

ANÁLISE DA RELAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL E DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE EM IDOSOS

Diego da Silva Souza^{1,2}, Daiane Bolzan Berlese^{1,3}, Gilson Luis da Cunha^{1,4}, Sueli Maria Cabral^{1,5}, & Geraldine Alves dos Santos^{1,6} □

¹Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil. ²e-mail: diegossouza@hotmail.com. ³e-mail: daianeb@feevale.br. ⁴e-mail: gilsonlcunha@gmail.com. ⁵e-mail: suelicabral@feevale.br. ⁶e-mail: geraldinesantos@feevale.br

RESUMO: A síndrome de fragilidade é altamente prevalente em idosos e pode conferir um alto risco de quedas, incapacidade, hospitalização e mortalidade nessa faixa etária (Fried, 2001). Objetivo: Avaliar a associação da síndrome de fragilidade com a variável suporte social em idosos. Método: 197 idosos residentes no sul do Brasil foram avaliados em relação à síndrome de fragilidade, depressão, suporte social, cognição e satisfação com a vida. Foram realizadas análises de regressão linear através do SPSS v. 22.0. Resultados: 43.7% da amostra foi classificada como não frágil, 47.7% pré-frágil e 8.6% frágil. O número de critérios de fragilidade está significativamente associado com as variáveis suporte social e depressão. Entretanto, nos idosos não frágeis o suporte social está relacionado com depressão e cognição. Em idosos pré frágeis o suporte social está relacionado com as variáveis de satisfação e depressão. Conclusão: A síndrome de fragilidade não foi apenas associada a características físicas, mas também foi significativamente associada com variáveis emocionais e sociais. Os resultados também demonstraram a importância de analisar os idosos em diferentes contextos de fragilidade.

Palavras-chave: Fragilidade, Depressão, Suporte social. Idosos.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP OF SOCIAL SUPPORT AND FRAGILITY IN ELDERLY SYNDROME

ABSTRACT: Frailty syndrome is highly prevalent in old age and may confer high risk of falls, disability, hospitalization, and mortality in the elderly. Objective: To evaluate the association of the frailty syndrome with the variable social support in elderly. Method: 197 elderly residents in South of Brazil were evaluated regards the frailty syndrome, depression, social support, cognition and life satisfaction. Results: 43.7% of the sample was classified as not fragile, 47.7% pre fragile and 8.6% fragile. The number of criteria of fragility is associated with social support and depression. However, in the elderly not fragile the social support is related with depression and cognition. In elderly pre-fragile social support is related with satisfaction and depression. Conclusion: The syndrome of frailty has not only physical characteristics associated, but is also significantly associated with emotional and

□ Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul, Brasil. 93525075. Telf.: 555135868941. e-mail: geraldinesantos@feevale.br

social variables. The results also demonstrate the importance of analyzing the elderly in different contexts of frailty.

Keywords: Fragility, Depression, Social support, Elderly.

Recebido em 23 de Setembro de 2015 / Aceite em 16 de Março de 2017

O processo de envelhecimento se dá de uma forma lenta e multifatorial, sendo, atualmente, muito difícil a análise das causas que levam a este fenômeno natural do curso de vida. No entanto, existe um fator de suma importância quando se trata do envelhecimento, que é a particularidade do curso de vida que cada indivíduo vai apresentar. Mas, independentemente das causas que levam ao envelhecimento e à individualidade do fenômeno, o ser humano que se encontra em uma idade mais avançada vai apresentar algumas características marcantes correspondentes a ela. Estas características se darão nas esferas física, psicológica e social.

Wolff (2009) afirma que não basta termos indicativos de um envelhecer bem-sucedido, mas precisamos também da percepção dos indivíduos frente aos desafios de seu envelhecimento dentro de um contexto determinado, ressignificando sua condição humana. A autora chama a atenção, também, para a importância da participação dos mais velhos na defesa de seus direitos e elaboração de novas políticas.

Na medida em que cresce a população idosa, também existe o avanço da medicina e da educação, que buscam proporcionar uma melhor qualidade de vida para os idosos, tornando visível o crescente interesse da sociedade nesta parcela populacional que tende a crescer cada vez mais. Por consequência, estudiosos de inúmeras especialidades voltam-se para pesquisas que possam contribuir para uma vida plena, para estes que depois de muitos séculos estão sendo protagonistas de seu tempo (Minois, 1999).

O que se encontra na atualidade nos estudos do envelhecimento bem sucedido, tendo em vista a teoria de *Lifespan*, é que o mesmo será alcançado com recursos provenientes dos aparatos sensorio-motor, cognitivo e, também, da personalidade, juntamente com o meio social no qual o indivíduo está inserido. Estes fatores, atuando em conjunto, vão facilitar os processos de adaptação conhecidos como seleção, compensação e otimização (Baltes, 1997).

Bergman e colaboradores (2004) afirmam que o que diferencia o envelhecimento bem sucedido do envelhecimento fragilizado é a história de todo o curso de vida do indivíduo. E esta trajetória, por sua vez, será afetada por fatores biológicos, psicológicos e culturais.

Neri (2001) se refere ao suporte social como um importante apoio para se evitar o estresse causador da diminuição do bem-estar da pessoa idosa. A pesquisadora afirma que redes de suporte social se caracterizam por uma rede de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. A mesma autora resume, ainda, a literatura psicogerontológica sobre as principais funções de relações e suporte social para adultos e idosos: dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações; manter e afirmar sua identidade social; estabelecer novos contatos sociais; permitir às pessoas crer que são cuidadas, amadas e valorizadas; garantir que pertençam a uma rede de relações comuns e mútuas; ajudá-las a encontrar sentido nas experiências do desenvolvimento; auxiliar as pessoas a interpretar expectativas pessoais e grupais e avaliar suas próprias realizações e competências, podendo compará-las com as de outras pessoas.

Baltes e Smith (2004) afirmam que o investimento em ações que foquem nos diversos fatores do envelhecimento, em especial nos que se destinam à inclusão social, possam ter influências positivas sobre os idosos. Os mesmos autores ainda chegaram à conclusão que os idosos com idade superior aos 85 anos apresentam maiores índices de comprometimento funcional, dependência e solidão. Estes apresentam, também, maiores índices de doenças neurodegenerativas como Alzheimer, doenças associada à demência e progressiva perda de habilidades cognitivas e funcionais.

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

Neri (2013) afirma que os diferentes estilos de vida adotados pelas pessoas e os efeitos acumulativos dos riscos socioeconômicos e biológicos a que são expostas ao longo da vida vão desempenhar um importante papel sobre o envelhecimento. Desta interação de diversas variáveis vão resultar diferentes potenciais para uma boa saúde na velhice e um bom funcionamento físico e mental, e vão representar importantes fatores a respeito da autonomia e o controle sobre o ambiente na velhice.

Para Fried e colaboradores (2001) estabelecer um conceito de fragilidade tem sido uma dificuldade para estudos específicos sobre esta doença, embora a síndrome seja altamente prevalente nas idades avançadas e possa conferir altos riscos de quedas, incapacidade, hospitalização e mortalidade nos indivíduos idosos. Esta síndrome tem sido considerada sinônimo de incapacidade, comorbidade, entre outros, mas pode ter uma base biológica específica e ser uma síndrome clínica distinta, embora uma definição padronizada ainda não tenha sido estabelecida na literatura.

Hekman (2006) entende que, embora ainda existam dificuldades em se estabelecer uma definição específica, a fragilidade tem sido descrita como uma síndrome biológica onde ocorre a diminuição da capacidade homeostática do organismo, acarretando em perda na capacidade de resistência aos estressores ambientais, que, por sua vez, causam declínio em diversos sistemas fisiológicos, possibilitando aumento na vulnerabilidade a diversas doenças. Como a maioria destes sinais ocorre de forma natural com o envelhecimento, existe uma dificuldade em se estabelecer uma diferenciação segura entre o idoso frágil e o idoso que segue seu curso normal de envelhecimento. Apesar disso, o autor ainda indica que com o envelhecer ocorrem alguns declínios físicos relevantes como na depuração de creatinina, volume expiratório forçado, massa muscular, força, volume de oxigênio máximo e velocidade de condução dos nervos. Todos estes fatores atuando juntos poderiam indicar a síndrome, porém, a doença em si estaria mais relacionada em como o organismo pode responder e se adaptar a estas perdas, em conjunto com os estressores, como extremos de temperatura e doenças agudas, por exemplo, do que com os declínios em si.

Ainda nesta linha, Rockwood e colaboradores (2011) afirmam que a prevalência da fragilidade aumenta com a idade em adultos mais velhos, porém, a mesma associação é pouco relatada em relação aos adultos mais jovens, onde o risco associado não é tão claro. Além disso, pouco se sabe sobre como a fragilidade muda ao longo do tempo sobre os adultos mais jovens. Os autores então estimaram a fragilidade de acordo com o acúmulo de déficits ao longo da vida do indivíduo.

Atualmente a fragilidade é vista como um continuum multidimensional do curso de vida, sendo referida como um processo de interação complexa de fatores de cunho biológico, psicológico e social durante o curso de vida. Sendo assim, a fragilidade pode gerar efeitos irreversíveis para o envelhecimento através de uma sequência que envolve o declínio da capacidade funcional, dependência com as atividades de vida diária e óbito (Teixeira, 2010).

Baseado neste contexto o objetivo geral do presente estudo foi avaliar a associação da síndrome de fragilidade com o suporte social em pessoas acima de 65 anos residentes no município de Ivoti, no Sul do Brasil.

MÉTODO

O presente estudo apresenta uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal. Ela foi baseada no banco de dados obtidos pela Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros - Rede FIBRA/Ivoti.

Participantes

O estudo da Rede Fibra foi dividido em quatro polos. O presente estudo pertenceu ao polo desenvolvido pela Unicamp e foi desenvolvido no sul do Brasil, no município de Ivoti que tem uma população urbana de idosos de 646 indivíduos. O cálculo amostral utilizado foi o de estimativa de uma proporção numa população finita, com alfa fixado em 5%, erro amostral de 5% e estimativa de 50% para a distribuição da variável em estudo. Por esses parâmetros, a amostra de Ivoti foi estimada em 235 idosos. Entretanto este cálculo amostral baseou-se no número total de idosos urbanos e o presente estudo englobou apenas os idosos residentes na zona urbana e que não estivessem institucionalizados.

No estudo foi construída uma amostra probabilística por meio da técnica de amostragem por conglomerados, tendo como unidade amostral os 19 setores censitários da zona urbana. A amostra total de Ivoti foi de 197 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos.

Os critérios de inclusão utilizados durante o recrutamento foram ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Seguindo as recomendações metodológicas de Ferrucci e colaboradores (2004) foram considerados como inelegíveis para a pesquisa, através de observação: a) idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e comunicação; b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; c) os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; e) os portadores de graves déficits de audição ou de visão que dificultassem fortemente a comunicação; f) os que estivessem em estágio terminal.

Sobre a caracterização da amostra, no Quadro 1 são apresentados os dados categóricos específicos de distribuição da amostra quanto à faixa etária. São apresentadas as frequências em cada categoria.

Quadro 1.

Distribuição da frequência absoluta e do percentual das variáveis faixa etária

Variáveis	Categoria	Frequência	Percentual
Faixa etária	65-69	65	21,25
	70-74	70	38,75
	75-80	40	22,5
	≥ 80	22	17,5

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

O quadro 2 apresenta a frequência relativa para as categorias quanto ao sexo, estado civil, arranjo de moradia, ocupação em relação ao trabalho, alfabetização e chefia familiar.

Quadro 2.

Comparação dos grupos de faixa etária em relação às variáveis sexo, estado civil, arranjo de moradia, ocupação em relação ao trabalho, alfabetização e chefia familiar

Variáveis	Categoria	Faixa Etária			Frequência	Percentual
		60	70	≥80		
Sexo	Masculino	19	33	7	59	29,9
	Feminino	46	77	15	138	70,1
Estado civil	Casado ou vive com companheiro	41	57	7	105	53,3
	Solteiro	3	1	0	4	2
	Divorciado, separado, Desquitado	4	3	1	8	4,1
	Viúvo	17	49	14	80	40,6
	Sozinho	11	26	5	42	21,3
	Só com cônjuge	28	33	6	67	34
	Arranjo de moradia	Descendência	9	26	9	44
	Cônjuge+Descendência	12	19	0	31	15,7
	Outros parentes e externos	0	2	0	2	1
	Outros arranjos mistos	5	4	2	11	5,6
Trabalha atualmente	Sim	19	17	0	36	18,3
	Não	46	93	22	161	81,7
Chefia familiar	Sim	40	74	11	125	63,5
	Não	25	34	11	70	35,5
	Não respondeu	0	2	0	2	1

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

A faixa etária que concentra o maior percentual da amostra é de 70-74 anos, e quanto ao sexo, a predominância é de mulheres. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos são casados ou vivem com companheiro, seguidos de um número expressivo de viúvos. A maioria da amostra não trabalha atualmente, é alfabetizada e se considera chefe de família. No arranjo de moradia verifica-se que a maior parte da amostra vive somente com seu cônjuge.

Material

A seguir apresentamos o detalhamento das variáveis utilizadas para este estudo, relacionando os instrumentos, os materiais e os equipamentos utilizados na coleta dos dados (Neri et al., 2011).

Variável Status Mental - O status mental dos integrantes da amostra foi avaliado pelo teste Mini Exame do Estado Mental (Brucki et al., 2003).

Variável Fragilidade - a) Perda de peso não intencional; b) Fadiga avaliada por autorrelato; c) Força de preensão manual. Foi medida com dinamômetro Jamar (Lafayette Instruments, Lafayette, USA) colocado na mão dominante de cada idoso, em 3 tentativas, respeitando 1 min. de intervalo entre elas. Para cada idoso, foi calculada a média das três medidas, que foi ajustada conforme o gênero e conforme o índice de massa corporal (Marucci & Barbosa, 2003). d) Medidas de autorrelato sobre a frequência semanal e a

duração diária de exercícios físicos e de atividades domésticas e sobre a manutenção dessas atividades nos últimos 15 dias, nos últimos 3 meses e nos últimos 12 meses, com base no Minnesota Leisure Activity Questionnaire (Lustosa et al., 2010). Posterior medida do gasto metabólico semanal em kcal com base no valor de cada atividade em equivalentes metabólicos (METs), conforme Ainsworth (2000). e) O teste de velocidade da marcha foi referenciado ao tempo que cada idoso levava para percorrer, em passo usual, uma distância de 4,6 metros. A média de cada idoso foi ajustada pelo gênero e pela altura (Nakano, 2007).

Variável Sintomas Depressivos - Escala de Sintomas Depressivos - CES-D que inclui os principais componentes dos transtornos depressivos conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV. A CES-D é dividida em três fatores: Fator 1 – afetos negativos (humor deprimido e perda do prazer em atividades); Fator 2 – dificuldades de iniciar comportamentos; Fator 3 – Afetos positivos (bem estar e satisfação) (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2010).

Variável Satisfação com a vida - escala dividida em satisfação global hoje e satisfação global hoje comparada com outros idosos de mesma idade, referenciada aos domínios de solução de problemas, amizades e relações familiares (Strawbridge et al., 2002).

Variável Suporte Social Percebido - Interpersonal Support Evaluation List – ISEL (Martire, Schulz, Mittelmark, & Newson, 1999).

Procedimento

Os subprojetos da Rede Fibra foram submetidos à avaliação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O projeto do polo Unicamp recebeu o No. 555082/2006-7. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas mediante o parecer 208/2007 e o número CAAE 0151.1.146.000-07.

Neste estudo foram realizadas análises descritivas e de regressão linear a partir do Pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences – v. 22.0), com nível de significância $\leq 0,05$.

RESULTADOS

O Quadro 3 refere-se à distribuição da amostra quanto à expectativa de cuidado. A maior parte dos entrevistados afirma ter com quem contar, sendo que, na maioria das vezes podem contar com a filha ou nora, seguido do filho ou genro e profissional pago.

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

Quadro 3.

Distribuição da frequência absoluta e do percentual da variável expectativa de cuidado

Variável	Categoria	Faixa Etária			Frequência	Percentual
		60	70	≥80		
Tem com quem contar	Sim	56	85	18	159	98,8
	Não	2	0	0	2	1,2
	Total	58	85	18	161	100
Cônjuge ou companheiro	Sim	31	38	5	74	46
	Não	23	46	13	82	50,9
	Não se aplica	3	0	0	3	1,9
	Não respondeu	1	1	0	2	1,2
	Total	58	85	18	161	100
	Sim	48	70	17	135	83,9
Filha ou nora	Não	6	15	1	22	13,7
	Não se aplica	2	0	0	2	1,2
	Não respondeu	2	0	0	2	1,2
	Total	58	85	18	161	100
Filho ou genro	Sim	41	55	12	108	67,1
	Não	13	29	6	48	29,8
	Não se aplica	2	0	0	2	1,2
	Não respondeu	2	1	0	3	1,9
	Total	58	85	18	161	100
	Sim	31	41	10	82	50,9
Outro parente	Não	22	43	8	73	45,3
	Não se aplica	3	0	0	3	1,9
	Não respondeu	2	1	0	3	1,9
	Total	58	85	18	161	100
	Sim	40	53	11	104	64,6
Vizinho ou amigo	Não	14	30	7	51	31,7
	Não se aplica	2	0	0	2	1,2
	Não respondeu	2	2	0	4	2,5
	Total	58	85	18	161	100
	Sim	32	48	12	92	57,1
Profissional pago	Não	22	36	6	64	39,8
	Não se aplica	2	0	0	2	1,2
	Não respondeu	2	1	0	3	1,9
	Total	58	85	18	161	100

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

No Quadro 4 são apresentados os dados quanto às variáveis de fragilidade. A maior parte da amostra apresentou-se não frágil em relação às variáveis de fragilidade em perda de peso, fadiga, força de preensão, atividade física e marcha.

Quadro 4.

Distribuição da frequência absoluta e do percentual da variável fragilidade

Variável	Categoria	Faixa Etária			Frequência	Percentual
		60	70	≥80		
	Pré Frágil	28	53	13	94	47,7
	Frágil	1	10	6	17	8,6
	Total	65	110	22	197	100

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

Quanto à distribuição da fragilidade, 43,7% da amostra foi classificada como não frágil, enquanto que os pré frágeis representaram 47,7% e os frágeis 8,6% respectivamente.

Na análise apresentada no quadro 5, realizou-se a verificação da relação (sinal e intensidade) entre a variável “Número de critérios de fragilidade” (dependente, explicada) diretamente relacionada com as variáveis “Escore de suporte social” e “pontuação total da GDS” (independentes, explicativas), onde se obteve um R square (R^2) de 0,455. Este coeficiente de determinação é uma medida de eficiência da equação de regressão. Indica o quanto das variações do Número de critérios de fragilidade podem ser explicadas pelas variações do escore de suporte social e a depressão (45,5% das variações dos Números de critérios de fragilidade podem ser explicadas pelas variações do escore de suporte social e depressão).

Quadro 5.

Regressão Linear da variável Número de critérios de fragilidade

Modelo	Coeficiente não padronizado		t	Sig.
	B	Erro padrão		
Escore de suporte social	0,28	0,006	4,934	0,000
Pontuação total da GDS	0,156	0,038	4,069	0,000

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

A seguir serão apresentados os dados referentes à análise da variável suporte social nas fases de não fragilidade, pré fragilidade e fragilidade.

Nos resultados apresentados no quadro 6, analisou-se o suporte social nos idosos que apresentavam ausência de fragilidade. Identificou-se a relação direta da variável Suporte Social com as variáveis independentes desempenho cognitivo, idade do entrevistado, escore do fator 2 (dificuldades de iniciar comportamentos) e 3 (Afetos positivos - bem estar e satisfação) da CES-D e relação indireta com o escore total da escala de Depressão CES-D.

O modelo obteve um R square (R^2) de 0,989, ou seja, 98,9% das variações no suporte social, na fase de ausência de fragilidade, podem ser explicadas pelas variações do desempenho cognitivo, da idade e da depressão. Nesta análise podemos compreender que o aumento do desempenho cognitivo e da idade, assim como o controle da depressão potencializam o suporte social nos idosos não frágeis, dando-se destaque na depressão para o controle das dificuldades de iniciar comportamentos e de apresentar afetos positivos

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

Quadro 6.

Regressão Linear Múltipla da variável Suporte social em pessoas idosas não frágeis

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficiente padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão			
Pontuação total no Minimental	0,518	0,084	0,720	6,198	0,000
Idade do entrevistado	0,085	0,031	0,313	2,692	0,009
Escore total da CESD	-0,388	0,092	-0,186	-4,205	0,000
Escore do fator 2 da CESD	0,750	0,218	0,096	3,447	0,001
Escore do fator 3 da CESD	0,324	0,155	0,060	2,093	0,040

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

Nos resultados apresentados no quadro 7, identificou-se a relação direta da variável Suporte Social com a variável independente satisfação com a vida e relação indireta com o fator da escala de Depressão CES-D relacionada aos afetos negativos (humor deprimido e perda de prazer em atividades). O modelo obteve um R square (R^2) de 0,417, ou seja, 41,7% das variações no suporte social, na fase de pré fragilidade, podem ser explicadas pelas variações da satisfação com a vida e dos afetos negativos. Nesta análise, podemos compreender que a manutenção ou aumento da satisfação com a vida, assim com a diminuição do uso dos afetos negativos potencializam o suporte social.

Quadro 7.

Regressão Linear Múltipla da variável Suporte social de pessoas idosas pré frágeis

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficiente padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão			
Escore de satisfação	0,277	0,090	0,299	3,085	0,003
Escore do fator 1 da CESD	-0,265	0,052	-0,498	-5,137	0,000

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

Na amostra de pessoas idosas frágeis (Quadro 8) não foi obtido nenhum modelo explicativo para a variável dependente suporte social.

Quadro 8.

Regressão Linear Múltipla da variável Suporte social de pessoas idosas frágeis

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficiente padrão	T	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	58,568	24,872		2,355	,078
Escore total da CESD	-,081	,110	-,551	-,732	,505
Pontuação total no Minimental	-,619	,501	-,791	-1,234	,285
Idade do entrevistado	-,299	,192	-1,220	-1,552	,196
Escore de satisfação	-,010	,402	-,015	-,024	,982

Fonte: Banco de dados da Rede Fibra Ivoti.

DISCUSSÃO

Com relação à faixa etária predominante da amostra, os dados corroboram as indicações do último senso brasileiro (IBGE, 2010), uma vez que a amostra predominante encontra-se entre 70 e 74 anos. Pode-se verificar que houve predomínio do sexo feminino na amostra, o que se assemelha a diferentes pesquisas nacionais (Fernandes, 2010). Além disso, observando-se os dados demográficos da população brasileira pode-se perceber a diferença significativa entre o número de homens e de mulheres com idades superiores a 60 anos. Os dados apontam para uma feminização da velhice, indicando que cerca de 55,8% das pessoas idosas são mulheres, sendo que os homens correspondem a 44,2% (IBGE, 2010).

Os dados sóciodemográficos também são comparáveis com a pesquisa de Amaral e colaboradores (2013), onde os autores estudaram o apoio social e a fragilidade em uma amostra de 1056 idosos com idades acima de 65 anos e encontraram prevalência do sexo feminino (67,3%), renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos (81,7%) e escolaridade predominante de 1 a 4 anos (36%), indicando que a maior parte dos entrevistados era também alfabetizada. Nosso estudo apresenta dados diferenciados apenas quanto à moradia, sendo que no estudo de Amaral e colaboradores apenas 7,7% afirmaram morar sozinhos e no presente estudo este índice foi de 21,3%. Em nosso estudo identificamos em relação à expectativa de cuidado que, apesar do índice de pessoas idosas que residem sozinhas, elas afirmam ter com quem contar, sendo que, na maioria das vezes podem contar com a filha ou nora, seguido do filho ou genro e profissional pago.

Em relação à chefia familiar os idosos têm sido vistos como incremento na renda das famílias, uma vez que em 53% dos domicílios do país onde vivem idosos, mais da metade da renda é fornecida por eles (IBGE, 2010). Segundo o IBGE (2010) com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, é possível traçar o perfil socioeconômico deste segmento da população, demonstrando que as mulheres são a maioria (55,8%), assim como os brancos (55,4%), e 64,1% ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio. Quanto à escolaridade dos idosos brasileiros, a mesma ainda é considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados.

A classificação da fragilidade encontrada no presente estudo apresentou-se próxima das demais pesquisas relacionadas (Amaral et al., 2013; Espinoza et al., 2010; Freiheit et al., 2011). Vieira e colaboradores (2013) identificaram que os idosos pré-frágeis e frágeis apresentaram, respectivamente, maiores e crescentes razões de chances para dependência em atividades instrumentais de vida diária; restrição em atividades avançadas de vida diária; utilização de dispositivos auxiliares da marcha; comorbidades; quedas; sintomas depressivos; menor autoeficácia para prevenir quedas; hospitalização e idade avançada.

Além disso, a variável depressão, juntamente com a variável suporte social, apresentou-se significativamente relacionada à variável dependente fragilidade na análise de regressão linear múltipla, mostrando-se um modelo interessante para. Isto aponta para a importância da avaliação e controle da depressão e do suporte social na classificação de fragilidade, assim como na sua intervenção terapêutica.

No modelo de regressão para a variável suporte social em pessoas idosas classificadas com ausência de fragilidade identificou-se que maiores dificuldades cognitivas mostraram-se associadas a uma melhor capacidade de suporte social. Para Pimentel (et al., 2012) existe uma elevada incidência de depressão na velhice, e, embora não exclusivamente, mas em particular com prevalência maior em pessoas idosas institucionalizadas, o que poderá estar relacionado com a ameaça ou ruptura de laços afetivos e de suporte. Os autores, ao realizarem um estudo com 117 pessoas idosas portuguesas, com mais de 65 anos e que residiam em instituições, encontraram uma correlação negativa significativa entre a sintomatologia depressiva e os níveis de satisfação com o suporte social. Os resultados deste estudo sugerem que o apoio social pode atenuar os sintomas depressivos em idosos. Consequentemente, percebe-se em nosso estudo

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

com as pessoas idosas do município de Ivoti que o déficit cognitivo leva ao melhor funcionamento da rede de apoio social, demonstrada pelo suporte social percebido pelo idoso.

A limitação funcional é um dos fatores que vêm a influenciar no processo de envelhecimento. O mesmo demonstra ter relação com o desenvolvimento da depressão. Dentre os possíveis mediadores para esta associação estão a diminuição do suporte social e da sensação de controle e da autoestima do idoso (Yang, 2006).

A idade foi outra variável determinante em nosso estudo, correlacionando-se positivamente à variável fragilidade. Na literatura vários são os estudos que encontraram associações entre idade e fragilidade. Os mesmos apontam que esta associação explica-se pela própria característica do processo de envelhecimento, sendo que todos os sistemas do corpo humano vão sofrer déficits nos aspectos estruturais e funcionais (Alvarado et al., 2008; Avila-Funes et al., 2008; Costa, Neri, 2011).

Além disso, a idade foi identificada no modelo para o suporte social, os idosos mais velhos entre os não frágeis também demonstraram depender mais de suporte social. Para Gazalle (et al., 2004) na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares, sendo que nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional, caracterizada como erosão afetiva, acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia. Os autores ainda verificaram que quanto maior a idade do idoso, maior a média de sintomas depressivos encontrados e chamam a atenção para estudos mundiais sobre depressão que indicariam uma baixa relação com a idade, apontando para o fato de estes estudos utilizarem instrumentos inadequados para a aferição na população idosa. Silva e colaboradores (2012) ao pesquisarem 299 indivíduos institucionalizados com idades superiores a 60 anos, encontraram associações entre sintomas de depressão e aumento da idade, sexo feminino, limitação/dependência e insatisfação com a instituição. Houve ainda associação significativa entre depressão e insônia, taquicardia, parestesia, tontura e suor excessivo. Esta relação pode ser explicada de forma indireta, pois o envelhecimento humano leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos em função proporcional ao incremento da idade e, conseqüentemente, da qualidade de vida da pessoa idosa. Esta seqüência levaria o idoso a tornar-se mais suscetível a sintomas depressivos (Brasil, 2007).

A variável depressão apresentou-se no modelo para suporte social entre os idosos não frágeis e pré frágeis, indicando que quanto menores os índices de depressão da amostra, maior o suporte social recebido.

O suporte social entre os idosos mostra-se um instrumento de grande importância para o enfrentamento das transformações que advém com o processo de envelhecimento, pois no mesmo os indivíduos passam por mudanças profundas tanto socialmente quanto psicologicamente, com perdas e ganhos. Desta forma, o suporte social é visto como um dos fatores de proteção e promoção da saúde, além do bem-estar psicológico da pessoa idosa. Ainda a percepção de suporte social instrumental, que se refere ao sentimento e a segurança em ter com quem contar em caso de doenças ou ajuda para a realização das atividades de vida diária relaciona-se com o bem-estar dos idosos, podendo vir a prever a presença de sintomas depressivos (Ramos, 2002).

Em relação à fragilidade, o suporte social apresentou-se como preditor, juntamente com a depressão em um modelo de regressão. Além disso, entre os idosos não frágeis e pré frágeis, relacionou-se positivamente com a depressão.

As redes de suporte social e as relações sociais tendem a diminuir na medida em que o sujeito envelhece. A perda de alguns papéis antes desempenhados, bem como o próprio envelhecimento exigem adaptação por parte do indivíduo a estas novas situações, trazendo uma importante mudança da identidade, uma vez que a mesma, muitas vezes, foi construída sobre estes papéis (Teixeira, 2010). Estudos apontam que ausência de suporte social, juntamente com uma renda insuficiente e baixo nível de escolaridade, caracterizam-se como fatores que podem potencializar a condição física de fragilidade

(Morley et al., 2002). Além disso, o suporte social pode ser um fator modificador da fragilidade (Woo et al., 2005).

Por fim, os dados da pesquisa corroboram os estudos de autores que opõem-se à concepção unicamente física para a fragilidade, considerando que as definições devem incluir as relações sociais e ambientais, além dos aspectos psicológicos e cognitivos (Morley et al., 2002; Rockwood et al., 2000; Strawbridge et al., 1998).

Importante salientar também a linha de estudo do grupo *Canadian Initiative on Frailty and Aging CIF-A*, que atua em colaboração com alguns países da Europa, Israel e Japão desde 2002. Para este grupo, o modelo do fenótipo de fragilidade proposto por Fried (et al., 2001), embora seja uma definição importante, pode deixar a desejar em pessoas nas quais a vulnerabilidade relacionada à saúde, não possa ser tão facilmente separada da cognição, humor e suporte social, uma vez que o fenótipo proposto é vinculado à concepção física. Para este grupo a fragilidade deve ser considerada multidimensional, heterogênea e instável, não sendo vinculada ao conceito de incapacidade (Rolfson et al., 2006).

Apesar do desafio de estudar a síndrome de fragilidade em pessoas idosas, conseguimos, através da análise dos dados do presente estudo, identificar que há associação significativa da síndrome de fragilidade com a variável suporte social dos idosos acima de 65 anos do município de Ivoti/RS. Na classificação dos idosos em relação à fragilidade, identificou-se a associação do suporte social nas pessoas com ausência de sintomas de fragilidade em relação às variáveis de cognição e de depressão. No grupo de pessoas com a classificação de pré fragilidade encontrou-se associação significativa do suporte social com a percepção de satisfação com a vida e com a depressão.

REFERÊNCIAS

- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Béland, F. B., & Amvita, J. M. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *The Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences*, v. 63, n. 12, p. 1399-1406,
- Amaral, F. L. J. S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F., & Maciel, A. C. C. (2013). Apoio social e síndrome de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1835-1846,
- Avila-Funes, J. A., Helme, C. A., Mieva, H., Barberg, E. P., Le Goff, M., Ritchie, K., ... Dart Igues, J. F. (2008). Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *The Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences*, v. 63, n. 10, p. 1089-1096,
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, v. 52, n. 4, p. 366 - 380,
- Baltes, P., & Smith, J. (2004). Psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, v. 1, n. 3, p. 123 – 144,
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2010). Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale –Depression (CES-D) em idosos brasileiros. *Psico-USF*, 5(1), 13-22.
- Bergman, H., Wolfson, C., Hogan, D., Béland, F., & Karunanathan, S. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*, 2(109), 15 – 29.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília. Retirado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.
- Brucki, S. M. D., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3b), 777-781.

SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS

- Costa, T. B., & Neri, A. L. (2011). Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do Fibra Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1537-1550.
- Espinoza, S. E., Jung, I., & Hazuda, H. (2010). Lower Frailty Incidence Among Mexican American than Among European American Older Adults: The San Antonio Longitudinal Study of Aging. *Journal of American Geriatric Society*, 58(11), 2142-2148.
- Fernandes, H. C. (2010). *O acesso de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela estratégia saúde da família*. Dissertação, Mestrado em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Freiheit, E. A., Hogan, D. B., Strain, L. A., Schmaltz, H. N., Patten, S. B., Eliasziw, M., & Maxwell, C. J. (2011). Operationalizing frailty among older residents of assisted living facilities. *BMC Geriatrics*, 11, 11 – 23.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Waltson, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... Burnie, A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a phenotype. *The Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences*, 56(3), 146-156.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-71.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Retirado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaovida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf.
- Hekman, P. R. W. (2006). O Idoso Frágil. In E. V. Freitas, A. L. Neri, L. Py, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 926-929). Rio De Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Lustosa, L., Pereira, D., Dias, R., Britto, R., & Pereira, L. (2010). *Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Martire, L. M., Schulz, R., Mittelmark, M. B., & Newsom, J. T. (1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the Cardiovascular Health Study. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B(5), 302-311.
- Marucci, M. F. N., & Barbosa, A. R. (2003). Estado nutricional e capacidade física. In M. L. Lebrão, & Y. A. O. Duarte (Eds.). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial* (pp. 95-117). Brasília: OPAS/MS.
- Minois, G. (1999). *História da velhice no ocidente: da antiguidade ao renascimento*. Lisboa: Teorema.
- Morley, J., Perry, H., & Miller, D. (2002). Something about frailty. *The Journals of Gerontology*, 57A(11), M698-M704.
- Nakano, M. M. (2007). *Versão brasileira da short physical performace battery-sppb: adaptação cultural e estudo de confiabilidade*. Dissertação, Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Neri, A. L. (2001). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A. L. Neri (Ed.), *Maturidade e velhice* (pp. 11 – 52). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2013). Fragilidade e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Ed.), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 15-29). Campinas: Ed. Alínea.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, A. C. G., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., & Torres, A. V. S. (2011). FIBRA Campinas: fundamentos, metodologia e construção de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In A. L. Neri, & M. E. Guariento (Eds.), *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo Fibra Campinas* (pp. 27-54). Campinas: Editora Alínea.

- Pimentel, A. F., Afonso, R. M., & Pereira, H. (2012). Depression and support in old age. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 311-327. Recuperado em 21 de setembro de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862012000200013&lng=pt&tln g=en.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 1(7), 156-175.
- Rockwood, K., Hogan, D., & Macknight, C. (2000). Conceptualization and measurement of frailty in elderly people. *Drugs and Aging*, 17, p. 295-302.
- Rockwood, K., Song, X., & Mitnitski, A. (2011). Changes in relative fitness and frailty across the adult lifespan: evidence from the Canadian National Population Health Survey. *CMAJ*, 183(8), 487-494.
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, 35(5), 526 – 529.
- Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(6), 1387-1393.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with rowe and kahn. *Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Strawbridge, W., Shema, S., Balfour, J., Higby, H., & Kplan, G. (1998). Antecedents of frailty over three decades in na older cohort. *The Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences*, 53(1), S9-16.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. 92 f. *Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.*
- Vieira, R. A., Guerra, R. O., Giacomini, K. C., Vasconcelos, K. S. S., Andrade, A. C. S., Pereira, L. S. M., Dias, J. M. D. D., & Dias, R. C. (2013). Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1631-1643.
- Wolff, S. H. (2009). Envelhecimento bem-sucedido e políticas públicas. In S. H. Wolff (Ed.), *Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável* (pp. 15-29). São Leopoldo, RS: Editora Unisinos.
- Woo, J., Goggins, W., & Sham, A. (2005). Social determinates of frailty. *Gerontology*, 51(6), 402 – 408.
- Yang, Y. (2006). 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*, 47(4), 355-72.