

REDES DE APOIO SOCIAL: REFLEXÕES NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Data de submissão: 04/10/2024

Data de aceite: 01/11/2024

Roberta Kelly Mendonça dos Santos
<http://lattes.cnpq.br/0801438140037654>

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade
<http://lattes.cnpq.br/0986288957277824>

Mariana Lúcia Correia Ramos Costa
<http://lattes.cnpq.br/3816260271337272>

Fábio Correia Lima Nepomuceno
<http://lattes.cnpq.br/4833305865492242>

Ivaldo Menezes de Melo Júnior
<http://lattes.cnpq.br/9463541852050006>

Clébya Candeia de Oliveira Marques
<http://lattes.cnpq.br/4107056271351655>

Sonaly de Lima Silva
<http://lattes.cnpq.br/7287991282662382>

Elisa Santiago Paolinetti
<http://lattes.cnpq.br/0274145097365946>

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega
<http://lattes.cnpq.br/3517260826196547>

Felícia Ferreira da Mota
<http://lattes.cnpq.br/4937864413751422>

O envelhecimento populacional tem gerado novas demandas para os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo. O caminho para o cuidado integral parece ainda não estar claro para os profissionais da saúde, gestores e para os usuários de nossos sistemas de saúde. Para elucidar esta questão, faz-se necessária a discussão sobre abordagens multidimensionais para o cuidado que considerem uma nova perspectiva do conceito de saúde, sob uma ótica mais ampla⁽¹⁾.

O envelhecer está presente nas agendas de vários fóruns em todo o mundo. A grande preocupação dos que discutem o tema reside na violação da garantia dos direitos sociais próprios dessa parcela da população. Na grande maioria das sociedades, o “ficar velho” é sinônimo de exclusão de uma vida social, construída e legitimada ao longo dos anos. No entanto, a lógica populacional tem pressionado o surgimento de uma preocupação voltada aos que vivem essa fase da vida⁽²⁾.

Sabe-se que em situações de sobrecarga, como no surgimento de doenças, principalmente crônico-degenerativas, associadas a fatores externos como viuvez, aposentadoria irrisória e morte de familiares, pode ser desencadeada uma condição patológica que requeira assistência⁽³⁻⁵⁾.

O apoio social é apenas uma das multifacetas que devem ser consideradas nesta nova perspectiva da atenção à saúde e não mais somente da atenção à doença. Mesmo sendo apenas parte de uma atenção integral, as redes microsociais podem ter um efeito multiplicador, nos aspectos sociais, psicossomáticos e, por que não dizer, biológicos das pessoas, proporcionando maior interação, reduzindo efeitos danosos à saúde e favorecendo o bem-estar dos idosos e daqueles que os rodeiam⁽²⁾.

Acredita-se que a saúde do idoso possa ser agravada devido à ruptura de laços sociais, já que, para alguns autores, a ausência do apoio social afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torne mais susceptível a doenças⁽⁶⁻⁹⁾. De acordo com esse conceito, os laços sociais e o apoio estabelecido por idosos teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse⁽¹⁰⁾.

Embora os mecanismos de ação exercidos pelo apoio social no sistema imunológico ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses são apresentadas de maneira básica. Na primeira, o apoio social atuaria como “tampão”, ou seja, impedindo a resposta do organismo em forma de doença, em consequência a grandes perdas ou rupturas emocionais⁽¹¹⁾. Na segunda hipótese, poderia reforçar a sensação de controle sobre a própria vida, implicando em efeitos positivos sobre a saúde⁽¹²⁾.

No entanto, o apoio social ainda é um conceito em construção, que representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos^(13,14). Este pode ser do tipo instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; afetivo, que envolve expressões de amor e afeição; emocional, refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; e interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

As redes de apoio social ao idoso podem ser consideradas formais e informais. As redes formais são compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros. Já as redes informais constituem a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos⁽¹⁷⁾. Além disso, cada membro da rede social pode ser analisado segundo a versatilidade (quantas das funções as pessoas amigas desempenham), reciprocidade (se o indivíduo assistido também desempenha função equivalente), intensidade (ou compromisso da relação, definida como grau de intensidade), frequência dos contatos e história da relação⁽¹³⁾.

Estudos epidemiológicos já identificaram associação entre o apoio social e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde⁽¹⁸⁻²⁵⁾. A forte e consistente associação inversa entre maior apoio social e menor mortalidade geral, foi um dos primeiros efeitos identificados sobre a saúde^(18,19). Investigações posteriores também confirmaram a relação entre a magnitude do apoio social com maior sobrevida após diagnóstico de doença coronariana, acidente vascular cerebral e neoplasias malignas⁽²⁰⁻²²⁾. Além disso, o apoio social também foi associado de maneira inversa com a incidência de insônia, frequência de hipertensão arterial e risco de demência⁽²³⁻²⁵⁾.

Diante do exposto, refletir sobre o apoio social dos idosos é um elemento importante de um protocolo abrangente na avaliação da saúde dos idosos e pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de uma estratégia de intervenção em saúde.

AS REDES DE APOIO SOCIAL DOS IDOSOS

O apoio social ainda é um conceito em construção, que representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos^(13,14). Este pode ser do tipo instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; afetivo, que envolve expressões de amor e afeição; emocional, refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; e interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

As redes de apoio social ao idoso podem ser consideradas formais e informais. As redes formais são compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros. Já as redes informais constituem a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos⁽¹⁷⁾. Além disso, cada membro da rede social pode ser analisado segundo a versatilidade (quantas das funções as pessoas amigas desempenham), reciprocidade (se o indivíduo assistido também desempenha função equivalente), intensidade (ou compromisso da relação, definida como grau de intensidade), frequência dos contatos e história da relação⁽¹³⁾.

Pagotto et al⁽²⁶⁾, Rosset et al⁽²⁷⁾, Duarte et al⁽²⁸⁾, Lima-Costa et al⁽²⁹⁾ constataram que 9,4%, 13,2%, 13,1% e 16,5% dos idosos moravam só. Segundo Cesar et al⁽³⁰⁾ e Tohme et al⁽³¹⁾, os principais determinantes de viver sozinho são a renda familiar e pessoal, como também a satisfação com os rendimentos.

Dados da pesquisa SABE⁽³²⁾ e Rede FIBRA⁽³³⁾ constataram que 57,0% e 52,5% da população idosa entrevistada possuía companheiro. Para Camarano⁽³⁴⁾, após separação do cônjuge ou viuvez, as idosas têm tendência a permanecerem sozinhas. Já os homens se casam novamente.

Dados do National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP)⁽³⁵⁾, que objetivava estudar as relações sociais dos idosos americanos, relataram que em média as mulheres obtiveram 61,1 contatos e os homens, 53,4 contatos a fim de discutir “assuntos importantes”. Para Cornwell et al⁽³⁵⁾, o termo “assuntos importantes” já está bem estabelecido em pesquisas sociais e provoca o uso de nomes de pessoas fortemente acessadas por idosos, em que a influência social são suscetíveis de atuar.

Fiori et al⁽³⁶⁾ também observaram que os idosos residentes em Berlim obtiveram média de 4,12 ($\pm 1,7$) contatos regulares com familiares e 3,14 ($\pm 1,9$) com amigos. Estudo com idosos franceses constatou que 38,3% mulheres e 41,0% homens possuíam até 2 contatos regulares⁽³⁷⁾. Já Cornwell et al⁽³⁵⁾ identificaram que 27,7% dos idosos possuíam baixa frequência de pessoas para discutir “assuntos importantes”.

Quanto ao apoio efetivamente recebido, Lebrão e Duarte⁽³²⁾ observaram que 78,0% dos idosos recebiam ajudas regulares em serviços e 20,0% por intermédio de companhia. Estes autores afirmam que os filhos também são os maiores fornecedores de ajuda, totalizando 82,5% dos filhos que residiam no mesmo domicílio e 39,8% por filhos que residiam em outro domicílio⁽³²⁾. Em outro estudo, Avlund et al⁽³⁸⁾ observaram que apenas 25% das mulheres e 7% dos homens receberam ajuda nas tarefas domésticas no mês anterior à entrevista.

Guedea et al⁽³⁹⁾ afirmam que ser provedor de apoio contribui significativamente para o aumento da satisfação do idoso com a vida e para a diminuição dos seus afetos negativos. Due et al⁽¹⁴⁾ observaram que, geralmente, as mulheres possuem redes de apoio maiores e mais próximas. No entanto, as mulheres nem sempre têm os mesmos benefícios de saúde de suas redes sociais quanto os homens, visto que os tipos de contatos e a ajuda oferecida por estes diferem entre os gêneros. Enquanto as mulheres possuem mais contatos com seus filhos e pouco contato com amigos, os homens geralmente possuem a mesma quantidade de contato com ambos⁽¹⁴⁾.

Em estudo realizado com idosos mais velhos de Ribeirão Preto⁽⁴⁰⁾ obtiveram maiores médias para o tamanho da rede nas diversas modalidades (4,2 para visita; 4,9 para companhia; 3,6 para tarefas domésticas; 3,2 para cuidado pessoal; e 3,0 para ajuda financeira). Esta maior frequência encontrada em idosos mais velhos decorre do fato destes possuírem necessidades e recursos diferentes. Além disso, idosos com mais de 80 anos têm mais chances de terem perdido seu cônjuge e viverem sozinhos, como também se encontrarem com uma condição de saúde mais debilitada⁽⁴¹⁾.

Alvarenga et al⁽⁴¹⁾ observaram que 30,6% dos entrevistados possuíam rede pequena para a modalidade visita; 61,1% para companhia; 78,3% para tarefas domésticas; 71,4% para cuidado pessoal; e 54,5% para ajuda financeira. Pedrazzi⁽⁴¹⁾ e Alvarenga et al⁽⁴¹⁾ também destacaram a família como maior provedora de ajudas.

Com base em estudos nacionais e internacionais, foi construído um modelo de cuidado focado no idoso e em suas necessidades e características⁽⁴²⁾. O modelo é estruturado em cinco níveis, conforme apresentado na Figura 1.

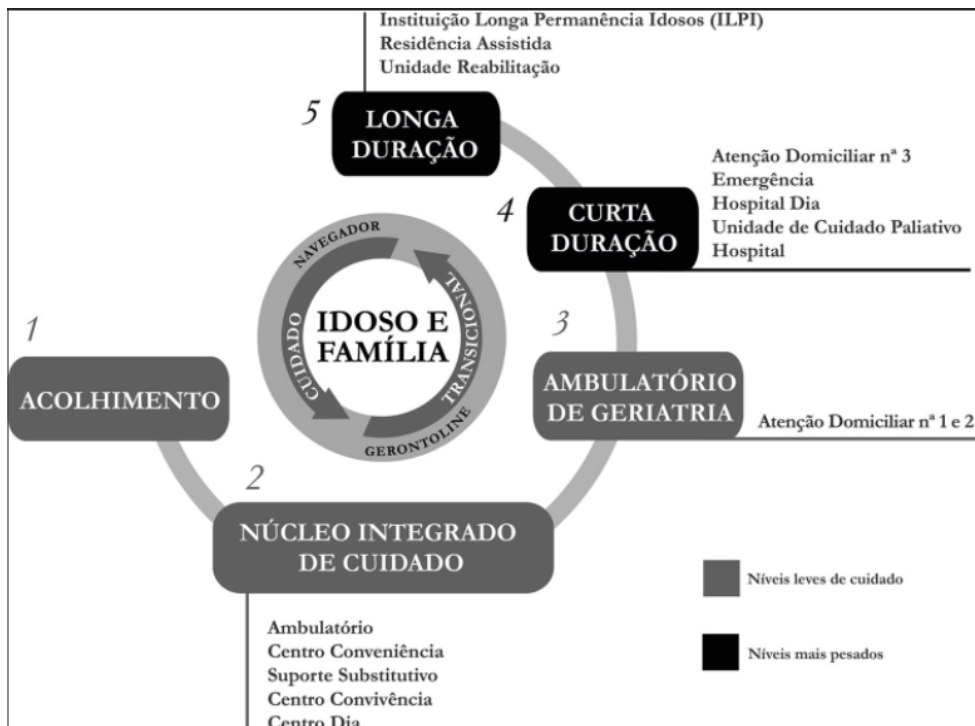


Figura 1: Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso.

Legenda:

Nível 1 - Acolhimento

Nível 2 - Núcleo Integrado de Cuidado: Ambulatório Clínico, Centro Dia, entre outras instâncias de Cuidado.

Nível 3 - Ambulatório de Geriatria: Atenção Domiciliar complexidade 1 e 2

Nível 4 - Curta duração: Atenção Domiciliar nº 3, Emergência, Hospital, Hospital Dia e Cuidados Paliativos.

Nível 5 - Longa Duração: Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e a Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI)

Assim, devemos considerar que os níveis 1 a 3 são as instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos bem treinados, e da utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreio e tecnologias de monitoramento de saúde. O esforço deve ser realizado para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social.

Já as instâncias em preto, as pesadas, são de alto custo e é onde se situam o hospital e as demais unidades de curta e longa permanência. O esforço deve ser realizado para tentar reabilitá-lo e trazê-lo para as instâncias leves, apesar de nem sempre ser possível. Desde modo, todo o esforço deve ser realizado para permanecer com o idoso nos 3 primeiros níveis de cuidado, com vista a manter sua qualidade de vida e de reduzir os custos.

Diante do exposto, a investigação do apoio social do idoso é um elemento importante de um protocolo abrangente na avaliação da saúde dos idosos e pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de uma estratégia de intervenção.

Para avaliar o contato e suporte social recebido pelos indivíduos, existe um instrumento gráfico denominado Mapa Mínimo de Relações, que identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, delimitando sua rede de suporte social. Esse instrumento foi adaptado e modificado por Domingues⁽⁴³⁾ para identificar e caracterizar a rede de contato e suporte social de idosos, sendo submetido a um processo de adequação às demandas dessa população, denominando-se Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).



Figura 8 – Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso

O MMRI tem por objetivo identificar a composição, a proximidade das relações e as funções desempenhadas pelos componentes dessa rede⁽⁴³⁾. Ele é construído a partir das respostas de cinco questões objetivas, relativas às atividades cotidianas executadas pelo idoso, que são marcadas no MMRI, no quadrante que identifica um dos quatro tipos de relacionamento pesquisados: amigos, família, relações com a comunidade e relações com o sistema de saúde, e no círculo que denota a proximidade de relacionamento, semanalmente (frequentemente), mensalmente (pouco frequentemente) e anualmente (raramente) (Figura 8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo salientou a relevância das relações sociais, principalmente através da família como suporte social, na saúde da pessoa idosa, bem como as mudanças que se vêm processando no acesso ao suporte e na possibilidade de manutenção de relações entre as gerações.

Na atualidade, as exigências pessoais sobre as necessidades do cuidado com a saúde se transformaram. A disponibilidade e o acesso a novas tecnologias e ações para a saúde modificaram a percepção das pessoas e sociedade sobre como os serviços e os profissionais da saúde e de outras áreas se organizam e atuam. Entretanto, novas atitudes compatíveis com estas transformações são indispensáveis. As novas demandas e os anseios da população, sobretudo a idosa, só serão atendidos com uma mudança no olhar para um cuidar humanizado, efetivo, para e com estas pessoas.

Concluimos que toda a problemática está ligada ao acréscimo da longevidade, junto com as mudanças no mercado de trabalho e o decréscimo na fertilidade, que colocam jovens e idosos frente a uma nova realidade. Eles necessitam lidar com problemas de saúde principalmente entre os idosos mais idosos (80 anos ou mais), e isso pode ter efeitos positivos ou negativos na saúde, principalmente na saúde mental. Então a relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é uma relação recíproca. A deterioração da saúde pode ser causada não somente por um “processo natural”, mas também por uma falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa.

Partiu-se do pressuposto de que o envelhecimento resulta da soma de diversos determinantes e condicionantes de saúde no processo de vida particular de cada indivíduo. A velhice pode levar a alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas e outros agravos à saúde, modificação da mobilidade com dependência funcional, e por vezes tem-se a necessidade de internação hospitalar, situações estas que demandam ações/intervenções sociais, familiares e estatais. Dentre as muitas necessidades específicas dessa população, o apoio e o cuidado são imprescindíveis para conservação e recuperação de saúde e bem estar. Em contrapartida, a ausência ou insuficiência deste suporte pode desencadear processos ou situações prejudiciais à saúde dos idosos.

No entanto, os desafios são enormes, entre eles, fazer perceber o apoio social como determinante importante da saúde das pessoas não somente nos serviços de saúde (seja este serviço inserido em qualquer nível de complexidade ou tecnológico), mas também na comunidade, como instrumento transformador do processo saúde-doença do idoso, devendo ser realizado pelos diversos atores sociais envolvidos, incluindo-se o próprio idoso e demais membros da sociedade (familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social, estudantes, entre outros).

Ao tentarmos compreender um pouco mais sobre o apoio social etapa da vida, buscamos ajudar os profissionais das diversas áreas a olharem para estas vivências e experiências de um modo mais amplo, não atrelando este sentimento a uma vivência natural da terceira idade. Tal fato torna este tema de grande relevância para o estudo da Saúde do Idoso, pensando na assistência à saúde de forma integral.

REFERÊNCIAS

1. Paim, JS, Almeida Filho N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: _____. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-27.
2. Guedes, MBOG et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 24 Outubro 2020] , pp. 1185-1204.
3. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2.ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2006.
5. Dimopoulos N, Piperi C, Salonicioti A, Psarra V, Gazi F, Papadimitriou A, et al. Correlation of folate, vitamin B12 and homocysteine plasma levels with depression in an elderly Greek population. *Clinical Biochemistry*. 2007; 40:604-608.
6. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health*. 1974; 64(11):1040-1043.
7. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976; 38(5):300-314.
8. Morley J, Perry HM, Miller DK. Something about frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002; 57A(11):M698-M704.
9. Woo J, Goggins W, Sham A. Social determinants of frailty. *Gerontology*. 2005; 51(6):402-408.
10. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):703-714.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98(2):310-357.
12. Rodin J. Aging and health: effects of the sense of control. *Science*. 1986; 233(4770):1271-1276.
13. Sluzki C. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
14. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: Network, support and relational strain. *Soc Sci Med*. 1999; 48(5):661-673.
15. Ostergren PO, Hanson BS, Isacsson SO, Tejler L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. *Soc Sci Med*. 1991; 33(3):257-267.
16. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SC, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):753-764.
17. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML (Org). Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

18. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.* 1979; 109(2):186-204.
19. Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from Eastern Finland. *Am J Epidemiol.* 1988; 128(2):370-380.
20. Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social Networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45(6): 659-666.
21. Dressler WW, Balieiro MC, Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Cult Med Psychiatr.* 1997; 2(3): 303-335.
22. Dalgard OS, Haheim LL. Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1998; 52(8):476-481.
23. Strogatz DS, James SA. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural southern community. *Am J Epidemiol.* 1986; 124(6):949-956.
24. Hanson BS, Ostergren PO. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Soc Sci Med.* 1987; 25(7):849-859.
25. Fratiglione L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet.* 2000; 355(9212):1315-1319.
26. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(8):1593-1602.
27. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(2):391-400.
28. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 17(5/6):370-378.
29. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(6):827-834.
30. Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegielka R, Machado J, Gonçalves TS et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(8): 1835-1845.
31. Tohme RA, Yount KM, Yassine S, Shideed O, Sibai AM. Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? *Ageing and Society.* 2011; 31(1):1-17.
32. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

33. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(4): 920-927.
34. Camarano, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML (Org). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
35. Cornwell B, Schumm LP, Laumann EOGJ. Social Networks in the NSHAP Study: Rationale, Measurement, and Preliminary Findings. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; 64B(Suppl1):i47–i55.
36. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62(6):P322-P330.
37. Fuhrer R, Dufouil C, Antonucci TC, Shipley MJ, Helmer C, Dartigues JF. Psychological disorder and mortality in French older adults: do social relations modify the association? *Am J Epidemiol*. 1999;149(2):116-126.
38. Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med*. 1998; 47(5):635-643.
39. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Reflex Crit*. 2006; 19(2):301-308.
40. Pedrazzi EC. Arranjo Domiciliar e Apoio dos Familiares aos Idosos mais velhos. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2008.
41. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):2603-2611.
42. Oliveira MR, Silveira DP, Neves R, Veras R, Estrella K, Assalim VM et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
43. Domingues MARC. Mapa Mínimo de Relações: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Universidade de São Paulo; 2004.