

Apoio social e saúde entre idosos*

MARÍLIA P. RAMOS**

Introdução

Existe, nos Estados Unidos, uma literatura substancial que enfatiza a relevância da relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais (House e Umberson, 1988; Cockerham, 1991). A maioria dos autores enfatiza que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde (House e Umberson, 1988). Entretanto outros argumentam que o suporte social pode também resultar em resultados negativos (Krause, 1995). Esses resultados negativos podem existir em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar (Krause, 1995).

O argumento em favor da idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico. Em termos de estado civil, pesquisas têm demonstrado que as pessoas casadas têm melhor saúde que outras com outros estados civis (Cockerham, 1991). Outros enfocam diferenças em termos de saúde por classes sociais e por tipos de grupos raciais, enfatizando desvantagens em termos de saúde experienciada pelas minorias raciais (Ferraro e Farmer, 1996; Cockerham, 1991).

O presente artigo se constitui na revisão bibliográfica acerca da relação entre relações sociais e a saúde dos idosos, bem como na interpreta-

* O presente artigo se constitui num resumo, traduzido da versão em inglês, do referencial teórico e da revisão bibliográfica do projeto de tese de doutorado da autora.

** Socióloga, professora e pesquisadora da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutora em Sociologia pela Universidade de Purdue, EUA.

ção e entendimento desta problemática sob a luz de dois enfoques teóricos: um macro, centrado na Teoria da Integração Social de Emile Durkheim e outro micro, centrado na Teoria das Trocas, de Peter Blau, com ênfase na Teoria da Equidade.

Os efeitos benéficos do suporte familiar na saúde dos idosos

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (House, 1981; Cockerham, 1991). Pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o estresse em pessoas que experienciam problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras (Silverstein e Bengston, 1994). Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente sob a presença de suportes sociais é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta auto-estima (Cicirelli, 1990).

As redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente abalam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência (Cockerham, 1991). Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte social. Normalmente a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas (Orth-Gomer and Johnson, 1987).

Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos está relacionado ao fato de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental. Isso na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Pruchno, Burant e Peters, 1997; Bisconti e Bergeman, 1999).

A aspiração de autodesenvolvimento e de interesses das pessoas está associada a sentimentos de bem estar na velhice (Lapierre, Bouffard e Bastrian, 1997). Este último aspecto está relacionado com a capacidade de efetuar trocas, isto é dar e receber alguma ajuda de forma balanceada (Hogan, Eggebeen e Clogg, 1993). Seguindo este argumento, cabe distinguir a frequência das relações sociais da qualidade delas (Schwarzer e Leppin, 1991). Isto é, podemos indentificar interações positivas e negativas, que dependem do balanço das trocas e do que está sendo trocado¹.

As possíveis conseqüências negativas do suporte familiar na saúde das pessoas idosas

Os efeitos negativos do suporte social na saúde estão associados com alguns efeitos negativos produzidos pelas tarefas dos cuidadores e também pelo descompasso na relação entre o cuidador e o receptor de cuidados.

Um efeito negativo importante é a falta de auto-estima (Cicirelli, 1990), que acontece devido ao reconhecimento, por parte das pessoas idosas, de sua dependência, e causa a percepção de uma falta de autonomia e a inabilidade para retribuir ajudas recebidas. De acordo com Cicirelli (1990), isto pode levar a insatisfação, estresse, e depressão da pessoa idosas. Normalmente essa depressão está também associada com um sentimento de ser uma carga para aquelas pessoas a quem ela ama (Cicirelli, 1990). Uma grande pesquisa nacional nos EUA, com pessoas entre 58 e 63 anos de idade, constatou que homens casados que viviam com parentes foram menos propensos a declarar que eram “felizes” que aqueles que viviam somente com a esposa (Mutran, 1985). Este aparente paradoxo pode ser explicado, na medida em que residências multigeracionais estão associadas normalmente com baixo status socioeconômico (Mutran, 1985). Por outro lado, o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contatos sociais fora da esfera da família sejam

¹ Este aspecto será aprofundado mais adiante.

mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais. Este fato está relacionado com a percepção de trocas não balanceadas, a percepção de que alguém dá mais que recebe ou o inverso. Quando os idosos percebem uma troca não balanceada, isto é, uma falta de capacidade para retribuir, eles podem ficar deprimidos (Wentowski, 1981; Krause, 1995). Seguindo esta perspectiva, Ferraro e Su (1999) constataram um efeito positivo e direto de crises financeiras no bem-estar psicológico entre idosos, em diferentes países. Estes autores argumentam que as condições financeiras contribuem para trocas balanceadas entre idosos e jovens, e isto leva ao baixo estresse.

Então, através daquelas considerações prévias é possível observar que os efeitos negativos das relações sociais se dão pela qualidade daquelas relações, expressadas nesse caso nas trocas não balanceadas. Com isso, é muito importante enfatizar os vários tipos de trocas sociais, diferenciando ajuda financeira de outros tipos de ajuda, que podem ser oferecidas por, ou recebidas pelas pessoas idosas. Alguns autores distinguem ajuda financeira de outros tipos de ajuda, que podem ser trocadas (Krause, 1997; Ferraro e Su, 1999). Krause (1997) argumenta que o suporte financeiro recebido pelos idosos pode exacerbar ou causar estresse, o autor chama isso de o lado para baixo do suporte social.

Cabe destacar que as conseqüências negativas tais como os sentimentos de ser uma carga são mais prevalentes em sociedades como a sociedade ocidental na qual a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas. O aspecto da desvalorização das pessoas idosas está relacionado com o problema de como os jovens percebem seus parentes idosos nos países do Ocidente. Isto é, este problema está relacionado aos valores que predominam nas culturas ocidentais, valores que normalmente não enfatizam os cuidados ao idoso como uma tarefa importante. Os filhos normalmente assumem um comportamento paternalista com seus idosos, não considerando os desejos e preferências das pessoas idosas, principalmente nas sociedades ocidentais. É possível

perceber muitas vezes uma perspectiva que parece considerar a pessoa idosa como alguém sem consciência. Isso causa uma falta de controle do idoso (Cicirelli, 1990). Em geral, estes efeitos negativos das relações sociais contribuem para exacerbar problemas de saúde entre os idosos.

Aspectos relacionados com algumas características demográficas

Pesquisas têm mostrado uma ligação entre status socioeconômico e saúde: baixos níveis de educação e renda estão associados com restrito acesso ao suporte social e, conseqüentemente, com altas taxas de morbidade e mortalidade.

O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental. Entretanto cada pessoa pode não ter igual acesso a este importante recurso. Existem talvez significantes variações de classe na natureza e na quantidade, em que o suporte social está disponível. As pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas, aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em classes mais altas (Krause e Borawisk-Clarck, 1995). Sendo assim, observamos que a classe social está relacionada com o suporte social na velhice. Mas, estas diferenças não se manifestam entre todos os tipos ou dimensões do suporte social. Ao contrário, os idosos com altas rendas e altos níveis de educação diferem daqueles nos mais baixos escalões somente em termos de contatos com amigos (e não com familiares), da frequência do suporte fornecido para outros, e na satisfação com suporte.

As pessoas em posição inferior na escala socioeconômica aparentam estar especialmente em desvantagem em termos de saúde (Cockerham, 1991). Grupos de baixo status socio-econômico têm saúde mais pobre, e isto é considerado verdade em ambos os países: capitalistas e socialistas. As pessoas vivendo sob a pobreza estão mais expostas que os indivíduos mais influentes, para riscos físicos, químicos e bioquímicos, biológicos e

psicológicos que afetam a saúde. Os estilos de vida que promovem uma existência sadia são mais típicos em classes altas. Essas classes têm os recursos para manter um estilo de vida saudável, mas existem evidências de que a participação em estilos saudáveis tem começado a se espalhar entre as diferentes classes nos EUA e no Oeste Europeu.

Ross e Ling Wu (1996) testaram em seus estudos a relação entre educação e as vantagens cumulativas no status da saúde, entre diferentes faixas etárias. Os autores argumentam que altos níveis de educação promovem boa saúde em idades mais avançadas. Eles argumentam também que a educação é uma variável que pode protelar problemas de saúde, no sentido de que ela permite uma acumulação de vantagens. Por exemplo, pessoas melhor educadas sabem mais sobre a prevenção de certas doenças e como ter hábitos saudáveis no curso da vida.

Com relação à raça, alguns estudos têm encontrado que os idosos negros reportam mais sintomas (Cockerham, Sharp e Wilcox, 1983) e também mais condições crônicas que os brancos (Ferraro, 1987, 1993, Ferraro e Farmer, 1996); indicam que idosos negros reportam mais doenças que os brancos. Alguns resultados obtidos através de regressão longitudinal² mostram que os negros americanos têm saúde mais pobre, em diferentes momentos no tempo, em uma variedade de medidas de saúde e reportam mais uma avaliação negativa da saúde que os idosos brancos (Ferraro, 1987, 1993; Johnson, 1994; Krause, 1997).

Com relação ao estado civil, é observado que pessoas casadas têm melhor saúde que aquelas pessoas com outros estados civis (Christensen, 1992). Isto é verdade para homens e mulheres, brancos e não-brancos. A razão para este padrão pode estar no fato de que pessoas não-casadas não terem cônjuges para cuidá-las e/ou controlá-las em casa.

Vemos então, o casamento e a paternidade como variáveis que têm um grande efeito nos comportamentos que comprometem a saúde (consumir álcool, fumar ou ter hábitos de vida desordenados). As relações na

2 Este tipo de análise utiliza dados coletados em duas ou mais vezes no tempo.

família marcadamente reduzem a probabilidade de práticas não saudáveis (Umberson, 1992). Em um recente estudo Wu e Pollard (1998) concluem que o suporte emocional é a necessidade substancial menos alcançada que os idosos não-casados e sem filhos apresentam, o que para estes autores representa uma ameaça para a qualidade de vida daqueles idosos.

Em geral, é possível perceber que existe um argumento prevalente em favor da idéia de que as relações sociais podem promover a saúde em diversas maneiras, quando controlamos por aspectos tais como status socioeconômico (SSE), raça, estado civil, morbidade, limitações da vida diária e comportamentos de risco.

As alternativas teóricas para explicar os efeitos das relações sociais na saúde e vice-versa

Este artigo envolve uma perspectiva teórica principal, a Teoria das Trocas (Blau, 1964), que se caracteriza como uma perspectiva da psicologia social. O artigo envolve também uma outra teoria, que se constitui numa abordagem estrutural e é secundariamente tratada aqui: a Teoria da Integração Social (Durkheim, 1951).

A Teoria da Integração Social

Os efeitos estruturais no bem-estar psicológico das pessoas estão implícitos na Teoria da Integração Social de Durkheim [1897] (1951). Estritamente falando, a integração social, para Durkheim, promove um sentido de significado e propósito para a vida. Isto é, de acordo com Thoits (1982), a integração social leva ao suporte social, protegendo a pessoa contra problemas que podem levar a comportamentos desviantes. Alguns autores (Su e Ferraro, 1997; House, Landis e Umberson, 1988) medem o conceito de integração social de Durkheim como a frequência e a intensidade dos conta-

tos sociais. Neste sentido, a integração social acontece através de um comprometimento que as pessoas têm com a ordem social e exerce controle sobre o comportamento dos indivíduos. Esses contatos também reforçam um sentimento de pertencimento perante a sociedade, que afeta positivamente a saúde dos indivíduos. A integração social (frequência de contatos) pode ter efeitos negativos na saúde, mas isso tem de ser medido pela qualidade dos contatos. Em geral, a perspectiva da integração social assume que a frequência dos contatos promove bem estar (Durkheim, 1897).

De acordo com Su e Ferraro (1997), a maneira pela qual as relações sociais têm um efeito na saúde dos idosos nas sociedades modernas pode não ser explicada somente pela integração social. Em seu estudo comparativo entre quatro diferentes nações, eles concluem que existe uma ampla evidência da importância das redes de integração social na formação do acesso à saúde, que é consistente com a Teoria da Integração Social. Entretanto o impacto dos aspectos outros que a integração na saúde, especificamente as contribuições sociais (ou trocas sociais), são maiores em sociedades modernas que em sociedades mais tradicionais (orientais, por exemplo). Os resultados dos autores confirmam a hipótese de que a modernização aumenta o impacto das contribuições sociais no acesso à saúde.

A Teoria das Trocas

A abordagem da psicologia social envolvida neste artigo está representada pela Teoria das Trocas (Blau, 1964), que se constitui numa aplicação das teorias utilitaristas e da escolha racional. O pressuposto básico da Teoria das Trocas (Blau, 1964) é que a interação entre indivíduos ou coletividades pode ser caracterizada como uma tentativa de maximizar recompensas (materiais e não-materiais) e reduzir custos (materiais e não-materiais). A interação é mantida porque as pessoas acham tais interações compensadoras, seja porque razões forem. É possível perceber aqui uma

falta de consideração com a estrutura. Blau não especifica outros determinantes que expliquem a maneira como as recompensas são definidas, tais como os valores sociais.

Na análise de Blau sobre troca e poder, quatro recursos de poder podem ser encontrados: dinheiro, aceitação social, estima ou respeito e aprovação social. Blau (1955) também considera conselhos e serviços como aspectos que podem ser trocados. De acordo com esta perspectiva, o lucro que uma pessoa tem com uma troca social é equivalente à diferença entre recompensas menos custos (Homans, 1961). A maior proposição da Teoria das Trocas é que a interação entre duas ou mais pessoas será muito provavelmente continuada e positivamente avaliada se os atores “lucrarem” com a interação (Byrne, 1971; Shaw & Costanzo, 1970).

A visão dos teóricos da Teoria das Trocas sobre o poder é que ele é derivado da falta de balanço nas trocas sociais. O poder está baseado na incapacidade de um dos parceiros em retribuir um comportamento recompensador. De acordo com Emerson (1972), em uma relação não balanceada aqueles que são menos dependentes, e conseqüentemente os mais poderosos participantes na relação (por exemplo pessoas de meia idade e jovens) são capazes de estabelecer uma taxa de trocas o mais favorável possível a eles. Dowd (1975) argumenta que os idosos são menos poderosos na sociedade ocidental que os jovens. Ele argumenta também que a fonte de poder social sobre os indivíduos idosos está na dependência econômica e social dos idosos, que é legitimada pelas persistentes normas sociais que determinam muitos comportamentos adultos como não apropriados para aqueles que chegaram a uma certa idade.

A Teoria das Trocas encontrou seu caminho no campo do estudo sobre o envelhecimento principalmente através de pesquisas sobre a família (Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993). Dowd (1975) explicitamente aplicou essa teoria para o envelhecimento, sugerindo que o decréscimo nas interações sociais entre jovens e idosos se dá pelo fato de que os idosos têm menos recursos com que contribuir em situações de trocas entre gerações.

Com base na perspectiva da Teoria das Trocas, então, os problemas do envelhecimento são essencialmente problemas relacionados com o decréscimo dos recursos em termos de poder. De acordo com esta perspectiva, os idosos têm pouco para trocar; sejam quais forem as habilidades que uma vez eles tiveram, elas estão freqüentemente desatualizadas ou afetadas por problemas de saúde. Dowd (1975) argumenta que a quantidade de recursos de poder possuído pelo estrato dos idosos é inversamente relacionada com o grau de modernização social (p.591).

Dowd (1975) oferece uma importante contribuição para explicar por que indivíduos idosos estão “desengajados” das atividades sociais. Ele argumenta que a sociedade oferece benefícios unilaterais para as pessoas idosas (exemplo: benefícios relacionados com a aposentadoria) e, por causa disso, ela encoraja aceitação por parte dos indivíduos idosos. Então, as pressões por parte dos companheiros, juntamente com os custos tremendos decorrentes do fato de estar engajado oferecem uma possível explicação do porquê de alguns idosos parecerem resignados ao desengajamento.

O mesmo acontece na esfera da família, onde, por exemplo, uma mulher viúva vivendo com seus filhos casados pode ser requerida a trocar aceitação ou aprovação por seu lugar na residência. Guillermand & Lenoir (1974) argumentam que quanto maior o patrimônio cultural e econômico que um aposentado possa transmitir para seus filhos, maior a chance de ele solidificar uma dominante solidariedade na família. Para estes autores, uma situação de desposseção leva o idoso a experimentar uma relação dependente e desbalanceada dentro da família. Seguindo os argumentos prévios, Neri (1993) aponta que a dependência pode até chegar a ser positiva, no sentido de que as pessoas idosas sentem que os jovens têm de pagar por ajudas prévias dadas a elas, em termos utilitaristas. Por outro lado, ela diz que a dependência tende a ser negativa, no sentido de que uma falta de controle pode causar a sensação de ser uma carga. Este último aspecto está próximo da análise de Down (1972) sobre o processo de envelhecimento referido acima.

A abordagem da eqüidade

Como um ponto intermediário Neri (1993) enfatiza um outro aspecto, a interdependência, que é mais positiva, no sentido de que trocas balanceadas promovem o sentimento de eqüidade. Este último aspecto está relacionado com uma derivação da Teoria das Trocas, a Teoria da Eqüidade (Rook, 1987). A abordagem da Eqüidade, que é uma derivação da Teoria das Trocas, argumenta que descompassos na troca de recursos em uma relação apresenta potentes conseqüências psicológicas. De acordo com esta teoria, dar mais que receber leva a sentimentos de injustiça e ressentimento, receber mais do que o que se dá leva a sentimentos de culpa e vergonha (Rook, 1987). Seguindo esta idéia, Gottlieb (1984) aponta que receber suporte social pode contribuir para o bem estar da pessoa somente quando é oferecido num contexto de padrões de trocas igualitárias. Isto é, receber suporte de outros, ao mesmo tempo que se pode oferecer algo a estes outros, traz benefícios psicológicos, incluindo o enriquecimento de sentimentos de autovalorização. Neste Sentido, Rook (1987) enfatiza que apesar da aparente importância da reciprocidade como um determinante de satisfação social e ajustamento, relativamente poucas pesquisas têm investigado a reciprocidade em relações primárias entre populações que não sejam formadas por pacientes psiquiátricos.

No caso dos idosos, a reciprocidade é um aspecto particularmente importante, na medida em que os problemas de saúde e um decréscimo da renda, que normalmente acompanham a velhice, tendem a aumentar a dependência e a reduzir a capacidade de retribuir o suporte fornecido por outras pessoas.

Relações sociais e saúde sob o ponto de vista das abordagens da Integração Social e da Teoria das Trocas

É possível argumentar que existe uma relação recíproca em que as limitações físicas comuns da idade avançada afetam as possibilidades de manutenção dos suportes sociais (relações sociais), e este último processo afeta as relações de saúde. Entretanto é esperado que este processo seja mais significativo em sociedades que supervalorizam a produtividade, como

as sociedades ocidentais, por exemplo. Isto é, o efeito das trocas sociais, especificamente através da Teoria da Equidade, em termos da ênfase nas trocas balanceadas entre idosos e jovens é mais agudo em sociedades industrializadas do Ocidente que em sociedades industrializadas da Ásia, por exemplo, por causa de uma supervalorização da Juventude, presente na primeira (Su e Ferraro, 1997). Em complemento, é possível pensar que a modernização sozinha não seja suficiente para explicar os efeitos das trocas. É necessário incluir a herança cultural, com suas normas e regras específicas (Ferraro e Su, 1999).

Baseado nas colocações apresentadas acima, é possível argumentar que a capacidade para retribuir será menos importante em sociedades que mantêm valores positivos fortes em relação aos idosos. Nessas sociedades, de acordo com aqueles autores, os idosos têm alto status e prestígio. A partir destas idéias Su e Ferraro (1999) fazem uma distinção entre a abordagem da integração social (a frequência dos contatos sociais) e a da contribuição social (Teoria das Trocas). Esta última abordagem é considerada mais apropriada para o caso dos países modernizados ocidentais.

No caso específico dos resultados para a saúde, pode-se argumentar que a maneira pela qual as relações sociais afetam a saúde e vice-versa, em sociedades nas quais os valores utilitários são predominantes, pode ser explicada pela abordagem da Teoria das Trocas, em específico da teoria da Equidade. Sendo assim, as relações sociais têm um efeito na saúde, no sentido de que as pessoas, nas sociedades modernas, esperam a reciprocidade, então, quando isto não é possível, as pessoas sentem-se dependentes, e isso pode afetar a saúde de diferentes maneiras. Por outro lado, quando as pessoas têm problemas de saúde, elas experienciam uma falta de relações sociais balanceadas devido à incapacidade para trocar em bases iguais. Reforçando, alguns autores argumentam que as consequências negativas, tais como sentimento de ser uma carga, são mais prevalentes em sociedades como a ocidental, em que a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas (Cox, 1990; Cowgill, 1986). De acordo com Su e Ferraro

(1997), o aspecto chave na perspectiva da Teoria das Trocas aplicadas para o caso dos idosos parece estar no fato de que os idosos possam contribuir numa relação, atingindo, assim, o sentido de reciprocidade.

Stoller (1985) encontrou, numa pesquisa, que os pais que forneciam ajuda aos seus filhos eram menos deprimidos que aqueles que não forneciam. A autora argumenta que é a inabilidade de retribuir, ao invés da necessidade de assistência, que diminui a moral da pessoa idosa (1985, p.341). Como uma conseqüência, ela conclui que a ajuda dada para os filhos está negativamente relacionada com a depressão dos pais. Wentkowski (1981) também conclui que existe uma relação positiva entre reciprocidade e a auto-estima das pessoas idosas.

Estes estudos condizem com a aplicação da Teoria das Trocas feita por Dowd (1975) no estudo das relações intergeracionais nas quais, como já foi mencionado acima, a diminuição dos recursos na idade avançada deixa os idosos em uma relação de troca não balanceada. A incapacidade de retribuir serviços recebidos de outros significa que os idosos tornam-se dependentes e sem poder (Lee et alii, 1995). É possível ver que, através da perspectiva da Teoria das Trocas, especificamente através da Teoria da Equidade, as trocas sociais têm um efeito na saúde dos idosos. Entretanto o padrão do efeito é determinado de acordo com o balanço das trocas (balanço entre ajuda dada e recebida). Isto está relacionado com o aspecto da dependência (Dowd, 1975, 1980). A dependência pode particularmente ser problemática porque pessoas idosas não querem causar para outras pessoas uma sensação de carga ou não querem absorver os recursos de alguém. Lee et alii (1995) argumentam que os idosos americanos valorizam sua independência muito firmemente e têm medo de perdê-la. Outros autores (Ciccireli, 1990) enfatizam que, na presença de suporte sociais, é esperado que os idosos sintam-se amados e seguros o suficiente para lidarem com os problemas de saúde e de terem uma alta auto-estima. Entretanto baseado no argumento da dependência, que está implícita na Teoria das Trocas, pode-se dizer que a mera presença de suporte social não garante efeitos positivos. Os teóricos

da Teoria das Trocas (Blau, 1964; Gouldner, 1960) apontam que as interações são mais satisfatórias se existe troca. Ao passo que os teóricos voltados à equidade enfatizam o balanço nas trocas como fundamental.

Um aspecto importante para ser enfatizado é que os diferentes padrões de efeitos das trocas (dar ou receber) dependem da fonte de ajuda (se a família ou amigos) e do tipo de itens que estão sendo trocados (dinheiro ou outras coisas).

Com relação à fonte de ajuda, Rook (1987) distingue as relações com amigos versus os laços de parentesco. Ela argumenta que indivíduos em relações casuais são mais propensas a não tolerar desigualdades nas trocas porque elas são calcadas numa falta de confiança de que a relação irá continuar no futuro, enquanto amigos íntimos toleram desigualdades temporárias porque eles confiam que terão amplo tempo para restaurar a equidade no futuro. Aquela autora aponta também que relações de parentesco são menos vulneráveis para dissolução, se desigualdades existirem devido ao caráter de obrigação que move tais relações. Por outro lado, relações entre amigos são normalmente voluntárias, baseadas em trocas informais calcadas no interesse mútuo e necessidades sociais. Estas relações apresentam maiores níveis de reciprocidade que as relações de parentesco.

Com relação ao aspecto do tipo de ajuda, podemos argumentar que o conteúdo das relações é importante para o significado da reciprocidade. Rook (1987) distingue três categorias que envolvem as trocas: emocional, financeira e instrumental. Neste sentido, é esperado que as desigualdades que acontecem quando um idoso recebe mais ajuda instrumental do que ele oferece, por exemplo, pode levar a efeitos negativos em termos de saúde mental. Entretanto aquela relação parece poder variar, dependendo da fonte da ajuda (se amigos ou parentes). Como um exemplo desta última situação, podemos citar o caso de pessoas idosas que necessitam ajuda financeira de seus filhos. Usualmente elas percebem isto como uma justa compensação pelos anos de atividades não retribuídas, que elas forneciam aos seus filhos quando estes últimos eram crianças.

Considerações finais

Este artigo 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.

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.

Acreditamos que este aspecto seja fundamental para planejarmos o futuro, no sentido de promover relações sociais estáveis entre jovens e idosos e também entre as pessoas idosas, através de programas de políticas públicas. Estes podem funcionar como um meio para prevenir muitos problemas de saúde e, como consequência, reduzir custos públicos com tratamento de saúde para pessoas idosas. E isto só pode acontecer com base nos resultados de rigorosas pesquisas científicas que investiguem a relação principal discutida neste artigo em mais de um ponto no tempo, isto é, em pelo menos dois pontos no tempo (estudos longitudinais)³, para que possamos identificar (ou não) os efeitos recíprocos e sua magnitude, controlando-se pelo status socioeconômico, a raça, a idade, o estado civil, os comportamentos de risco e as limitações da vida diária.

Um aspecto importante para se levar em consideração é que o mero aumento nas relações sociais não é suficiente. É necessário levar em conta o caráter destas interações. Este fato foi ilustrado neste artigo através do exemplo de que as pessoas idosas demonstram mais satisfação e bem-estar quando podem viver com cônjuges ou amigos e não quando elas têm de viver com filhos ou parentes. Isto pode ser explicado pelo caráter voluntário das

3 Para um esclarecimento maior sobre pesquisas longitudinais, ver Menard, S. (1991).

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175

relações com pessoas que não são parentes e com os efeitos positivos que este caráter pode causar. Isto está associado com a idéia da independência nas relações sociais. Quando as pessoas podem trocar, e mais especificamente em termos balanceados, elas não somente podem manter as relações sociais, mas também elas aumentam o seu bem-estar físico e psicológico.

Este último aspecto resgata um ponto mencionado acima, relacionado com a maneira como as pessoas idosas são tratadas e vistas na sociedade ocidental. Muitas vezes um comportamento paternalista que exacerba a dependência pode ser tão devastador para a saúde de um idoso quanto qualquer doença de caráter físico. A capacidade e a possibilidade de ajudar, de participar como sujeito ativo nas interações, podem promover resultados positivos na saúde, principalmente na saúde mental das pessoas idosas.

Referências bibliográficas

BISCONTI, T e BERGEMAN, C. *Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. The Gerontologist*, 39, 1999, p.94-103.

BLAU, P. *The dynamics of bureaucracy*. Chicago: University of Chicago Press, 1955.

BLAU, P. *Exchange and power in social life*. NY: Wiley, 1964.

BECKMAN, L. e BRESTOW, L. *Health and ways of living: The Alameda County Study*. London: Oxford University Press, 1983.

BOSWORTH, H e SCHAE, K.W. *The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: two analytical approaches. Journal of Gerontology: Psychological Science*, 52, 5, 1997, p.197-205.

BYRNE, J. J. *Systematic analysis and exchange theory: a synthesis. Pacific Sociological Review*, 14, 1971, p.137-146.

CHRISTENSEN, B. *The family in America*. Rockford, IL: Rockford Institute, 1992.

CICIRELLI, V.G. *Family support in relation to health problems of the elderly*. In T.H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*. 2nd ed.. Newbury Park, CA: Sage, p.212-228.

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175

COCKERHAM, W; Sahrp, K e WILCOX, J. Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology: Social Science*, 38, 3, 1990, p.349-355

COCKERHAM, W. *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.

COWGILL, D.O e HOLMES, L.D.(eds.). *Aging and modernization*. NY: Appleton-Century-Crofts, 1972.

COX, T. Loneliness and depression in middle and old age: are the childless more vulnerable? *Journal of Gerontology: Social Science*, 53, 6, 1998, p.305-312.

DOWD, J. Aging as exchange: a preface to theory. *Journal of Gerontology*, 38, 5, 1975, p.584-594.

DURKHEIM, E. *Suicide*. New York: Free Press, 1951.

EMERSON, R. M. Exchange theory. In: J. Berger et alii (Eds.). *Sociological theories in progress*. Vol II. Boston: Houghton-Mifflin, 1972.

FERRARO, K. Self-ratings of health among the old and the old-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 42, 1987, p.28-33.

FERRARO, K. Reexamining the double jeopardy to Health Thesis. *Journal of Gerontology: Social Science*, 44, 1989, p.14-16.

FERRARO, K. Are black older adults health-pessimistic? *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 1993, p.27-43.

FERRARO, K. e Farmer, M. Double jeopardy to health hypothesis for african american: analysis and critique. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 1996, p.27-43.

FERRARO, K e SU, Y. Financial strains, social relations and psychological distress among older people: a cross-sectional analysis. *Journal of Gerontology: Social Science*, 54, 1, 1999, p.3-15.

GUILLEMARD, A.M. e LENOIR, R. *Retrait et echange social*. Centre d'Etude des Mouvements Sociaux, Paris, 1974.

HOGAN, D.P. Eggebeen e CLOGG, C.C. The structure of intergenerational exchanges in american families. *American Journal of Sociology*, 98, 1993, p.1428-58.

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175

HOMANS, G.C. *Social behavior: Its elementary forms*. NY: Harcourt, Brace & World, 1961.

HOUSE, J.; LANDIS, K, e UMBERSON, D. *Social relationships and health*. *Science*, 241, 1988, p.540-544.

KRAUSE, N. *Stress in racial differences in self-reported health among the elderly*. *The Gerontologist*, 27, 1987, p.72-76.

KRAUSE, N; Jay, G e LANG, L. *Financial strain and psychological well-being among the american and japanese elderly*. *Psychology and Aging*, 6, 1991, p.170-181.

KRAUSE, N. e BORAWISK-Clarck, E. *Social class differences in social support among older adults*. *The Gerontologist*, 35, 4, 1995, p.498-508.

KRAUSE, N. *Perceived social support, anticipated support, social class and mortality*. *Research on Aging*, 19, 4, 1997, p.387-422.

LAPIERRE, S; BOUFFARD, L e BASTIN, E. *Personal goals and subjective well being in later life*. *International Journal of Aging and Human Development*, 45, 4, 1997, p.287-303.

LEE, G.R.; et alii. *Depression among older parents: the role of intergenerational exchange*. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1995, p.823-833.

LEON, J e LAIR, T. *Functional status of the noninstitutionalized elderly: estimates of ADL and IADL difficulties*. (National Medical Expenditure Survey Research Findings 4; DHHS Publications No. [PHS] 90-3462). Rockville, MD: Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1990.

LEONARD, G. *The Elderly can enjoy a healthier old age*. In: *Aging population: opposites viewpoints*, San Diego, CA: Greenhveen Press, 1996.

MENARD, S. *Longitudinal research*. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

MUTRAN, E e REITZES, D.C. *Intergeneratinal support activities and well-being among the elderly: a convergence of exchange and symbolic interaction perspectives*. *American Sociological Review*, 49, 1984, p.117-130.

MUTRAN, E. *Intergenerational family support among blacks and whites: response to culture or to socioeconomic differences*. *Journal of Gerontology: Social Science*, 60, 3, 1985, p.382-389.

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175

NERI, Anita. *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Ed. Papyrus, 1993.

PEARLIN, Leonard. *The sociological study of stress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 1983, p.241-256.

PENNING, M. *Health, social support and the utilization of health services among older adults*. *Journal of Social Gerontology: Social Science*, 50B, 5, 1995, p.330-339.

PRUCHNO, R; BURANT, C; e PETERS, N. *Understanding the well-being of care receivers*. *The Gerontologist: Social Science*, 37, 1, 1997, p.102-109.

ROOK, K. e PIETROMONACO, P. *Close relationships: ties that heal or ties that bind?* In: W.H. Tones e D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships* (vol 1). JAI press, 1987.

ROSS, C e WU, C. *Education, age and the cumulative advantages in health*. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 1996, p.104-120.

SEIGEL, J.S. Chapter 5: *Health*. In: *A generation of change*. New York: Russell Sage Foundation, 1993, p.240-299.

SHAW, M.E e CONSTANZO, P.R. *Theories of social psychology*. NY: McGraw-Hill, 1970.

STOLLER, E. e EARL, L. *Help with activities of everyday life: sources of support for the noninstitutionalized elderly*. *The Gerontologist*, 23, 1, 1983, p.64-70.

STOLLER, E. *Exchange patterns in the informal support networks of the elderly: the impact of reciprocity on morale*. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 1985, p.335-342.

STOLZENBERG, R e RELLES, D. *Tools for intuition about sample selection bias and its correction*. *American Sociological Review*, 62, 1997, p.494-507.

SU,Y e FERRARO, K. *Social relations and health assessments among older people: do the effect of integration and social contributions vary cross-culturally?* *Journal of Gerontology: Social Science*, 52B, 1, 1997, p.27-36.

UNBERSOM, D. *Gender, marital status, and the social control of health behavior*. *Social Science and Medicine*, 34, 1992, p.904-917.

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175

WENTOWSKI, G. *Reciprocity and the coping strategies of older people: cultural dimensions of networking building. The Gerontologist*, 21, 1981, p.600-609.

WHEELER, J; GOREY, K e GREENBLATT, B. *The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta-analysis. International Journal of Aging and Human Development*, 47, 1, 1998, p.69-79.

WINSHIP, C. e MARE, R. *Models for sample selection bias. Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p.327-350.

WOLINSKY, F e JOHNSON, R. *Perceived health status and mortality among older men and women. Journal of Gerontology: Social Science*, 47, 1992, p.304-312.

Resumo

O presente artigo trata da relação entre a saúde dos idosos e relacionamentos sociais, bem como na interpretação e entendimento desta problemática sob a luz de dois enfoques teóricos: um macro, centrado na Teoria da Integração Social de Emile Durkheim e outro micro, centrado na Teoria das Trocas, de Peter Blau, com ênfase na Teoria da Equidade. A integração social (frequência de contatos) pode ter efeitos negativos na saúde, mas isto tem de ser medido pela qualidade dos contatos. Algumas conclusões apresentadas indicam que as relações sociais têm um efeito na saúde, no sentido de que as pessoas, nas sociedades modernas, esperam a reciprocidade, e, quando isto não é possível, principalmente na fase do envelhecimento, as pessoas sentem-se dependentes, e isso pode afetar a saúde de diferentes maneiras. Por outro lado, quando as pessoas têm problemas de saúde, elas experienciam uma falta de relações sociais balanceadas devido à incapacidade para trocar em bases iguais. Sendo assim, conclui-se que a relação entre relações sociais e saúde na população idosa pode ser uma relação recíproca.

Palavras-chave: trocas sociais, saúde, idosos.