por equipes interdisciplinares (compostas por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros), reintegrá-los à vida social e facilitar os cuidados diários por membros familiares.

Esta pesquisa sinaliza que são essenciais políticas públicas que incentivem as redes sociais dos idosos e os arranjos mais específicos, as redes de apoio. Os relatos mostraram a importância dos cuidados preventivos ao longo do curso de vida, tendo em vista que os idosos com maiores vantagens financeiras e educação formal demonstraram maior suporte preventivo e curativo, autorrelatando melhor sua saúde. Os achados sugerem a importância de se vincular aos programas sociais programas destinados às coortes mais jovens, as que envelhecem, com relação às questões preventivas para o envelhecimento ser ativo. Além do estabelecimento de políticas de saúde que tornem os atendimentos mais ágeis, quando instalada a incapacidade funcional.

A análise em perspectiva longitudinal dos dados quantitativos evidenciou ser imprescindível subsidiar políticas públicas no que se refere às redes de apoio à saúde, específicas para os idosos com incapacidade funcional. Como se observa, a grande maioria desses idosos, por efeito coorte, possui baixa escolaridade e baixa renda. Entretanto, são fundamentais políticas públicas para complementar os ganhos com a aposentadoria dos idosos dessas coortes, pois houve relatos de opiniões positivas com relação à ajuda da aposentadoria nos gastos assistenciais diários. Políticas que tornem o acesso à saúde mais igualitário e justo igualmente serão bem-vindas, ampliando as redes de apoio nos cuidados assistenciais à saúde.

Os resultados qualitativos sugerem que as necessidades e as perspectivas com relação aos relacionamentos e à formação das redes sociais mudam no decorrer da vida. Grande número de relacionamentos tende a ser transitório e substituível de acordo com distintos papéis de representação social (amigos de infância, de adolescência, colegas de estudo ou trabalho e pessoas as quais se conhece casualmente), além da vivência do luto pelos idosos.

Por fim, deve-se ressaltar que os achados e conclusões do presente estudo se referem à amostra delineada, idosos de regiões distintas de Belo Horizonte/MG, não sendo pretensão a representatividade em termos populacionais dos resultados encontrados, o que traz limitações nas inferências além dos entrevistados. Entretanto, o estudo fornece uma gama de possibilidades para investigações futuras, por meio de pesquisas qualitativas ou quantitativas,

direcionando questionamentos no âmago do envelhecimento humano de coortes futuras. Deve-se levar em consideração, por exemplo, o amplo uso da internet pela população mais jovem, realidade escassa para a maioria dos idosos, o que provavelmente tende a tornar mais extensas as possibilidades de interações sociais na velhice. A análise da inclusão digital e os avanços tecnológicos, facilitando e/ou dificultando as redes de apoio aos idosos, em famílias cada vez menores, servem de insumos para estudos futuros. Esses avanços são prerrogativas na vida desses idosos?

Em propostas para agendas de pesquisas futuras, com o uso desta base de dados, recomenda-se, além de maior exploração da mesma, a partir da análise de outras medidas de redes sociais, a sistematização do seu uso. Para tal, aconselha-se que a ARS desses idosos obedeça aos critérios metodológicos estabelecidos, fatores sociodemográficos e incapacidade funcional.

Por fim, várias nuances nas interpretações dos dados surgiram, ficando explícito que o envelhecimento humano é marcado pelas distintas vivências individuais ao longo da vida. Evidenciou-se ainda a importância de maior número de pesquisas longitudinais no Brasil que contemplem as diversas especificidades do envelhecimento humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. ; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS), versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. v. 57(2B), p. 421-426, 1999.

ALVES, L.C. ; LEITE, I.C. ; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24(3), 535-546, março, 2008.

ALVES, L.C. ; LEITE, I.C. ; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 44(3), 2010.

ARANDA, M.P.; CHAE, D.H.; LINCOLN, K.D.; TAYLOR, R.J.; WOODWARD, A.T.; CHATTERS, L.M.. Demographic correlates of DSM-IV major depressive disorder among older African Americans, Black Caribbeans, and non-Hispanic Whites: results from the National Survey of American Life. Int J Geriatr Psychiatry, 2011.

ATKINSON, R. ; FLINT, J.. Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. Department of Sociology. University of Surrey, 2001. Disponível em: < http://sru.soc.surrey.ac.uk/>. Acesso em: 29 de julho de 2011.

BALTES, P.B. ; BALTES, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective opitimization with compensation. In.: BALTES, P.B. & BALTES, M.M (Eds.). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, p. 1-34, 1990.

BARABÁSI, A.L. Linked – A nova ciência dos networks. São Paulo: Leopardo, 2009.

BATISTONI, S.S.T. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora, v. 3(02), p. 13-22, 2009.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A. ; MELLO, J.L. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da seguridade rural. Texto para discussão nº 1066. IPEA, Rio de Janeiro, jan., 2005.

BERKMAN, L.F.; SYME, S.L. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology, vol. 109, p. 186–204, 1979.

BICKENBACH, J. E. ; CHATTERJI, S. ; BADLEY, E. M. ; USTUN, T. B. Models of disablement, universalism and international classification of impairments, disabilities and handcaps. Social Sci. Med., v. 48, p.1173-1187, 1999.

BLOOM, D.E. ; CANNING, D. How Demographic Change Can Bolster Economic Performance in Developing Countries. World Economics, v. 4(4), p. 1-13, 2003.

BLOOM, D.E.; CANNING, D. ; SEVILLA, J. The Demographic Dividend – A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. RAND. Population Matters, 2003.

BONI, V. ; QUARESMA, S.J.. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, vol. 2, nº 1 (3), p. 68-80, janeiro-julho, 2005. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>.

BORGATTI, S.P. ; EVERETT, M.G. ; FREEMAN, L.C. Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard, M.A.: Analytic Technologies, 2002.

BOWEN, M.E. Childhood socioeconomic status and racial differences in disability: Evidence from the health and retirement study (1998-2006). Social Science & Medicine, doi: 10.1016/j.socscimed.2009.06.006, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde & Cebrap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. (2006). PNDS – 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: autores. Recuperado em 3 de outubro, 2009, de http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/pnds.

BRIDGE, G. The Neighbourhood and Social Networks. CNR Paper 4, 2002. Disponível em: <http://neighbourhoodcentre.org.uk>. Acesso em: 12 de abril de 2010.

BRYMAN, A. Quantity and Quality in Social Research, Routledge: London, 1993.

CALDWELL, J.C. Toward a restatement of demographic transition theory. Population and Development Review, United Kingdom, v. 2(3/4), p. 321-366, 1976.

CALDWELL, J.C. Health transition. In the Social Science Encyclopedia, Adam Kuper and Jessica Kuper, London: Routledge. p. 357-358, 1996.

CALEY, M. ; SIDHU, K. Estimating the future healthcare costs of na aging population in the UK: expansion of morbidity and the need for preventative care. Journal of Public Health, United Kingdom, v. 33(1), p. 117-122, 2010.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados. São Paulo, v. 17, n 49, 2003.

CAMARGOS, M.C.S. ; PERPÉTUO, I.H.O. ; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, 17 (5-6): 379-386, 2005.

CAMARGOS, M.C.S. Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG). 126 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMPOS, N.O.B. Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida. 88 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMPOS, M.B.; BARBIERI, A.F. ; CARVALHO, J.A.M. As migrações de idosos em Minas Gerais nas décadas de 1980 e 1990. XIII Seminário de Economia Mineira. Diamantina: Minas Gerais, 2008.

CAMPOS, M.B. Migrações de idosos de São Paulo para Minas Gerais nas décadas de 1980 e 1990. 181 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CARSTENSEN, L.L. ; EDELSTEIN, B.A. ; DORNBRAND, L. The practical handbook of clinical gerontology. Sage Publications, New York, 1996.

CARVALHO, J.A.M.; SAWER, D.O. ; RODRIGUES, R.N. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia. 2 ed. rev. São Paulo: ABEP, reimp. 1998. 64 p., 1994.

CARVALHO, J.A.M. Para onde iremos: algumas tendências demográficas do século XXI. Revista Brasileira de Estudos de População – REBEP – São Paulo, v. 18, n. 1/2 – jan-dez 2001. http://www.abep.org.br.

CARVALHO, J.A.M. ; WONG, L.L.R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3): 597-605, março, 2008.

CARVALHO-FILHO, E.T. ; NETTO, M.P. Geriatria – Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

CASTERLINE, J.B. (2001) Diffusion processes and fertility transition: introduction. In.: CASTERLINE, J.B. (ed.). Diffusion processes and fertility transition: selected perspectives. Cap. 1. Washington : National Academy Press.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In.: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-130, 2006.

CHESNAIS, J.C. Demographic Transition Patterns and their Impact on the Age Structure. Notes and Commentary. In.: Population and Development Review. 16(2), p. 327-336, 1990.

CHEUNG, S.L.K. ; ROBINE, J.M. ; TU, E.J.C. ; CASELLI, G. Three dimensions of the survival curve: horizontalization, verticalization, and longevity extension. Demography, 42(2), p. 243-258, 2005.

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

COALE, A.J. ; WATKINS, S. The Decline of Fertility in Europe: the Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project. Princeton: Princeton University Press, 1986.

CORNWELL, B. ; SCHUMM, L.P. & LAUMANN, E.O. The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile. American Sociological Review, v. 73, p. 185-203, april, 2008.

CORRÊA, C.S. Famílias e cuidado dedicado ao idoso: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DAUSTER, T. Código familiar: uma versão sobre o significado da família em camadas médias urbanas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 5, n. 1. pp. 103-125, jan./jun. 1988.

DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999.

DEGENNE, A. ; LEBEAUX, M.O. The Dynamics of personal networks at the time of entry into adult life. Social Networks, v. 27, p. 337-358, 2005.

EJIOGU, N. ; NORBECK, J.H. ; MASON, M.A. ; BRIDGET, C. ; CROMWELL, B.A.; ZONDERMAN, A.B. ; EVANS, M.K. Recruitment and Retention Strategies for Minority or Poor Clinical Research Participants: Lessons From the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity Across the Life Span Study. The Gerontologist, vol. 51, n. S1, p. 33-45, 2011.

ENGLER, T. A. ; PELÁEZ, M. B. Mas Vale por Viejo. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

ENTWISTLE, B. ; FAUST, K. ; RINDFUSS, R. ; KANEDA, T. Networks and Contexts: variation in the structure of social ties. American Journal of Sociology, v.112, n.5, p. 1495-1533, 2007.

ERBOLATO, R. M.P.L. Relações sociais na velhice. In.: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1324-1331, 2006.

EVERSLEY, D.E.C. Population, economy and society. In.: GLASS, D.V. ; EVERSLEY, D.E.C. (Eds). Population in history: essays in historical demography. London: Edward Arnold, cap. 2, p. 23-69, 1965.

FARIAS, A.A. ; SOARES, J.F. ; CÉSAR, C.C. Introdução à Estatística. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2ª ed., 1998.

FERREIRA, A.R.S. Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, F.P.M. Estrutura domiciliar e localização: um estudo dos domicílios com idosos em Belo Horizonte – 1991. 168 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

FERRI, C.P. ; ACOSTA, D. ; GUERRA, M. et al. Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin America, India, and China: A Population-B ased Cohort Study. PloS Medicine, v. 9, n. 2, 2012.

FOLSTEIN, M.F. ; FOLSTEIN, S.E. ; McHUGH, P.R. Mini-Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FONSECA, M.C. Prefácio. In.: MIRANDA-RIBEIRO, P. e SIMÃO, A. B. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Belo Horizonte: ABEP, 2008. Disponível em http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=784&nivel=1 Acesso em: 23 de março de 2011.

FREEDMAN, V.A. ; SCHOENNI, R.F. ; MARTIN, L.G. ; CORNMAN, J.C. Chronic conditions and the decline in late-life disability. Demography, v. 45(2), p. 323-343, 2007.

FREITAS, E.L. ; PY, L. ; CANÇADO, F.A.X. ; DOOL, J. ; GORZONI, M.L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIEDKIN, N.E. Spine segments in small world networks. Social Networks, v. 33, p. 88-97, 2011.

FRIES, J.F. Aging natural death, and the compression of mortality. The New England Journal of Medicine, Waltham, Mass., v. 303, n. 3, p. 130-135, july, 1980.

GAUGLER, J.E. ; KANE, R.L. ; KANE, R.A. ; CLAY, T. ; NEWCOMER, R. Caregiving and Institutionalization of Cognitively Impaired Older People: Utilizing Dynamic Predictors of Change. The Gerontologist, vol. 43 (2), p. 219-229, 2003.

GAZALLE, F.K. ; LIMA, M.S. ; TAVARES, B.F ; HALLAL, P.C. Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. Rev. Saúde Pública, v. 38(3), p. 365-371, 2004.

GIACOMIN, K. ; PEIXOTO, SV. ; UCHOA, E. ; LIMA-COSTA, MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, vol. 24 (6), p. 1260-1270, 2008.

GOLDBOURT, U. ; LACKLAND, D. Single Men Have Higher Risk of Stroke. American Stroke Association's International Stroke Conference 2010, San Antonio, EUA, p. 24-26, fev. 2010.

GOLDFARB, D.C. ; LOPES, R.G.C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In.: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-130, 2006.

GOLDMAN, N. ; KORENMAN, S. ; WEINSTEIN, R. Marital status and health among the elderly. Social Science and Medicine, Oxford, v. 40, n.12, p. 1717-1730, june, 1995.

GRANOVETTER, M.S. The Strenght of Weak Ties. American Journal of Sociology 78, p. 1360-1380, 1973.

GRUENBERG, E.M. The failures of success. Milbank Memorial Fund Quarterly. Healthand Society, v. 55, p. 3-24, 1977.

GUILLOT, M. ; Yu, Y. Estimating health expectancies from two cross-sectional surveys: The intercensal method. Demographic Research, vol. 21, n. 17, p. 503-534, 2009.

GUZMÁN, J.M. ; HUENCHUÁN, S. ; MONTES DE OCA, V. Redes de apoyo de las personas mayores: marco conceptual. Revista Notas de Población, ano XXX, nº 77. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Centro Lationamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Division de Población de la CEPAL, Santiago, Chile, 2003.

HANNEMAN, R.A. ; Riddle, M. Introduction to Social Network Methods. Free introductory textbook on social network analysis, 2005. Disponível em: <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/nettext/Introduction_to_Social_Network_Methods.pdf>.

HENSLEY, B. ; MARTIN, P. ; MacDONALD, M. ; POON, L. Family History and Adaptation among Centenarians and Octogenarians. Gerontology, v. 56, p. 83-87, 2010.

HORIUCHI, S. Epidemiological transitions in developed countries: past, present and future. In.: UNITED NATIONS. Health and mortality issues of global concern. Proceedings of the Symposium on Health and Mortality. New York: United Nations, chap. 2: 54-71. Brussels, p. 19-22, 1997.

HOUSE, J.S. ; LEPKOWSKI, J.M. ; KINNEY, A.M. ; MERO, R.P. ; KESSLER, R.C.; HERZOG, A.R. The Social Stratification of Aging and Health. Journal of Health and Social Behavior, vol. 35, p. 213-234, sept.,1994.

HOUSE, J.S. Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 20st Century Prospects. Journal of Health and Social Behavior, v. 43, p. 125-142, june, 2001.

HOUSE, J.S. ; LANTZ, P.M. ; HERD, P. Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). Journals of Gerontology, v. 60B (Special Issue II), p. 15-26, 2005.

HUISMAN, M. ; KUNST, A.E. ; MACKENBACH, J.P. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. Soc. Sci. Med. v. 57, p. 861-873, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção preliminar da população do Brasil para o período 1980-2020/Marcia Martins Salgado Mendes [et al.]. Rio de Janeiro: IBGE, 21 p., n. 73. Textos para discussão/ IBGE, Diretoria de Pesquisas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE/ DPE (2003) Censo Demográfico 2000 – Pesquisa de avaliação da cobertura da coleta: apresentação dos resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 141 p. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores Sociodemográficos – Perspectivas para o Brasil 1991-2030. Projeto UNFPA/BRASIL. População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil 1980-2050 (Revisão 2000). In: IBGE, 2009. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/>. Acesso em: 26 de novembro de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil 1980-2050 (Revisão de 2004). In: IBGE, 2009. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/>. Acesso em: 26 de novembro de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil 1980-2050 (Revisão de 2008). In: IBGE, 2009. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/>. Acesso em: 26 de novembro de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Razão de dependência das crianças e dos idosos e índice de envelhecimento, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – 1980/2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm>. Acesso em: 2 de março de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais 2007. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.phd?id_noticia=987&id_pagina=1>. Acesso em 21 de outubro de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Resultados Preliminares do Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/default_resultados_preliminares.shtm>. Acesso em 3 de maio de 2012.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Regional. Evolução do Salário Mínimo – Brasil – Maio 1995 / Jan 2010. Disponível em: < http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/salario_minimo.pdf>. Acesso em: 8 de maio de 2010.

ISAACS, S.L. ; SCHROEDER, S.A. Class – the ignored determined of the nation's health. N. Engl J Med.; v. 351, p. 1137-1142, 2004.

JACKSON, M.O. Representing and Measuring Networks. In.: Social And Economic Networks. Princeton University Press, 2008.

JAMES, B.D. ; WILSON, R.S. ; BARNES, L.L. ; BENNET, D.A. Late-life activity and cognitive decline in old age. J Int Neuropsychol Soc., v. 17(6), p. 998-1005, 2011.

JOHNSON, C. ; TROLL, L.E. Constraints and Facilitators to Friendships in Late Late Life. The Gerontologist, v. 34(1), p. 79-87, 1994.

JOHNSON, R.W. ; WIENER, J.M. A Profile of Frail Older Americans and Their Caregivers. The Retirement Project Occasional Paper Number 8. Washington, DC: The Urban Institute, 2006. Disponível em :<http://www.urban.org/url.cfm?ID=311284>.

JOHNSON, R.W. ; TOOHEY, D. ; WIENER, J.M. Meeting the Long-Term Care Needs of the Baby Boomers: How Changing Families Will Affect Paid Helpers and Institutions. The Retirement Project. Discussion Paper 07-04, may., 2007.

KALACHE, A. ; VERAS, R.P. ; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v. 21(3), 1987.

KATZ, S. ; FORD, A.B. ; MASKOWITZ, R.W. ; JACKSON, B.A. ; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and phychosocial function. JAMA 185: 914919, 1963.

KATZ, S. ; DOWNS, T.D. ; CASH, H.R. et al. Gerontologist. v. 10, p. 20-30, 1970.

KELLEY-MOORE, J.A. ; SCHUMACHER, J.G. ; KAHANA, E. ; KAHANA, B. When Do Older Adults Become “Disabled”? Social and Health Antecedents of Perceiveid Disability in a Panel Study of the Oldest Old. Journal of Health and Social Behavior, vol. 47, p. 126-141, june, 2006.

KEMPEN, G.L. ; SUURMEIJER, T.P. The development of a hierachical polychotomous ADL-IADL scale for nonintitutionalized elders. The Gerontologist, v. 30(4), p. 497-502, 1990.

KINSELLA, K. ; VELKOFF, V.A. An Aging World 2001. International Population Reports - U. S. Government Printing Office. Washington DC. U.S. Census Bureau – National Institute on Aging. 183 p., 2001.

KNOKE, D. ; YANG, S. Social Networks Analysis – Quantitative applications in the social sciences; 154. 2ª ed. SAGE Publications, 2008.

LANTZ, P.M. ; LYNCH, J.W. ; HOUSE, J.S. et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. Soc. Sci. Med., v. 53, p. 29-40, 2001.

LAWTON, M.P. ; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v. 9, p. 1979-1986, 1969.

LAWTON, M.P. ; MOSS, M. ; FULCOMER, M. et al. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. J Gerontol, v. 37, p. 91-99, 1982.

LEINONEN, R. ; HEIKKINEN, E. ; JYLHA, M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 35, p. 79-92, 2002.

LEMOS, N. ; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In.: FREITAS, E.V. ; PY, L. ; CANÇADO, F.A.X. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LIANG, J.. ; KRAUSE, N.M. ; BENNETT, J.M. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? Psychology and Aging, v. 16(3), p. 511-523, 2001.

LIMA-COSTA, M.F.F. ; MATOS, D.L. ; CAMARANO, A.A. Evolução das desigualdades sociais entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 1998, 2003). Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 941-950, 2006.

LITWIN, H. ; LANDAU, R. Social network type and social support among the old-old. Journal of aging studies, v. 14(2), p. 213-228, 2000.

LITWIN, H. Social Network Type and Morale in Old Age. The Gerontologist, vol. 41, nº 1, p. 516-524, 2001.

MANTON, K.G. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. Duke university Center for Demographic Studies, Sept. 1988. Prepared for Milbank Memorial Fund Quartely/Health & Society Supplement on Disability, v. 67, 1989.

MARGRETT, J. ; MARTIN, P. ; WOODARD, J.L. ; MILLER, L.S. ; MacDONALD, M. ; BAENZIGER, J. ; SIEGLER, I.C. ; DAVEY, A. Depression among Centenarians and the Oldest Old: Contributions of Cognition and Personality. Gerontology, v. 56, p. 93-99, 2010.

MARKIDES, K.S. ; BLAZER, D.G. ; BRANCH, L.G. ; STUDENSKI, S. ; SMITH, S.T. ; WELBORN, T.B. Encyclopedia of Health & Aging. SAGE Publications. London, 2007.

MARSDEN, P.V. Network data and measurement. Annual Reviews Sociology, v. 16, p. 435-463, 1990.

MARSHALL, C. ; ROSSMAN, G.B. Designing Qualitative Research. 2ª edição. SAGE Publications, 1995.

MARTINE, G. ; ARIAS, A.R. A evolução do emprego no campo. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 4, p. 39-84, jul.-dez., 1987.

MÁXIMO, G.C. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. 208 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MEDEIROS, M. ; OSÓRIO, R. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. 43 p. (Texto para Discussão, 788).

MICHAUX, R. ; FERRIÈRES, J. ; RUIDAVETS, J.B. ; CAMBOU, J.P. ; POUS, J. Statut socio-économique et facteurs de risque coronarien. Etude chez 2.610 hommes âges de 50 à 60 ans. Santé Publique, v. 8, n. 4, p. 315-327, 1996.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. Hucitec-Abrasco: SP-RJ, 1992.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINKLER, M. ; FULLER-THOMSON, E. ; GURALNIK, J.M. Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. N Engl J Med. 355:695-703, 2006.

MIRANDA-RIBEIRO, P. ; SIMÃO, A.B. (org). Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. 2 ed. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2009.

MOODY, J. ; WHITE, D.R. Structural Cohesion and Embeddedness: A Hierarchical Concept of Social Groups. American Sociological Review, v. 68 (1), p. 103–27, 2003.

MORAES, L.O. ; PENICHE, A.C.G. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. Rev Esc Enferm USP, 37(3), p. 54-62, 2003.

MOREDA, V.P. ; REHER, C. Demographic mechanisms and long term swings in population in Europe, 1200-1850. In.: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO, 20, 1985, Florença, Itália. International Population Conference, Florence 1985, 5-12 June. Florence: IUSSP, v. 4, p. 313-329, 1985.

MORELL, M.G.G. ; SILVA, N.G. ; LACERDA, R.M. ; ARAÚJO, N. A efetividade do uso da metodologia Respondent Driven Sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais... Caxambu, 20 a 24 de set. de 2010.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING. Why population aging matters – a global perspective. Publication nº 07 – 6134, 2007.

NETTO, M.P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In.: FREITAS, E.V. ; PY, L. ; CANÇADO, F.A.X. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NEWMAN, M. The Structure of Scientific Collaboration Networks. Proceedings of the National Academy of Sciences, v. 98, p. 404-409, 2001.

NEWMAN, M. The structure and function of complex networks. SIAM Review 45:167-256, 2003. Disponível em: <http://aps.arxiv.org/abs/cond-mat/0303516/>.

NORONHA, K.V.M.S. A relação entre o Estado de Saúde e a Desigualdade de Renda no Brasil. 187f. Tese (Doutorado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

OMRAN, A.R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. The Milbank Quarterly, vol. 83, nº. 4, 2005 (p. 731-757) – Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quartely, vol. 49, nº. 4, Pt. 1, 1971 (p. 509-538), 2005.

OSADA, H. ; SHIBATA, H. ; WATANABE, SK. ; SUZUKI, T. The relationship between psychological well-being and physical functioning in japanese urban and Rural olders adults. Journal of Aging and Physical Activity. 8, p. 140-147, 2000.

PALLONI, A. ; PINTO, G. ; WONG, R. Family support networks and population ageing. Doha International Institute for Family Studies and Development, UNFPA and Institute for Policy Research, Northwestern, 3-4 june 2009, Doha, Qatar. Paper presented at the seminar on Family Support Networks and Population Aging.

PAN, A. ; SUN, Q. ; BERNSTEINS, A. M. ; SCHULZE, M.B. Red Meat Consumption and Mortality. OnLine First, American Medical Association, 2012.

PASINATO, M.T.M. ; KORNIS, G.E.M. Seguridade Social – Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: Textos para Discussão nº 1371, IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009.

PAVARINI, S.C.I. ; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes, comportamento. In.: DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J.D'. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, p. 7-10, 2000.

PERRY. B.L. ; PESCOSOLIDO, B.A. Functional specificity in discussion networks: The influence of general and problem-specific networks on health outcomes. Social Networks, v. 32, p. 345-357, 2010.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNADs. In.: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 1998, 2003 e 2008.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNADs. In.: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Notas metodológicas da PNAD 2008.

PICKENHAYN, J.A. Transición epidemiológica en San Juan. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina, Mimeo, 2003.

PIERCY, K.W. ; CHEEK, C. ; TEEMANT, B. Challenges and Psychosocial Growth for Older Volunteers Giving Intensive Humanitarian Service. The Gerontologist, vol. 51, n. 4, p. 550-560, 2011.

POOL, I. Age Structural Transitions: Dimensions, Trends, Policy Implications. Hosted by the Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Sciences. Vienna, 7-9, oct., 2008.

POON, L.W. ; MARTIN, P. ; BISHOP, A. ; CHO, J. ; ROSA, G. da ; DESHPANDE, N. ; HENSLEY, R. ; MacDONALD, M. ; MARGRETT, J. ; RANDALL, G.K. ; WOODARD, J.L. ; MILLER, S. Understanding Centenarians' Psychosocial Dynamics and Their Contributions to Health and Quality of Life. Current Gerontology and Geriatrics Research, p. 1-13, 2010.

POPULATION REFERENCE BUREAU. Today's Research on Aging – Program and Policy Implications. Social Support, Networks, and Happiness. Washington, DC; nº 17, june, 2009.

PORCU, M. ; FRITZEN, C.V. ; CANO, M.F.F. ; BEMVIDES, N. ; COLOMBARI, I. Prevalência da sintomatologia depressiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, Estado do Paraná. Acta Scientiarum. Maringá, 24(3), p. 703-705, 2002.

PORTRAIT, F. ; LINDEBOOM, M. ; DEEG, D. Health and mortality of the elderly: the Grade of Membership Method, classification and determination. Health Economics, 8, v. 441-457, 1999.

QUARESMA, M.L. ; FERNANDES, A.A. ; CALADO, D.F. ; PEREIRA, M. O sentido das idades da vida – Interrogar a solidão e a dependência. Lisboa: CESDET, 206 p., 2004.

RAMOS, L.R. ; SAAD, P. Morbidity among the aged. In.: SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Ed.). Profile of the elderly in São Paulo. São Paulo: SEADE, p. 161-172, 1990.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, v. 19, n.3, p. 793-8, 2003.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. Revista Dep. Psicol. UFF, v. 19(2), p. 397-410, 2007.

RANDALL, G.K. ; MARTIN, P. ; McDONALD, M. ; POON, L.W. Social Resources and Longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study. Gerontology, v. 56, p. 106-111, 2010.

ROSA, T.E.C. ; BENÍCIO, M.H.D. ; LATORRE, M.R.D.O. ; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública, v. 37(1), p. 40-48, 2003.

ROSERO-BIXBY, L. ; CASTERLINE, J.B. Modelling diffusion effects in fertility transition. Population Studies, v. 47, p. 147-167, 1993.

ROSERO-BIXBY, L. The exceptionally high life expectancy of Costa Rica nonagenarians. Demography, v. 45(3), p. 673–691, 2008.

ROWE, J.W. ; KAHN, R.L. Human aging: Usual and successful. Science, 237, p. 143-149, 1987.

RYAN, G.W. ; BERNARD, H.R. Techniques to identify themes in qualitative data. Field Methods 15(1), p. 85-109, 2003.

SAAD, P.M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In.: CAMARANO, AA (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA. (6), p. 169-209, 2004.

SANTOW, G. The mortality, epidemiological and health transitions: their relevance for the study of health and mortality. In.: UNITED NATIONS. Health and mortality issues of global concern. Proceedings of the Symposium on Health and Mortality. Chap. 1: 39-53. Brussels, 19-22, New York: United Nations, nov., 1999.

SCOTT, J. Social Network Analysis – a handbook. London: SAGE Publications, 2000.

SCHRAMM, J.M.A. ; OLIVEIRA, A.F. ; LEITE, I.C. ; VALENTE, J.G. ; GADELHA, A.M.J. ; PORTELA, M.C. ; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9(4), p. 897-908, 2004.

SEBASTIANI, P. ; SOLOVIEFF, N. ; DEWAN, AT. ; WALSH, KM. ; PUCA, A. et al. Genetic Signatures of Exceptional Longevity in Humans. PLoS ONE 7(1), p. 1-22, 2012.

SEIDEL, D. ; JAGGER, C. ; BRAYNE, C. ; MATTHEWS, F.E. Recovery in instrumental activities of daily living (IADLs): findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Age and Ageing, v. 38, p. 623-668, 2009.

SEPLAKI, C.L.; GOLDMAN, N.; WEINSTEIN, M. & LIN,Y.H. How are biomarkers related to physical and mental well-being? Journal of Gerontology: Biological Sciences, vol. 59A, nº 3, p. 201-217, 2004.

SHETTERLY, S.M. ; BAXTER, J. ; MORGENSTERN, N.E. ; GRIGSBY, J. ; HAMMAN, R.F. Higher Instrumental Activities of Daily Living Disability in Hispanics Compared with Non-Hispanic Whites in Rural Colorado. American Journal of Epidemiology, v. 147, n. 11, 1998.

SIMÃO, A.B. Ser virgem é coisa do passado? A primeira relação sexual e a virgindade na perspectiva de mulheres em Belo Horizonte. In.: Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil/org. por Paula Miranda-Ribeiro ; Andréa Branco Simão. 2 ed. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2009.

SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica. Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C.E. Social Networks and the Elderly: Conceptual and Clinical Issues and a Family Consultation. Family Process, v. 39, p. 271-284, 2000.

SPECTOR, W.D. ; FLEISHMAN, J.A. Combining Activities Livng With Instrumental Activities of Daily Living to Measure Functional Disability. The Journals of Gerontology, 53B, 1. S46-S57, jan., 1998.

STEVENS, N. ; VAN TILBURG, T. Stimulating friendship later in life: a strategy for reducing loneliness among older women. Educational Gerontology, v. 26, p. 15-35, 2000.

TANG, F. ; LEE, Y. Social Support Networks and Expectations for Aging in Place and Moving. Research on Aging, v. 33(4), p. 444-464, 2011.

TENG, C.T. ; HUMES, E.C. ; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 32(3), p. 149-159, 2005.

THOMAS, E.J. Problems of disability from the perspective of role theory. Journal of Health and Human Behavior. Published by American Sociological Association, vol. 7, nº 1 – Spring, p. 2-14, 1966.

THOMESE, F. ; VAN TILBURG, T. Neighboring Networks and Environmental Dependency: Differential Effects of Neighbourhood Characteristics on the Relative Size and Composition of Neighbouring Networks of Older Adults in the Netherlands. Ageing and Society, v. 20, p. 55-78, 2000.

TORRES, M.E.A. et al. A visita ginecológica vista sob uma ótima qualitativa. In.: MIRANDA-RIBEIRO, P. e SIMÃO, A. B. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Belo Horizonte: ABEP, 2008. Disponível em http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=784&nivel=1. Acesso em: 23 de março de 2011.

UNITED NATIONS. World Population Prospects 1988. Departament of International Economic and Social Affairs. Population Studies nº 16. New York, 1989.

UNITED NATIONS. World Population Prospects the 1992 Revision. Departament of Economic and Social Information and Policy Analysis. New York, 1993.

UNITED NATIONS. World Population Prospects the 1994 Revision. Departament of Economic and Social Information and Policy Analysis. New York, 1995.

UNITED NATIONS. World Population Prospects: the 2000. Revision. Departament of Economic and Social Affairs. Population Divison. New York, 2001. Vol. I – Comprehensive Tables.

UNITED NATIONS. World Population Prospects the 2006 Revision – Sex and Age Distribution of the World Population. Departament of Economic and Social Affairs. New York, 2007. Vol. II.

UNITED NATIONS. World Population Prospects the 2008 Revision – Population 60+. Departament of Economic and Social Affairs. Disponível em: < http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf>. Acesso em: 29 de Abril de 2010.

UNITED NATIONS. World Population Prospects the 2010 Revision – Population 60+. Departament of Economic and Social Affairs. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition.

VAN TILBURG, T. ; DYKSTRA, P. ; LIEFBROER, A.C. ; GROENOU, M.B.V. Sourcebook of Living Arrangements and Social Networks of Older Adults in the Netherlands. Questionnaire and Data Documentation of the NESTOR-program, Main Study 1992 and Network Study 1992-1995. Departments of Sociology & Social Gerontology and Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam. Disponível em: <http://www.lasa-vu.nl/data/lsn/lsn.htm>. Acesso em: 25 de Janeiro de 2010.

VERBRUGGE, L.M. ; REOMA, J.M. ; GRUBER-BALDINI, A.L. Short-Term Dynamics of Disability and Well-Being. Journal of Health and Social Behavior, vol. 35 (June): p. 97-117, 1994.

VERBRUGGE, L.M. A global disability indicator. Journal of Aging Studies, vol. 11. nº 4, p. 337-362, 1997.

WALSH, F. The concept of family resilience: Crisis and challenge. Family Process, 35, p. 261-281, 1996.

WATTS, D. The new science of networks. Annual Review of Sociology, v. 30, p. 243-70, 2004.

WEISS, R.S. Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies. New York: Free Press, 246 p., 1994.

WELLMAN, B. ; WORTLEY, S. Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. American Journal of Sociology, v. 96(3), p. 558-588, 1990.

WELLMAN, B. ; FRANK. K. Network Capital in a Multi-Level World: Getting Support from Personal Communities. Forthcoming in Social Capital: Theory and Research. Chicago, sept., 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980. The International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps (ICIDH). WHO, Geneva.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980. Active Ageing: A policy framework. A contribution of the World Healthy Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 14 de junho de 2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980. World Report on Disability. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2011.

WONG, L.L.R. ; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. In.: Revista Brasileira de Estudos de População – REBEP - Volume 23, n. 1, p. 5-26 jan./jun, 2006.

WONG, L.L.R. ; CARVALHO, R.L. Projetando o número de filhos sobreviventes das idosas brasileiras entre 2000 e 2025. Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais... Caxambu, 29 de set. a 3 de out. de 2008.

WORLD BANK. Becoming Old in an Older - Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance and Service Delivery. Human Development Department Latin America and the Caribbean Region, april, 2011.

YANG, Y. ; GEORGE, L.K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. J Aging Health, v. 17, p. 263-292, 2005.

YANG, Y. How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late Life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources. Journal of Health and Social Behavior, v. 47, p. 355-372, dec., 2006.

ZAHREDDINE, D. ; RIGOTTI, J.I.R. O processo de envelhecimento populacional em Belo Horizonte: análise e mapeamento dos anos de 1991 e 2000. In.: XV Encontro de Estudos Populacionais, 2006, Caxambu. Anais XV Encontro de Estudos Populacionais... Campinas: ABEP, v. 1, p. 1-21, 2006.

ZENG, Y. ; SHEN, K. Resiliense Significantly Contributes to Exceptional Longevity. Current Gerontology and Geriatrics Research, v. 10, p. 1-9, 2010.

ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE PESQUISA QUALITATIVA

Nome do(a) entrevistado(a):_____

Endereço:_____

Idade:_____Estado civil:_____

Raça/Cor (autodeclarada):_____

Data da Entrevista:_____

1 – Quantos anos o(a) senhor(a) estudou? Qual a escolaridade do(a) senhor(a)?

Anos de estudo:_____; ( ) Sabe ler/escrever um bilhete; ( ) Nunca frequentou escola;

( ) Nível fundamental (1º grau); ( ) Nível médio (2º grau); ( ) Nível superior (3º grau);

( ) Pós-graduação.

2 – Com quem o(a) senhor(a) mora?

( ) Sozinho(a); ( ) Com esposa(o); ( ) Com filho(s); ( ) Com neto(s); ( ) Com irmão(s);

( ) Com acompanhante. Especificar: _____

3 - Quantas pessoas moram neste domicílio? Mais alguém, que não seja visitante, reside neste domicílio? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

4 – Qual a renda do domicílio do(a) senhor(a)?

( ) Menos que 1 SM; ( ) 1 SM; ( ) 1 a 2 SM; ( ) 2 a 3 SM; ( ) 3 a 5 SM; ( ) 5 a 10 SM;

( ) Mais que 10 SM.

5 – Quem contribui para as despesas do domicílio? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

6 – Algum médico ou profissional de saúde lhe disse que o(a) senhor(a) tem algum problema de saúde? Qual? Fale-me o nome do(s) médico(s) e/ou profissional(is) de saúde.

7 – Caso o(a) senhor(a) tenha alguma doença, esta doença o incomoda? Quais as consequências no dia a dia do(a) senhor(a)?

8 - Com que regularidade costuma procurar um médico?

9 – Caso o(a) senhor(a) precise de ir a consultas, quem lhe acompanha? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

10 – O(a) senhor(a) toma quantos medicamentos por dia? O(a) senhor(a) precisa de ajuda para tomar os medicamentos? Caso precise, quem o(a) ajuda? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

11 – O(a) senhor(a) tem dificuldade para alimentar-se sozinho? Caso tenha, quem o(a) ajuda? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

12 - O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer outras coisas? O que? Caso tenha, quem o(a) ajuda? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

13 – Comparando sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) classifica sua saúde? ( ) Excelente; ( ) Muito boa; ( ) Boa; ( ) Regular; ( ) Ruim.

14 – O(a) senhor(a) recebeu a visita de algum parente ou conhecido nos últimos cinco dias? Caso positivo, fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

( ) Sim; Especificar (parente ou conhecido): _____( ) Não.

15 – O(a) senhor(a) pode me descrever o objetivo da visita? Por exemplo: somente para conversar, para ajudar na limpeza, para ajudar financeiramente nas despesas etc.

16 - Caso seja viúvo(a) e/ou divorciado(a) como o(a) senhor(a) se sente? Acha que sua vida mudou muito depois desses acontecimentos? Tem vontade de se casar novamente?

17 - Caso seja solteiro(a) por que o(a) senhor(a) não se casou? Tem vontade de se casar?

18 - O(a) senhor(a) é aposentado(a) ou ainda trabalha? Caso seja aposentado(a), sente que a vida do(a) senhor(a) mudou? Pode me relatar como e por quê?

19 – O(a) senhor(a) mantém contato com pessoas que trabalhou ou caso não tenha trabalhado fora, com pessoas da época da sua juventude? Como é esse contato? Com que frequência? O que eles têm feito atualmente? Fale-me o(s) nome(s).

20 – O(a) senhor(a) tem a companhia de alguém durante o dia? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

( ) Sim; Especificar a frequência e quem: _____( ) Não.

21 – Caso positivo, de que forma essa companhia o(a) ajuda? O(a) senhor(a) acha positivo ou negativo a companhia dessa(s) pessoa(s)?

22 – O(a) senhor(a) tem a companhia de alguém durante a noite? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

( ) Sim; Especificar a frequência e quem: _____( ) Não.

23 - Caso positivo, de que forma essa companhia o(a) ajuda? O(a) senhor(a) acha positivo ou negativo a companhia dessa(s) pessoa(s)?

24 – Com qual(is) pessoa(s) discute coisas que são importantes para o(a) senhor(a)? Qual o tipo de assunto que mais conversa com essa(s) pessoa(s)? Fale-me o(s) nome(s) e o tipo de relação (se familiar, amigo etc).

25 – O(a) senhor(a) pode me falar nomes de 5 pessoas que mais tem contato (pessoas que conhece pelo nome, apelido ou "de vista"). Qual a forma de contato (face a face, telefone, carta, e-mail etc)? Qual o tipo de relação com elas (familiar, vizinho etc)? Diga-me como o(a) senhor(a) classifica a relação com essa pessoa, se: muito forte; forte; regular/média; fraca; muito fraca.

Nome	Forma de contato	Tipo de relação	Intensidade / Força da relação

26 - Como o(a) senhor(a) acha que a(s) pessoa(s) citada(s) na pergunta anterior consideram a relação com o(a) senhor(a):

1_____ ( )Muito forte; ( )Forte; ( )Regular/média; ( ) Fraca; ( )Muito fraca.

2_____ ( )Muito forte; ( )Forte; ( )Regular/média; ( ) Fraca; ( )Muito fraca.

3_____ ( )Muito forte; ( )Forte; ( )Regular/média; ( ) Fraca; ( )Muito fraca.

4_____ ( )Muito forte; ( )Forte; ( )Regular/média; ( ) Fraca; ( )Muito fraca.

5_____ ( )Muito forte; ( )Forte; ( )Regular/média; ( ) Fraca; ( )Muito fraca.

27 – O(a) senhor(a) tem netos, filhos ou outros parentes que moram fora do seu domicílio? Fale-me o(s) nome(s) e como é a relação com ele(s). Onde ele(s) moram?

28 – O(a) senhor(a) pode me relatar como é seu dia? O que costuma fazer?

29 – O(a) senhor(a) frequenta cultos religiosos? ( ) Sim; ( ) Não.

30 – Caso frequente, qual a regularidade de ida a esses cultos? O(a) senhor(a) somente assiste ou tem participação ativa na igreja? Caso positivo, que tipo de participação?

31 – O(a) senhor(a) frequenta grupos de terceira idade, alguma associação de bairro, grupos de oração, locais para realizar atividade física ou algum outro local para realizar atividade em grupo? De que forma o(a) senhor(a) colabora nessas atividades?

32 – O(a) senhor(a) está satisfeito com sua vida?

( ) Muito satisfeito(a); ( ) Satisfeito(a); ( ) Insatisfeito(a).

33 – Caso esteja insatisfeito(a), o que poderia ser feito para mudar isto?

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Uai sô, e agora? A Influência do Envelhecimento e das Incapacidades Funcionais nas Redes Sociais e nas Redes de Apoio aos Idosos em Belo Horizonte/MG.

INFORMAÇÕES PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA:

- Este termo deverá ser explicado pelo pesquisador de forma individual, em ambiente reservado para o(a) idoso(a) elegido para a entrevista;

- O participante deverá assiná-lo de forma individual e também em ambiente reservado;

- No caso do participante não saber ler e escrever, o termo deverá ser lido e explicado na presença de um responsável que assinará o termo;

- O termo constará de duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com o entrevistador;

- Uma vez feito o contato com o participante, este poderá marcar a entrevista para a hora que lhe convier. Ao assinar o termo o(a) entrevistado(a) será avisado que a duração da entrevista é longa.

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADO(A):

O senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo compreender as Redes Sociais de idosos, ou seja, a capacidade de interação social com familiares, amigos, vizinhos e outros, bem como o meio em que isto ocorre: igrejas, em casa, em grupos de terceira idade e outros. Este estudo será conduzido por Rodrigo Caetano Arantes, aluno de doutorado do CEDEPLAR-UFMG, sob supervisão e orientação de pesquisador responsável do mesmo centro, a professora Drª. Laura Lídia Rodriguez Wong.
Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, o senhor(a) tem o direito de recusar ou desistir a qualquer momento, sem que isso cause-lhe qualquer prejuízo. Se concordar, sua colaboração se dará através de uma entrevista, na qual serão feitas perguntas sobre o meio de convívio social do senhor(a) com familiares, amigos, vizinhos e locais onde o senhor(a) costuma ir e ter algum contato com pessoas. Pesquisas deste tipo são importantes para ajudarem ao governo fazer leis que foquem no modo como os idosos brasileiros vivem, leis essas que priorizem uma melhor qualidade de vida para os idosos.

As informações são obtidas de forma confidencial, como forma de garantir sua identidade, privacidade e sigilo. É importante que o(a) senhor(a) saiba que a entrevista será gravada e que sua fala será publicada, mas o seu nome não será divulgado, em hipótese nenhuma, em qualquer publicação ou trabalho acadêmico.

Não haverá nenhum risco em sua participação neste estudo e, se alguma questão feita durante a entrevista causar-lhe desconforto, fique à vontade para não responder ou para procurar esclarecer sua dúvida junto ao entrevistador.

CONSENTIMENTO:

Declaro que, após ter lido e entendido os propósitos deste estudo e ter tido todas as minhas dúvidas adequadamente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar dela. Estou ciente que minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir de participar a qualquer momento.

Belo Horizonte/MG, _____ de _____ de 2011.

_____

Assinatura do participante ou responsável

_____

Pesquisador: Rodrigo Caetano Arantes

CONTATOS DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTREVISTA EM CASO DE DÚVIDAS:

* **RODRIGO CAETANO ARANTES**

CEDEPLAR/UFMG - Avenida Antônio Carlos, 6627 – Sala 3131 - Belo Horizonte/MG

CEP: 31270-901 – Telefone: (31) 3409-7100 – Ramal: 7198

* **PROFª. DRª. LAURA LÍDIA RODRIGUEZ WONG**

CEDEPLAR/UFMG - Avenida Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte/MG

CEP: 31270-901 – Telefone: (31) 3409-7073

* **COEP (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA) DA UFMG:**

Avenida Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II – 2º andar - Campus Pampulha - Belo Horizonte/MG

CEP: 31270-901 – Telefone: (31) 3409-4592

Anexo 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0461.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Laura Lídia Rodríguez Wong
Departamento de Demografia
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de novembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Uai sô, e agora? A influência do envelhecimento e das incapacidades funcionais nas redes sociais e redes de apoio a idosos em Belo Horizonte/MG"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep 31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - coep@prpq.ufmg.br

Anexo 4

Quadro 1 – Idosos com independência

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (anos de estudo)	RENDA	MORA	EDG
Alceu	67	Parda	Casado	5	2 a 3 sm	Esposa, 2 irmãs solteiras e 1 sobrinho	NÃO
Anita	64	Branca	Casada	4	2 a 3 sm	Marido	NÃO
Aurora	83	Branca	Viúva	4	3 a 5 sm	1 filha,1 genro, 2 netos e 1 neta	NÃO
Baltazar	87	Branca	Viúvo	4	1 a 2 sm	Cunhada	NÃO
Basílio	74	Parda	Casado	4	3 a 5 sm	Esposa e 1 filha solteira	NÃO
Benedita	69	Branca	Solteira	4	1 sm	1 irmã, 1 concunhado, 1 sobrinha-neta, o marido da sobrinha neta e a filha da sobrinha-neta	**SIM**
Benedito	81	Branca	Casado	4	1 sm	Sozinho	**SIM**
Cleide	73	Branca	Viúva	4	1 sm	1 filho divorciado e 1 filho solteiro	NÃO
Diva	83	Branca	Viúva	4	1 a 2 sm	Sozinha	NÃO
Divina	69	Branca	Viúva	4	2 a 3 sm	Sozinha	NÃO
Edgar	75	Parda	Casado	7	Mais de 10 sm	Esposa e 1 neta	NÃO
Edilene	78	Branca	Casada	7	2 a 3 sm	Marido e 1 filha solteira	NÃO
Edvaldo	71	Branca	Casado	11	5 a 10 sm	Esposa, 1 filha solteira e 1 filho solteiro	NÃO
Eni	74	Amarela	Casada	4	3 a 5 sm	Marido	NÃO
Geraldo	72	Branca	Divorciado	8	2 a 3 sm	1 filha divorciada, 1 neto e 1 neta	NÃO
Graça	81	Branca	Casada	11	2 a 3 sm	Marido, 1 filha divorciada e 1 filho divorciado	**SIM**
Henrique	78	Parda	Casado	7	1 sm	Esposa, 1 filho solteiro e 1 filha solteira	NÃO
Joana	77	Branca	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	1 a 2 sm	1 filha, 1 genro e 1 neta	NÃO
João	89	Branca	Viúvo	4	4 a 5 sm	2 filhos homens solteiros	NÃO
José	76	Negra	Casado	3	1 sm	Esposa e 2 netas e 1 neto	NÃO
Juraci	71	Branca	Viúva	4	3 a 5 sm	Filho solteiro, filha solteira e neta	NÃO
Lindolfo	72	Branca	Casado	12	5 a 10 sm	Esposa 1 filha solteira e 1 neto	NÃO
Lúcia	67	Branca	Viúva	Nunca frequentou escola	1 sm	1 filho solteiro	NÃO
Luzia	79	Branca	Viúva	12	Mais de 10 sm	2 mulheres estudantes pensionistas	NÃO
Madalena	92	Branca	Viúva	3	3 a 5 sm	1 filho viúvo e 1 filha de criação solteira	NÃO
Manuela	65	Branca	Casada	4	5 a 10 sm	Marido, 1 filha, 1 filho, 1 genro e 1 nora	**SIM**
Margarida	64	Negra	Casada	4	3 a 5 sm	Marido e 3 filhos homens solteiros	NÃO
Maria	71	Branca	Viúva	5	1 sm	2 filhas solteiras	NÃO
Mauro	80	Parda	Casado	18	Mais de 10 sm	Esposa e 1 filha solteira	NÃO
Regina	67	Branca	Casada	0	1 sm	Marido	**SIM**
Rosa	71	Branca	Casada	12	Mais de 10 sm	Marido	NÃO
Sílvia	70	Branca	Viúva	6	1 sm	1 filho solteiro	NÃO
Tereza	84	Branca	Viúva	1	1 sm	2 filhas solteiras e 1 neto	**SIM**
Ulisses	68	Branca	Solteiro	4	2 a 3 sm	Sozinho	NÃO
Valdete	75	Branca	Viúva	4	1 a 2 sm	Sozinha	NÃO
Vera	62	Branca	Viúva	12	2 a 3 sm	1 filha solteira	NÃO

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Quadro 2 – Idosos com dependência leve

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (em anos de estudo)	RENDA	MORA	EDG
Hércules	83	Parda	Casado	2	1 sm	Esposa, 1 filho, 1 nora, 1 neto e 1 neta	NÃO
Ivo	81	Branca	Casado	9	1 a 2 sm	Esposa	NÃO
Joaquim	74	Branca	Casado	4	2 a 3 sm	Esposa	NÃO
Lourdes	80	Branca	Viúva	1	1 a 2 sm	1 filho solteiro	NÃO
Messias	71	Branca	Viúvo	3	1 sm	1 filha e 1 genro	NÃO
Olga	80	Branca	Viúva	4	1 sm	1 filho solteiro, 1 filha e 1 genro	**SIM**
Vilmar	88	Branca	Casado	5	5 a 10 sm	Esposa, 1 cunhada solteira e tem cuidadora diurna	NÃO
Zélia	84	Branca	Viúva	6	1 a 2 sm	Sozinha	NÃO

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Quadro 3 – Idosos com dependência moderada/grave

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (em anos de estudo)	RENDA	MORA	EDG
Antônia	83	Branca	Casada	5	3 a 5 sm	Mais 3	NÃO
Fátima	79	Branca	Solteira	15	3 a 5 sm	1 cuidadora formal diurna e noturna	NÃO
Francisco	64	Parda	Casado	4	1 a 2 sm	Esposa e 1 filha solteira	NÃO
Conceição	98	Branca	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	5 a 10 sm	1 cuidadora formal diurna e noturna	**SIM**
Jair	73	Parda	Casado	4	3 a 5 sm	Esposa e 1 filha solteira	NÃO
Odete	61	Negra	Casada	4	Menos de 1 sm	Mais 3	NÃO
Ruth	94	Negra	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	2 a 3 sm	1 irmão, 1 cunhada e 2 netos do irmão	**SIM**

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Anexo 5

Escala de Depressão Geriátrica – EDG*

1) O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a vida?

( ) SIM **( ) NÃO**

2) O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses ou atividades?

( ) SIM ( ) NÃO

3) O(a) senhor(a) acha sua vida vazia?

( ) SIM ( ) NÃO

4) O(a) senhor(a) aborrece-se com frequência?

( ) SIM ( ) NÃO

5) O(a) senhor(a) sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?

( ) SIM **( ) NÃO**

6) O(a) senhor(a) teme que algo ruim lhe aconteça?

( ) SIM ( ) NÃO

7) O(a) senhor(a) sente-se alegre a maior parte do tempo?

( ) SIM **( ) NÃO**

8) O(a) senhor(a) sente-se desamparado(a) com frequência?

( ) SIM ( ) NÃO

9) O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

( ) SIM ( ) NÃO

10) O(a) senhor(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?

( ) SIM ( ) NÃO

11) O(a) senhor(a) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?

( ) SIM **( ) NÃO**

12) O(a) senhor(a) acha que vale a pena viver como vive agora?

( ) SIM **( ) NÃO**

13) O(a) senhor(a) sente-se cheio(a) de energia?

( ) SIM **( ) NÃO**

14) O(a) senhor(a) acha que sua situação tem solução?

( ) SIM **( ) NÃO**

15) O(a) senhor(a) sente que tem muita gente em situação melhor?

( ) SIM ( ) NÃO

TOTAL: _____

* Abreviada de Yesavage. Cada questão indicadora de sintoma depressivo (em negrito) equivale a 1 ponto. Considera-se idoso com potencial sintoma depressivo àquele que tiver pontuação maior que 5 pontos.

Fonte: reproduzido de Freitas et al. (2006). Escala adaptada de Yesavage, J.A. et al.. J Psychiat Res, 1983; 17(1):37-49.

Anexo 6

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM*

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 PONTOS):

Dia da Semana (1 ponto) _____

Dia do Mês (1 ponto) _____

Mês (1 ponto) _____

Ano (1 ponto) _____

Hora aproximada (1 ponto) _____

Nota: _____

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 PONTOS):

Local genérico (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____

Local específico (andar ou setor) (1 ponto) _____

Bairro ou rua próxima (1 ponto) _____

Cidade (1 ponto) _____

Estado (1 ponto) _____

Nota: _____

MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 PONTOS):

Repetir: vaso, carro, tijolo.

1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa _____

Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

Nota: _____

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 PONTOS):

Subtração: 100 – 7 sucessivamente, por 5 vezes

(1 ponto para cada cálculo correto) _____

Nota: _____

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos):

Lembrar as 3 palavras repetidas anteriormente (em Memória de Fixação)

(1 ponto por palavra certa) _____

Nota: _____

LINGUAGEM (8 pontos):

Nomear objetos: um relógio e uma caneta (2 pontos) _____

Repetir: “em aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) _____

Seguir comando verbal: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos) _____

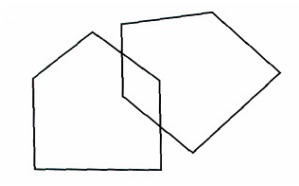
Ler e seguir como escrito (frase): “feche os olhos” (1 ponto) _____

Escrever uma frase (1 ponto) _____

Nota: _____

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto):

Copiar um desenho (1 ponto) _____



Nota: _____ Escore_____/30

* Notas de corte (Demência): 18 para analfabetos; 21 para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade; 24 para indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade; 26 para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade.

Fonte: reproduzido e adaptado de Folstein et al. (1975).

Anexo 7

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDs) DE KATZ*

Atividade	Independente	
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo;	( ) Sim ( ) Não
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos;	( ) Sim ( ) Não
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	( ) Sim ( ) Não
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	( ) Sim ( ) Não
5. Continência	Controla completamente urina e fezes	( ) Sim ( ) Não
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)	( ) Sim ( ) Não

* O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de seis pontos significa independência para AVD; quatro pontos, dependência parcial; dois pontos, dependência importante (total).

Fonte: reproduzido de Freitas et al. (2006). Escala adaptada de Katz et al. (1970).

Anexo 8

ESCALA DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs) DE LAWTON*

1. O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
2. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
3. O(a) senhor(a) consegue fazer compras?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
4. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
5. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
6. O(a) senhor(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
7. O(a) consegue lavar e passar roupa?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1

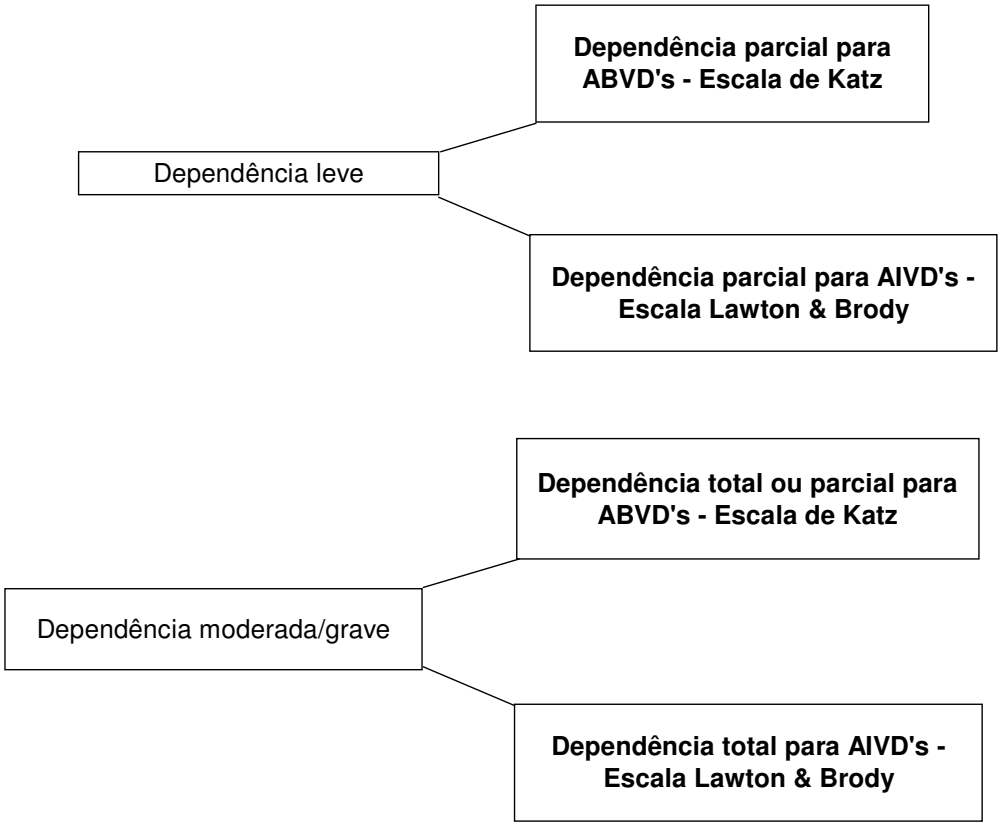
8. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário corretos?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1
9. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	sem ajuda	3
	com ajuda parcial	2
	não consegue	1

* Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda (dependência parcial); e a terceira, dependência total. A pontuação máxima é de 27 pontos, e o escore tem significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Fonte: reproduzido de Freitas et al. (2006). Adaptado de Lawton et al. (1982).

Anexo 9

Algoritmo para classificação da incapacidade funcional



Fonte: elaboração própria.

Anexo 10

Quadro 4 - Minas Gerais (2008): análise univariada da população de 60 anos e mais por categorias sociodemográficas

	n	%
Sexo		
Homem	1836	43,5%
Mulher	2390	53,6%
Total	4226	100,0%
Raça		
Branca	2177	51,5%
Preta	409	9,7%
Amarela	18	0,4%
Parda	1613	38,2%
Indígena	8	0,2%
Total	4225	100,0%
Escolaridade		
Nunca frequentou escola	1272	30,1%
1 a 4 anos	1940	45,9%
5 a 8 anos	396	9,4%
9 anos e mais	616	14,6%
Total	4224	100,0%
Renda		
Meio a 1 sm	425	10,7%
Mais de 1 a 2 sm	794	18,8%
Mais de 2 a 3 sm	719	17,3%
Mais de 3 a 5 sm	910	21,6%
Mais de 5 a 10 sm	775	18,4%
Mais de 10 sm	598	14,2%
Total	4221	100,0%

Fonte dos dados básicos: PNAD 2008.

Anexo 11 – Densidades e centralidades das redes sociais dos idosos

Quadro 5 – Densidades e centralidades das redes sociais dos idosos com independência

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (anos de estudo)	RENDA	DENSIDADE	CENTRALIDADE
Alceu	67	Parda	Casado	5	2 a 3 sm	0.52	53.68
Anita	64	Branca	Casada	4	2 a 3 sm	0.53	52.63
Aurora	83	Branca	Viúva	4	3 a 5 sm	**0.60**	**39.83**
Baltazar	87	Branca	Viúvo	4	1 a 2 sm	**0.73**	**30.00**
Basílio	74	Parda	Casado	4	3 a 5 sm	0.57	50.00
Benedita	69	Branca	Solteira	4	1 sm	0.48	61.82
Benedito	81	Branca	Casado	4	1 sm	0.58	53.57
Cleide	73	Branca	Viúva	4	1 sm	**0.74**	**29.24**
Diva	83	Branca	Viúva	4	1 a 2 sm	0.38	64.02
Divina	69	Branca	Viúva	4	2 a 3 sm	0.56	42.59
Edgar	75	Parda	Casado	7	Mais de 10 sm	0.21	74.14
Edilene	78	Branca	Casada	7	2 a 3 sm	0.31	74.46
Edvaldo	71	Branca	Casado	11	5 a 10 sm	0.29	80.00
Eni	74	Amarela	Casada	4	3 a 5 sm	0.43	59.50
Geraldo	72	Branca	Divorciado	8	2 a 3 sm	0.37	69.17
Graça	81	Branca	Casada	11	2 a 3 sm	0.46	56.98
Henrique	78	Parda	Casado	7	1 sm	0.53	48.62
Joana	77	Branca	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	1 a 2 sm	**0.77**	**21.32**
João	89	Branca	Viúvo	4	4 a 5 sm	**0.86**	**12.32**
José	76	Negra	Casado	3	1 sm	**0.68**	**36.26**
Juraci	71	Branca	Viúva	4	3 a 5 sm	**0.66**	**36.76**
Lindolfo	72	Branca	Casado	12	5 a 10 sm	0.33	73.33
Lúcia	67	Branca	Viúva	Nunca frequentou escola	1 sm	**0.87**	**15.38**
Luzia	79	Branca	Viúva	12	Mais de 10 sm	**0.60**	**41.83**
Madalena	92	Branca	Viúva	3	3 a 5 sm	**0.84**	**17.54**
Manuela	65	Branca	Casada	4	5 a 10 sm	0.34	64.33
Margarida	64	Negra	Casada	4	3 a 5 sm	0.42	62.57
Maria	71	Branca	Viúva	5	1 sm	**0.87**	**15.15**
Mauro	80	Parda	Casado	18	Mais de 10 sm	0.21	77.08
Regina	67	Branca	Casada	0	1 sm	0.44	56.32
Rosa	71	Branca	Casada	12	Mais de 10 sm	0.24	82.63
Sílvia	70	Branca	Viúva	6	1 sm	**0.79**	**24.17**
Tereza	84	Branca	Viúva	1	1 sm	0.59	45.80
Ulisses	68	Branca	Solteiro	4	2 a 3 sm	**0.63**	**42.86**
Valdete	75	Branca	Viúva	4	1 a 2 sm	**0.60**	**36.26**
Vera	62	Branca	Viúva	12	2 a 3 sm	0.33	73.33

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Quadro 6 – Densidades e centralidades das redes sociais dos idosos com dependência leve

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (em anos de estudo)	RENDA	DENSIDADE	CENTRALIDADE
Hércules	83	Parda	Casado	2	1 sm	**0.61**	**45.05**
Ivo	81	Branca	Casado	9	1 a 2 sm	0.41	60.80
Joaquim	74	Branca	Casado	4	2 a 3 sm	0.45	52.81
Lourdes	80	Branca	Viúva	1	1 a 2 sm	**0.71**	**29.52**
Messias	71	Branca	Viúvo	3	1 sm	0.47	57.50
Olga	80	Branca	Viúva	4	1 sm	**0.80**	**22.22**
Vilmar	88	Branca	Casado	5	5 a 10 sm	**0.60**	**43.81**
Zélia	84	Branca	Viúva	6	1 a 2 sm	**0.65**	**24.51**

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Quadro 7 – Densidades e centralidades das redes sociais dos idosos com dependência moderada/grave

ENTREVISTADO(A)	IDADE	RAÇA/COR	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (em anos de estudo)	RENDA	DENSIDADE	CENTRALIDADE
Antônia	83	Branca	Casada	5	3 a 5 sm	0.47	55.41
Fátima	79	Branca	Solteira	15	3 a 5 sm	0.40	63.81
Francisco	64	Parda	Casado	4	1 a 2 sm	**0.73**	**29.41**
Conceição	98	Branca	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	5 a 10 sm	**0.68**	**48.72**
Jair	73	Parda	Casado	4	3 a 5 sm	0.47	53.10
Odete	61	Negra	Casada	4	Menos de 1 sm	**0.63**	**39.22**
Ruth	94	Negra	Viúva	Sabe ler escrever um bilhete	2 a 3 sm	**0.77**	**25.45**

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.

Anexo 12

Quadro 8 - Minas Gerais (1998, 2003 e 2008): proporção de idosos, segundo incapacidade funcional (%)

Quadro 8.1 - Dados de período (PNAD 1998)

		Incapacidade Funcional			Total
		Independência	Dependência Leve	Depedência Moderada/Grave	
Masculino	60-64	323	138	49	510
		63,3%	27,1%	9,6%	100,0%
	65-69	245	164	45	454
		54,0%	36,1%	9,9%	100,0%
	70-74	140	103	32	275
		50,9%	37,5%	11,6%	100,0%
	75-79	73	81	35	189
		38,6%	42,9%	18,5%	100,0%
	80-84	31	42	23	96
		32,3%	43,8%	24,0%	100,0%
	85-89	7	21	16	44
		15,9%	47,7%	36,4%	100,0%
	90-94	2	3	8	13
		15,4%	23,1%	61,5%	100,0%
	95+	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Feminino	60-64	306	244	57	607
		50,4%	40,2%	9,4%	100,0%
	65-69	210	238	76	524
		40,1%	45,4%	14,5%	100,0%
	70-74	127	171	66	364
		34,9%	47,0%	18,1%	100,0%
	75-79	72	95	64	231
		31,2%	41,1%	27,7%	100,0%
	80-84	23	62	59	144
		16,0%	43,1%	41,0%	100,0%
	85 - 89	4	19	41	64
		6,3%	29,7%	64,1%	100,0%
	90-94	1	9	12	22
		4,5%	40,9%	54,5%	100,0%
	95+	0	4	6	10
		0,0%	40,0%	60,0%	100,0%

Quadro 8.2 - Dados de período (PNAD 2003)

		Incapacidade Funcional			Total
		Independência	Dependência Leve	Depedência Moderada/Grave	
Masculino	60-64	497	111	24	632
		78,6%	17,6%	3,8%	100,0%
	65-69	340	148	29	517
		65,8%	28,6%	5,6%	100,0%
	70-74	263	120	37	420
		62,6%	28,6%	8,8%	100,0%
	75-79	164	123	39	326
		50,3%	37,7%	12,0%	100,0%
	80-84	85	79	36	200
		42,5%	39,5%	18,0%	100,0%
	85-89	33	43	27	103
		32,0%	41,7%	26,2%	100,0%
	90-94	14	22	25	61
		23,0%	36,1%	41,0%	100,0%
	95+	6	6	16	28
		21,4%	21,4%	57,1%	100,0%
Feminino	60-64	463	237	54	754
		61,4%	31,4%	7,2%	100,0%
	65-69	314	233	60	607
		51,7%	38,4%	9,9%	100,0%
	70-74	229	190	69	488
		46,9%	38,9%	14,1%	100,0%
	75-79	155	179	76	410
		37,8%	43,7%	18,5%	100,0%
	80-84	82	119	70	271
		30,3%	43,9%	25,8%	100,0%
	85 - 89	37	59	60	156
		23,7%	37,8%	38,5%	100,0%
	90-94	11	26	34	71
		15,5%	36,6%	47,9%	100,0%
	95+	3	11	29	43
		7,0%	25,6%	67,4%	100,0%

Fonte dos dados básicos: PNADs 1998, 2003 e 2008.

Quadro 8.3 - Dados de período (PNAD 2008)

		Incapacidade Funcional			Total
		Independência	Dependência Leve	Depedência Moderada/Grave	
Masculino	60-64	571	149	35	755
		75,6%	19,7%	4,6%	100,0%
	65-69	433	147	42	622
		69,6%	23,6%	6,8%	100,0%
	70-74	273	113	58	444
		61,5%	25,5%	13,1%	100,0%
	75-79	173	112	47	332
		52,1%	33,7%	14,2%	100,0%
	80-84	89	90	35	214
		41,6%	42,1%	16,4%	100,0%
	85-89	37	47	42	126
		29,4%	37,3%	33,3%	100,0%
	90-94	15	33	23	71
		21,1%	46,5%	32,4%	100,0%
	95+	5	6	16	27
		18,5%	22,2%	59,3%	100,0%
Feminino	60-64	568	240	59	867
		65,5%	27,7%	6,8%	100,0%
	65-69	400	237	83	720
		55,6%	32,9%	11,5%	100,0%
	70-74	263	244	73	580
		45,3%	42,1%	12,6%	100,0%
	75-79	156	168	80	404
		38,6%	41,6%	19,8%	100,0%
	80-84	92	152	92	336
		27,4%	45,2%	27,4%	100,0%
	85 - 89	38	80	70	188
		20,2%	42,6%	37,2%	100,0%
	90-94	15	38	44	97
		15,5%	39,2%	45,4%	100,0%
	95+	11	10	44	65
		16,9%	15,4%	67,7%	100,0%

Fonte dos dados básicos: PNADs 1998, 2003 e 2008.

ANEXO 13

Quadro 9 – Síntese dos principais achados qualitativos

Saúde	* A saúde se apresentou como questão central para participação social; * As redes de apoio, formadas principalmente por filhos e cônjuges, seriam acionadas na incapacidade funcional. * A dependência funcional moderada/grave seria fator para restrição das redes sociais dos idosos (muitos relataram que depois desta condição deixaram de ir à igreja, por exemplo) e aumento das redes de apoio; * A dor oriunda de doença crônica, por si só, já geraria restrição da integração social dos idosos.
Depressão	* Idosos com depressão tiveram redes mais centradas em membros familiares (filhos e cônjuges) e parentes distantes (por visitas); * Em um caso específico, a idosa com depressão realizava atividade de voluntariado, possivelmente como subterfúgio à falta de apoio emocional por parte de membros familiares.
Diferenciais por sexo	* As idosas, pelos laços afetivos adquiridos ao longo a vida, apresentaram maiores possibilidades de integração social na dependência funcional (leve ou moderada/grave); * A idade avançada demonstrou ser relevante para o afunilamento das redes sociais somente a membros familiares, principalmente para os homens.
Renda	* Os autodeclarados negros/pardos na condição de dependência moderada/grave teriam redes sociais centradas, em geral, somente em membros familiares mais próximos (filhos e cônjuges) e parentes mais distantes (primos, sobrinhos). A dificuldade financeira enfrentada pela maioria dos negros/pardos se mostrou como fator limitante para arcar com cuidados formais, além de despesas de reabilitação funcional, por exemplo. * A condição de dependência leve ainda permitiria relações mais próximas com vizinhos e amigos e participação religiosa independente da raça/cor autodeclarada. * Idosos de maior renda apresentaram maiores possibilidades de interação social (oportunidades para frequentar aulas de música, atividades recreativas, participação em grupos organizacionais, locais para a prática de atividades físicas); * Os idosos com algum tipo de dependência funcional teriam além da rede de apoio familiar, cuidadores formais e tratamentos intensivos médicos e de reabilitação;
Escolaridade	* Os idosos com maior escolaridade relataram participar mais frequentemente de atividades organizacionais (Lions, Maçonaria e outras); * Idosos com alta escolaridade demonstraram maiores interações sociais (pelas condições que lhes permitiriam viajar, por exemplo) e maior coesão na comunidade (por participação em atividades de associações de bairro, atuarem como síndicos de prédios e outras formas de integração comunitária); * Por muitas vezes estar associada com maior escolaridade, os idosos de maior renda com doença crônica e/ou incapacidade funcional, teriam redes de apoio à saúde mais eficientes e ágeis (médicos e serviços de reabilitação).
Juventude	* A grande maioria dos idosos relataram ter perdido o contato com amigos da época da juventude por terem migrado do interior para a capital;

Aposentadoria	* Os idosos, na maioria das vezes, relataram ter perdido o contato com pessoas da época em que trabalhavam, mas o fato de muito idosos, em geral, os independentes, ainda estarem no mercado de trabalho faria com que houvesse maior integração social; * A aposentadoria teria diferentes significados na vida dos idosos.
Composição da rede	* Em sua grande maioria, as redes sociais dos idosos se constituiriam por membros familiares; * Amigos e viznhos também seriam partes consituintes das redes sociais dos idosos.
Proximidade	* Em geral, as redes sociais dos idosos seriam formadas por membros familiares (cônjuges, filhos e parentes), além de amigos; * A proximidade geográfica dos idosos em relação aos filhos, tenderia a tornar os relacionamentos mais intensos; * Na presença de incapacidade funcional alguns filhos optariam por morar perto do idoso ou levariam o idoso para morar com eles na tentativa de facilitar os cuidados necessários. * Os relatos evidenciaram que, em alguns casos, os idosos seriam intermediadores de relações entre os filhos.
Reciprocidade	* Os relatos mostraram que nem sempre as redes de apoio, considerando suas mais diversas dimensões, seriam formadas por membros familiares, somente; * Algumas vezes, os idosos prefeririam abrir mão de ter contato com algum membro familiar, inclusive filhos, para não desestabilizar a relação deles com outros membros familiares; * Observou-se relações de trocas nas redes de apoio onde idosos seriam arrimos financeiros. Em geral, as trocas seriam estabelecidas por apoio material (dinheiro) por parte do idoso e por apoio instrumental (cuidado) por parte de algum membro familiar; * Em outros casos, observou-se que haveria trocas no sentido dos filhos para com os idosos, no sentido de apoio material (dinheiro); * Houve um relato em que a idosa disse que a vida inteira ajudou aos sobrinhos, além de irmãs e cunhadas, o que lhe resultou no apoio necessário no momento da incapacidade funcional.
Intensidade	Observou-se que, o fato de se citar alguém seria indicativo da importância da relação para o idoso; Algumas vezes, os idosos teriam relações mais intensas com outros membros da redes, amigos, por exemplo; Os idosos relataram relações mais intensas (Muito forte) com filhos que moram mais próximos.
Relações com a vizinhança	* Os idosos, em sua grande maioria, relatam relações com vizinhos; * Nestas relações haveria possibilidades de trocas das mais diversas formas, formando redes de apoio aos idosos.
Participação religiosa	* Os idosos, em geral, relataram estabelecer vínculos sociais nas igrejas que frequentavam, o que tornaria a maior a participação social; * As atividiades de voluntariado estiveram ligadas, na grande maioria das vezes, às participações religiosas.
Estado civil	* Os idosos solteiros que tinham alguma atividade de participação social (participação em igreja ou atividades de voluntariado) mostraram ter uma rede de apoio mais ampla na presença da incapacidade funcional. * Para os idosos casados as redes de relacionamentos familiares se mostraram mais amplas (pela presença de outros membros como noras,genros, netos e bisnetos); * Em alguns relatos colhidos, o divórcio e a viuvez se mostraram como possíveis fatores para aumentar a participação social, por se fazer atividades que antes não se fazia; * A viuvez teria diferentes significados para os idosos.

Fonte: pesquisa de campo em Belo Horizonte/2011.