

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Gabriela Campana Barbosa

Análise da Relação de Fatores Biopsicossociais e os Desfechos Clínicos de Hospitalização e
Óbito de Idosos: segunda onda do estudo FIBRA-JF

Juiz de Fora

2019

Gabriela Campana Barbosa

Análise da Relação de Fatores Biopsicossociais e os Desfechos Clínicos de Hospitalização e

Óbito de Idosos: segunda onda do estudo FIBRA-JF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Coorientadora: Profa. Dra. Pricila Cristina Correa Ribeiro

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Barbosa, Gabriela Campana.

Análise da relação de fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização e óbito de idosos : segunda onda do estudo FIBRA-JF / Gabriela Campana Barbosa. -- 2019.

106 f. : il.

Orientadora: Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Coorientadora: Pricila Cristina Correa Ribeiro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

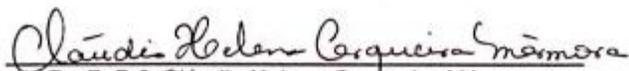
1. Idoso. 2. Hospitalização. 3. Óbito. 4. Fatores de risco. 5. Condição social. I. Mármora, Cláudia Helena Cerqueira, orient. II. Ribeiro, Pricila Cristina Correa , coorient. III. Título.

GABRIELA CAMPANA BARBOSA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FATORES BIOPSISSOCIAIS E OS
DESFECHOS CLÍNICOS DE HOSPITALIZAÇÃO E ÓBITO DE IDOSOS:
SEGUNDA ONDA DO ESTUDO FIBRA-JF**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em 31 de julho de 2019.



Prof.^a. Dr.^a. Cláudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof.^a. Dr.^a. Pricila Cristina Correa Ribeiro
Universidade Federal de Minas Gerais



Prof.^a. Dr.^a. Danielle Telles da Cruz
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Virgílio Garcia Moreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

O momento mais esperado dos últimos dois anos chegou e é difícil mencionar apenas alguns nomes diante de todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que este objetivo fosse alcançado.

A caminhada foi longa e, por vezes, árdua. Gostaria de agradecer a Deus por ter conduzido meu caminho, guiado minhas escolhas e acalmado meu coração durante todo este processo.

Agradeço também às pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais, que nunca deixaram faltar nada para mim e sempre acreditaram no meu potencial, até mesmo quando eu duvidava. À minha mãe Denise por ser minha melhor amiga, ouvinte, conselheira; meu acalento, sabedoria e paz nos momentos de pânico. Ao meu pai, Jorge, que com sua simplicidade sempre me inspirou a buscar o melhor de mim e dos outros, mesmo quando isso era difícil. Nos momentos em que o cansaço batia era dele que eu me lembrava para que pudesse me renovar, do seu orgulho em falar para todos que tinha um filho doutor e uma filha mestre, mesmo quando eu ainda estava no início do mestrado. Esses dois, apesar das adversidades, nunca pouparam esforços para que pudessem ver suas maiores riquezas, seus filhos, formados, pós-graduados e encaminhados na vida. É um orgulho ser filha de seres humanos exemplos como vocês. Obrigada!

Gratidão também ao meu irmão, que é um modelo para mim. Menino inteligente, batalhador, que conquistou o seu espaço em uma das melhores universidades do país. Apesar de cabeça dura, a gente sabe que ali tem um bom coração, que está sempre disposto a ajudar nos momentos de desespero. Inclusive, obrigada também pela sua contribuição no meu trabalho.

Obrigada à minha família de maneira geral, particularmente à tia Laura, tia Fernanda e tia Nádia, que me apoiaram e contribuíram para o meu desenvolvimento neste período.

Ao meu companheiro de vida, Marcos, que desde que me conheceu nunca deixou de me apoiar, estimular e cuidar de mim. Ele, com toda sua paciência, foi e é um dos meus maiores incentivadores. Agradeço por ter entendido e respeitado meu nervosismo, suportado o meu estresse e momentos de isolamento, e ter sido a minha paz em meio ao caos.

Às amigas que fiz durante a época de faculdade em Belo Horizonte, e que mesmo com a distância continuaram se fazendo presentes. Em especial à Tainá, Nayene, Lorena, Larissa e Loren. Aos novos amigos que fiz em Juiz de Fora, principalmente Laiana, com seu cuidado e doçura nas palavras; e Thaís, minha fiel companheira das alegrias e tristezas do mestrado. Foi um privilégio

poder trabalhar com você e acompanhar de perto sua evolução e superação constante. Além destes, não poderia me esquecer dos velhos amigos: obrigada à Jordana por acreditar em mim e acompanhar por tantos anos a minha jornada, e à Ana, que foi presença importante na minha vida.

Na trajetória acadêmica, gostaria de agradecer aos amigos do GEPEN, grupo de estudos que participei desde o início desta jornada. Lá conheci grandes mestres e fiz boas amizades. Aos professores do PPG Psicologia que contribuíram para a minha formação. Às agências de financiamento CAPES, FAPEMIG e CNPq pelo incentivo financeiro disponibilizado. Às bolsistas Tamires e Ana, que foram essenciais para a coleta dos dados. Sem elas não seria possível concluir essa etapa em tempo hábil.

Por fim, meu profundo agradecimento às professoras que me orientaram nessa jornada: Cláudia e Pricila. Muito obrigada pelo conhecimento transmitido, pela sabedoria que ultrapassou os limites da academia e por nunca terem deixado de me oferecer todo o suporte necessário, sempre evidenciando as minhas potencialidades. Obrigada, Pricila, por suas ideias, correções e contribuições para a melhoria do trabalho. Você é uma profissional excepcional! Obrigada por sempre responder às minhas mensagens, tirar as minhas dúvidas e me mostrar a direção dos melhores caminhos a serem seguidos. Cláudia, eu não poderia ter escolhido melhor a minha orientadora, obrigada pela parceria! Você sabe ser firme e doce ao mesmo tempo, cobrando na medida certa para que a qualidade do trabalho e a saúde do orientando sejam mantidas. Com suas palavras eu sempre acreditei que podia ir além do que estava pensando. Eu sentia que você confiava em mim e no meu potencial, mesmo quando ainda nem me conhecia direito. E você não sabe, ou deve saber, o quanto isso transforma e impulsiona as pessoas. Espero que este seja apenas o primeiro de outros desafios que podemos percorrer juntas. Muito obrigada!

RESUMO

Devido às alterações fisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento, os idosos possuem maior possibilidade de desenvolverem quadros patológicos crônicos, grandes responsáveis pelos desfechos clínicos de hospitalização e óbito nestes indivíduos. Entretanto, estes desfechos parecem não ser influenciados apenas por aspectos biológicos e fisiológicos, mas também por variáveis psicossociais. O objetivo deste estudo de natureza longitudinal foi analisar a relação de fatores biopsicossociais com os desfechos clínicos de hospitalização e óbito em idosos avaliados pela primeira onda do estudo FIBRA-JF. A amostra do presente trabalho foi diferenciada de acordo com cada um dos objetivos secundários propostos. Com relação ao óbito, foram analisados 340 idosos a partir das informações coletadas na primeira onda. A análise dos dados foi feita a partir de um modelo ajustado de regressão logística, com uso do método *Stepwise* para seleção de variáveis. Posteriormente, foram calculadas as razões de chance (OR) com os intervalos de confiança de 95% de probabilidade. No estudo de hospitalização, 122 indivíduos foram investigados. Foram utilizadas variáveis obtidas na primeira onda, juntamente com o acréscimo de duas escalas aplicadas exclusivamente nesta onda dois. A análise dos dados neste desfecho foi realizada em caráter exploratório, a partir de um modelo univariado para verificar a associação entre cada uma das variáveis independentes e a hospitalização. Esta verificação foi efetuada através do qui-quadrado de *Pearson*, para as variáveis categóricas, e do test t independente, para variáveis numéricas. Diante dos aspectos analisados foi constatado que a idade, renda, ser responsável pelo sustento familiar, fragilidade, diabetes, percepção subjetiva de saúde, desempenho cognitivo e depressão foram relevantes no modelo que melhor descreveu o óbito dos idosos. Quanto à hospitalização, quantidade de medicamentos utilizados, número de consultas médicas no último ano e fatores relacionados com a capacidade funcional dos idosos apresentaram associação com este evento. A partir dos resultados encontrados é possível evidenciar a multidimensionalidade dos fatores que podem influenciar na vivência dos principais desfechos clínicos da velhice. Neste sentido, atenção especial deve ser dispensada aos aspectos psicossociais. Como perspectivas futuras, espera-se que outros estudos longitudinais de coorte e epidemiológicos sejam realizados, a fim de que de ações e estratégias em saúde sejam estabelecidas visando diminuir os riscos e proporcionar maior longevidade e qualidade de vida a esta população.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Óbito. Fatores de Risco. Condição Social.

ABSTRACT

Due to the physiological changes that occur during aging, the elderly are more likely to develop chronic pathological conditions, largely responsible for the clinical outcomes of hospitalization and death in these individuals. However, these outcomes seem to be influenced not only by biological and physiological aspects, but also by psychosocial variables. The objective of this longitudinal study was to analyze the relationship between biopsychosocial factors and clinical outcomes of hospitalization and death in the elderly assessed by the first wave of the FIBRA-JF study. The sample of the present study was differentiated according to each of the proposed secondary objectives. Regarding death, 340 elderly were analyzed from the information collected in the first wave. Data analysis was performed using an adjusted logistic regression model, using the Stepwise method to select variables. Subsequently, the odds ratios (OR) were calculated with the 95% probability confidence intervals. In the hospitalization study, 122 subjects were investigated. Variables obtained in the first wave were used, together with the addition of two scales applied exclusively in this wave two. Data analysis in this outcome was performed on an exploratory basis, using a univariate model to verify the association between each of the independent variables and hospitalization. This verification was performed using Pearson's chi-square for categorical variables and independent t-test for numerical variables. Given the aspects analyzed, it was found that age, income, being responsible for family support, frailty, diabetes, subjective health perception, cognitive performance and depression were relevant in the model that best described the death of the elderly. Regarding hospitalization, number of medications used, number of medical appointments in the last year and factors related to the functional capacity of the elderly were associated with this event. From the results found, it is possible to highlight the multidimensionality of factors that may influence the experience of the main clinical outcomes of old age. In this sense, special attention should be given to psychosocial aspects. As future perspectives, it is expected that other longitudinal cohort and epidemiological studies will be carried out, so that health actions and strategies can be established to reduce risks and provide greater longevity and quality of life for this population.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Death. Risk Factors. Social Conditions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Velocidade do envelhecimento da população (tempo para a população de idosos passar de 10% para 20% da população)	17
Figura 2 - Distribuição da população por sexo e grupo de idade – 2017.....	20
Figura 3 - Relação entre fragilidade, idoso pré frágil e não frágil (ou robusto) e a morte	24
Figura 4 - Ciclo da Fragilidade.....	25
Figura 5 - Reciprocidade triádica do comportamento.....	36
Figura 6 - Representação gráfica dos três sistemas de influências, juntamente com os determinantes biológicos, ambientais e a interação entre eles, ambos contemplados pelo paradigma <i>lifespan</i>	45
Figura 7 - Seleção amostral por gênero e faixa etária de idosos com 65 anos ou mais residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	54
Figura 8 - Fluxograma de seleção amostral para os desfechos de mortalidade e hospitalização da segunda onda FIBRA-JF	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BASE	Berlin Aging Study
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Cardiovascular Health Study
CIF-A	Canadian Initiative on Frailty and Aging
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
FCA	Federal Council on Aging
GBD	Global Burden of Disease Study
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua
PIR	Probabilidade de Internações Repetidas
PRA	Probability of Repeated Admission
SOC	Seleção, Otimização e Compensação
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	16
2.1.1 A Fragilidade em Idosos	21
2.1.2 A Hospitalização dos Idosos	26
2.1.3 O óbito em idosos	31
2.2 O CONCEITO DE AUTOEFICÁCIA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	34
2.3 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA (<i>LIFESPAN</i>): DO INÍCIO À PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	40
3 OBJETIVOS	52
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	52
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	52
4 MÉTODO	53
4.1 DELINEAMENTO	53
4.1.1 Primeira onda FIBRA-JF	53
4.1.2 Segunda onda FIBRA-JF	55
4.2 POPULAÇÃO FONTE	57
4.3 AMOSTRA.....	57
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	58
4.4.1 Óbito	58
4.4.2 Hospitalização	59
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	59
4.5.1 Óbito	59
4.5.2 Hospitalização	59
4.6 INSTRUMENTOS.....	59
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	63
4.7.1 Óbito	63
4.7.2 Hospitalização	64
5 RESULTADOS	65

5.1 ARTIGO 1- ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FATORES BIOPSISSOCIAIS E O ÓBITO DE IDOSOS: SEGUNDA ONDA DO ESTUDO FIBRA-JF	66
5.2 ARTIGO 2- ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FATORES BIOPSISSOCIAIS E A HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS: SEGUNDA ONDA DO ESTUDO FIBRA-JF.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A – TCLE	86
APÊNDICE B – Protocolo telefônico participantes.....	87
APÊNDICE C – Protocolo de aplicação em caso de idoso incapacitado.....	89
APÊNDICE D – Questionário	91
APÊNDICE E – Protocolo de aplicação em caso de falecimento do participante	102
ANEXO A – Comprovante de aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa	106

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a reedição do Estatuto do Idoso realizada pelo Ministério da Saúde, através da Área Técnica Saúde do Idoso (2013), o envelhecimento da população é um fenômeno mundial que ganha grande importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o aumento da população idosa é significativo, tanto em termos absolutos quanto proporcionais, fazendo com que mudanças nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência sejam percebidas e devam ser modificadas para se obter melhor funcionamento e maior abrangência com relação às políticas direcionadas para essa população (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD, 2017), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2012 a 2016 houve um aumento de 16% da população idosa brasileira, sendo que os números chegaram a 29,6 milhões de pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais. Estima-se que em 2025 o Brasil passe a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos; e, em 2050, provavelmente, o número de pessoas idosas será maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos, o que traz desafios consideráveis para a sociedade (Ministério da Saúde, 2013).

O processo do envelhecimento, com toda a sua diversidade e complexidade, tornou-se pauta nas agendas acadêmicas e públicas (Pedro, 2016). Embora uma parcela da diversidade observada nos indivíduos com idade mais avançada possa ser reflexo de sua herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais habitados (WHO, 2015). Esses ambientes incluem o lar dos indivíduos, a vizinhança e a comunidade, que podem afetar diretamente o estado de saúde e impor barreiras ou incentivos que influenciam as oportunidades, decisões e os comportamentos dos idosos (WHO, 2015).

Pesquisas têm demonstrado que, além de medidas de condições de saúde (morbidade, mortalidade, fragilidade e incapacidade) e de situação socioeconômica (renda, escolaridade e arranjos de moradia), as variáveis subjetivas (auto avaliação de saúde, auto eficácia, solidão, avaliação dos apoios advindos dos membros das redes informais) e aquelas que analisam as relações sociais dos idosos (tamanho das redes sociais, tipos de vínculos, frequência das interações, disponibilidade de apoio e níveis de participação social) têm se mostrado preditivas para os diversos desfechos clínicos de saúde dessa população (Cooper, Huisman, Kuh & Deeg, 2011; Gildner, Liebert, Capistrant, D'Este, Snodgrass & Kowal, 2016; Li, Ji & Chen, 2014; Neri et al., 2018). A investigação destes aspectos é significativa no sentido de que eles parecem poder proteger

a saúde e o bem-estar dos idosos dos efeitos das perdas e adversidades, além de promover a continuidade do seu desenvolvimento (Feeney & Collins, 2015; Neri et al., 2018).

O envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é relevante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (Veras & Oliveira, 2018). Neste sentido, o presente estudo, que se constitui como uma segunda onda do estudo FIBRA-JF, visa analisar a relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização e óbito em idosos de Juiz de Fora. Estes indivíduos foram analisados pela primeira onda do trabalho entre os anos de 2009-2010, com base no banco de dados do estudo inicial Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA). O FIBRA foi um projeto de base populacional composto por quatro grupos, liderados por pesquisadores da USP-Ribeirão Preto, Unicamp, UFMG e UERJ, que teve objetivos compartilhados e investigados por meio de um estudo multicêntrico e multidisciplinar. Além disso, cada um dos grupos também possuía subprojetos específicos associados aos seus interesses. De maneira geral, uma rede de pesquisa foi criada com o intuito comum de identificar condições e prevalência de fragilidade, de acordo com o conceito estabelecido por Fried et al. (2001) em idosos maiores de 65 anos, urbanos, recrutados em comunidades de 17 cidades das cinco regiões brasileiras (Lourenço et al., 2019; Moreira & Lourenço, 2013; Vieira et al., 2013).

Na cidade de Juiz de Fora, o estudo FIBRA foi vinculado ao polo UERJ em sua primeira onda, finalizada no ano de 2010. Seus resultados demonstram que a prevalência de fragilidade nos idosos participantes foi de 5,2% e que 49,9% dos indivíduos eram considerados pré-frágeis, isto é, quase metade da amostra estava sob risco de progressão para a condição de fragilidade (Lourenço et al., 2019).

Diante da adversidade e situação de risco em que a maioria dos idosos participantes se encontrava (Lourenço et al., 2019) e considerando que a fragilidade pode trazer diversas consequências físicas e sociais para o idoso e para aqueles que o permeiam, pretendeu-se reavaliar a população anteriormente estudada nesta segunda onda do estudo. Assim, com base nos resultados encontrados espera-se contribuir para o aprimoramento do conhecimento na área de saúde do idoso, colaborando também para a ampliação dos investimentos em projetos de saúde pública e privada no sentido da prevenção. A partir dos apontamentos sobre aspectos relevantes da relação entre fatores biopsicossociais e alguns dos principais desfechos clínicos que acometem os idosos, é possível evitá-los ou minimizá-los por meio de intervenções mais efetivas para que se possa

proporcionar maior qualidade de vida e a vivência de um envelhecimento bem-sucedido para a população investigada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional se constitui como uma das mais importantes mudanças demográficas e sociais observadas em quase todo o mundo. Esse fenômeno, que inicialmente foi percebido apenas nos países desenvolvidos, ocorre atualmente com grande velocidade em países em desenvolvimento, sendo considerado como uma das maiores conquistas do século XX e um grande desafio do século atual (Veras & Oliveira, 2018).

De acordo com dados divulgados por um relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais. O aumento na expectativa de vida, combinado com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, leva ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015, por exemplo, poderia esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos nestes mesmos países. Na República Islâmica do Irã, apenas 1 em cada 10 pessoas da população tinha mais de 60 anos em 2015. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de 1 a cada 3, indicando o elevado ritmo de envelhecimento da população (WHO, 2015).

É marcante a diferença entre a velocidade da transição demográfica observada nos países desenvolvidos e a prevista para os países em desenvolvimento. Como pode ser constatado a partir da Figura 1, enquanto a França levou aproximadamente 150 anos para que a população acima de sessenta anos passasse de 10 para 20% do total de indivíduos, países como Brasil, México, China e Índia terão apenas vinte anos para poder se adaptar à mesma situação (Reis, Barbosa & Pimentel, 2016).

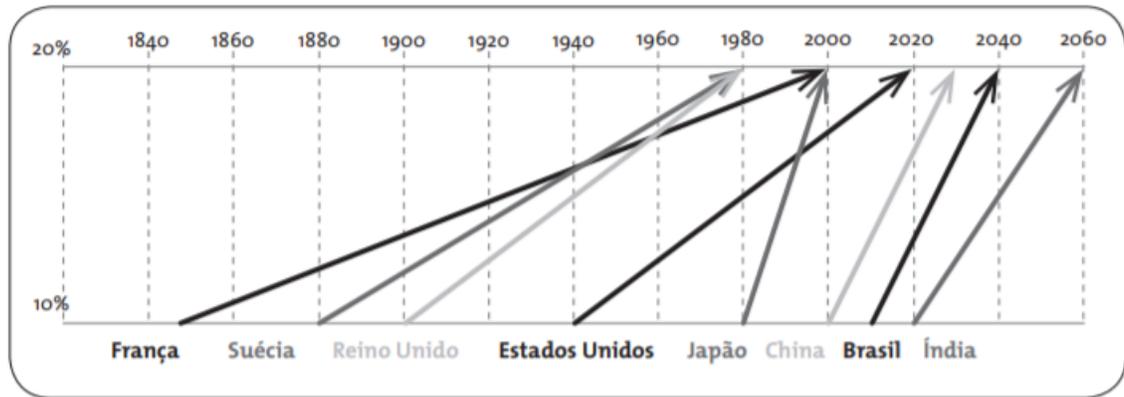


Figura 1. Velocidade do envelhecimento da população (tempo para a população de idosos passar de 10% para 20% da população).

Fonte: Adaptado de WHO, 2015

Ao comparar os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, os últimos não têm acompanhado o ritmo rápido de envelhecimento da população em termos de desenvolvimento socioeconômico. Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante, durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento está sendo reduzido a duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (WHO, 2002). Além disso, o rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e migração. A urbanização, juntamente com saída dos jovens para grandes centros à procura de estudo e trabalho, além da redução nas famílias e a maior presença das mulheres como força de trabalho formal, significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar das pessoas mais velhas (WHO, 2002).

Para enfrentar o desafio da rápida e crescente mudança demográfica, inúmeras iniciativas foram sendo desenvolvidas ao nível mundial, tais como a realização das Assembleias sobre o Envelhecimento, pela Organização das Nações Unidas, e o lançamento do Plano de Envelhecimento Ativo e do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, 2007). No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, 1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria n. 1395/GM, 1999) foram estabelecidas na década de 90 com a perspectiva de promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Esse processo foi reforçado pela promulgação do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, 2003) e por compromissos formalizados a

fim de promover o envelhecimento ativo (Decreto n. 8.114/13, 2013) pelo governo brasileiro, acompanhando a tendência dos movimentos internacionais (Barros & Goldbaum, 2018).

Quando se trabalha com idosos, é preciso primeiramente conceituar este grupo tão amplo. A definição mais comum para estes indivíduos está baseada no limite etário, principalmente para que a elaboração de leis, ações e políticas públicas parta de uma idade em comum pré-determinada, podendo ser então mais efetivas a partir da conciliação das diferentes ênfases e necessidades dos idosos e contribuindo para que um maior número de pessoas possa alcançar trajetórias positivas em seu processo de envelhecimento (WHO, 2015). Na definição apresentada pela Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) o indivíduo é considerado como tal a partir dos sessenta anos de idade.

O Estatuto do Idoso, por meio da lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, confirma a definição da Política Nacional do Idoso e considera como idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz uma diferenciação quando se trata de países em desenvolvimento e aqueles já desenvolvidos: nos primeiros é considerado como idoso o indivíduo que possui 60 anos ou mais; e no segundo grupo, aqueles com 65 anos ou mais. A categoria “idoso” é uma definição complexa, visto que existem características biológicas, sociais, culturais e econômicas que se modificam ao longo de 3 décadas deste grupo etário durante o ciclo de vida (Moraes, 2009). Neste sentido, a interação entre os vários fatores ambientais, genéticos e comportamentais pode contribuir ativamente para a explicação de tamanha heterogeneidade no decorrer do processo de envelhecimento (Jacob Filho & Kikuchi, 2011).

Até o início do século XX, pouco se falava do idoso e de sua qualidade de vida. A ênfase das evidências científicas tinha como foco as doenças e condições precárias nas quais viviam as pessoas que conseguiam chegar a uma idade um pouco mais avançada (Neri, 2013). Segundo Neri (2013), próximo ao ano de 1900, um cidadão europeu provavelmente não sobreviveria mais do que 45 anos devido à falta de vacinas, difíceis possibilidades de reabilitação e as duras condições de trabalho que lhe eram impostas. Entretanto, esse cenário foi modificado. Além da questão epidemiológica, outro fator que contribuiu para essa mudança foi que muitos jovens morreram por causa das guerras em vigência àquela época. Tais fatos trouxeram a necessidade de se repensar e reformular novas propostas de saúde, trabalho, desenvolvimento e funcionamento da sociedade para que houvessem condições mais dignas de envelhecer. Com as perdas de jovens nas batalhas, o restante da população precisou se reorganizar para assumir ativamente o lugar social que fora

deixado pelos mais novos, até o momento atual, em que vivenciamos uma inversão da pirâmide populacional (Neri, 2013).

O processo de evolução demográfica das sociedades é usualmente descrito em quatro etapas. Na primeira, a taxa de nascimento e a taxa de mortalidade são altas, resultando em baixo crescimento populacional e uma estrutura etária com formato de pirâmide, com muitas crianças e poucos idosos. Na segunda etapa, a queda da mortalidade infantil combinada com a manutenção de altas taxas de fertilidade provoca o crescimento populacional com um efeito chamado de “bônus demográfico”, uma vez que há um crescimento proporcional da população em idade ativa. Na terceira etapa, o fato relevante é a queda na taxa de fertilidade, estreitando a base da pirâmide e empurrando para cima a média de idade da população. Por fim, na quarta etapa, a mortalidade e a fertilidade são baixas e estáveis, o crescimento populacional estabiliza-se e a estrutura etária torna-se quase retangular, com maior ênfase da população idosa marcando o fenômeno do envelhecimento populacional (He, Goodkind & Kowal, 2016).

O Brasil apresentava um padrão demográfico regular até as décadas de 1940 e 1950, com níveis de fecundidade e mortalidade se mantendo apenas com pequenas variações. Nesta época, o padrão reprodutivo da família brasileira era composto por várias gestações, característica típica de sociedades precariamente urbanizadas e industrializadas (Simões, 2016). O quadro brasileiro de mudanças demográficas começou a se transformar de forma mais efetiva a partir de 1960, quando ocorreram quedas expressivas nos níveis de fecundidade. Este aspecto desacelerou o crescimento do número de crianças e adolescentes, enquanto aumentaram a população em idade ativa e a população idosa (Simões, 2016; Sousa, Gonçalves, Paskulin & Gamba, 2018). Além disso, o processo de reestruturação demográfica se caracterizou também pela diminuição nas taxas de mortalidade, que trouxe como consequência o aumento da expectativa de vida, juntamente com a maior qualidade de vida desses indivíduos (Closs & Schwanke, 2012).

De acordo com dados apresentados pelo IBGE, há menos de 70 anos, a expectativa de vida da população brasileira era de 42 anos e, em 2014 chegou a 74,9 anos (IBGE, 2014). Em 2015 os idosos representavam 13,7% da população no Brasil (207.848 milhões de brasileiros), o que correspondia ao total aproximado de 28,2 milhões de pessoas nesse grupo etário (IBGE, 2015). Apenas dois anos depois, esse total aproximado superou a marca de 30,2 milhões de indivíduos idosos em nosso país, com a prevalência das mulheres (Figura 2). A quantidade de longevos cresceu em todas as unidades da federação, sendo o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul os estados

com maior proporção de idosos, ambos com 18,6% de suas populações dentro do grupo de indivíduos com 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (IBGE, 2017). O envelhecimento é um fenômeno mundial que, no Brasil, ocorre de maneira acelerada.

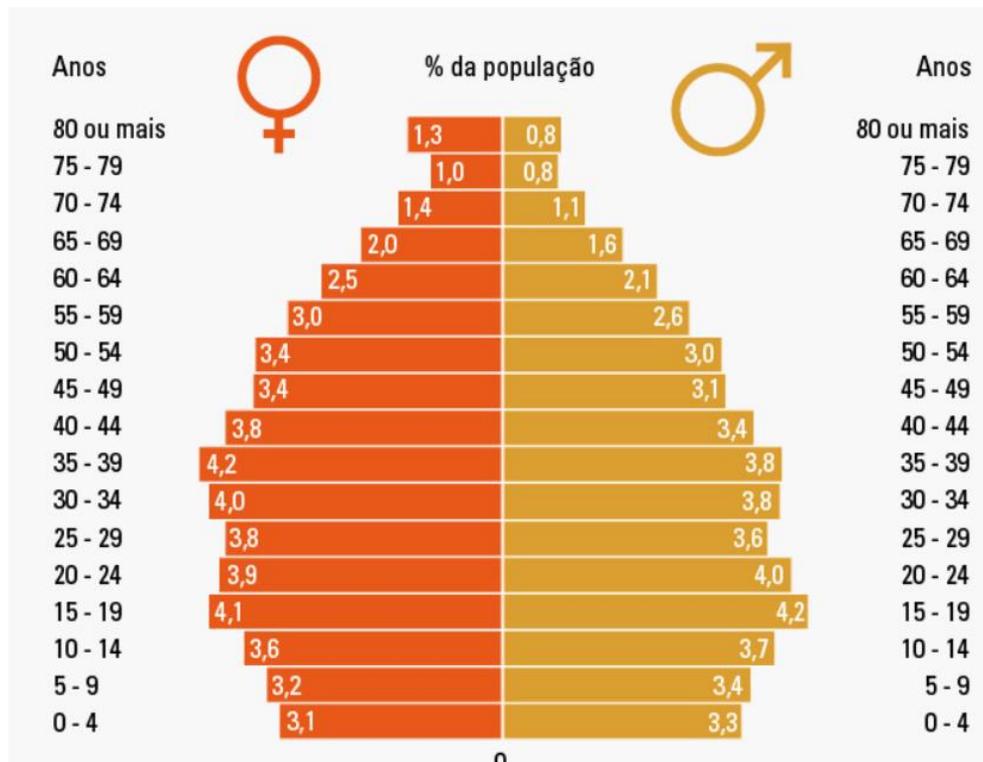


Figura 2. Distribuição da população por sexo e grupo de idade – 2017.

Fonte: Recuperado de IBGE (2017)

Como é possível perceber, vários idosos são incorporados todos os anos à população, brasileira, sendo que estes apresentam, de modo geral, uma diminuição de sua capacidade funcional e são demasiadamente acometidos por doenças crônicas (Banks, Muriel & Smith, 2010; Moreira, 2017; Vieira, Nascimento, Barros, Luz & Valle, 2016; Wang et al., 2014). Entretanto, cabe lembrar que envelhecer não significa o mesmo que adoecer. Os progressos no campo científico e tecnológico permitiram avanços no entendimento das necessidades dos idosos. Além disso, as melhorias na saúde permitiram à população com acesso aos serviços públicos ou privados adequados, melhor qualidade de vida nessa etapa da vida. Porém, diante da acentuada desigualdade social e pobreza, é preocupante pensar em quais indivíduos conseguem, de fato, ter acesso a estes serviços (Veras, 2009).

De acordo com Moreira (2017) para as próximas três décadas, o aumento da população idosa será ainda maior, de forma que a atenção voltada para ela será imprescindível dentro dos sistemas de saúde. No Brasil, atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis representam grande parte das causas de morte e os indivíduos pertencentes à faixa etária mais elevada estão entre os mais acometidos (Reis, Barbosa & Pimentel, 2016). Além disso, o crescimento desta população pode levar a um possível aumento das doenças degenerativas e incapacitantes (Moreira, 2017). É preciso então, que se pense na importância de investimentos em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida para a busca de soluções para os desafios atuais (Miranda, Mendes & Silva, 2016).

A amplitude das oportunidades que surgem com o aumento da longevidade dependerá de um fator fundamental: a saúde dos idosos. Se as pessoas vivem os anos extras de vida que estão sendo conquistados com boa saúde, sua autonomia e independência poderão ser mantidas com menos repercussões para o indivíduo, seu entorno social e para a sociedade. Entretanto, se esses anos a mais são determinados pelo declínio na capacidade física e/ou cognitiva, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade podem ser muito mais preocupantes (WHO, 2015). No Brasil, o alto custo dos serviços de saúde é concentrado em um pequeno subgrupo da população idosa, aqueles com 80 anos e mais, que apresentam maior incidência de hospitalização, queda, incapacidade funcional, além de, geralmente, se constituírem como o grupo de indivíduos mais frágeis e debilitados (Moreira, 2017).

2.1.1 A Fragilidade em Idosos

De acordo com Nunes (2011) o termo “idoso frágil” foi introduzido na literatura por Charles F. Fahey e membros do Federal Council on Aging (FCA) nos Estados Unidos, na década de 1970, a fim de denominar idosos que viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis e apresentavam debilidades físicas e cognitivas, necessitando de maiores cuidados. Na década de 80, alguns autores propuseram a utilização do termo fragilidade para caracterizar idosos com limitações funcionais, vulnerabilidade aumentada aos estressores ambientais e com dependência de terceiros (Certo, Sanchez, Galvão & Fernandes, 2016). A partir dessa década os idosos frágeis começaram a ser considerados aqueles com idade igual ou superior aos 65 anos que apresentassem

alguma multimorbidade ou dificuldade de desempenho de suas atividades cotidianas (Vieira, Guerra & Giacomini et al., 2013).

Gardner (2015) e Menezes (2017) reiteraram que a partir de 1990 o termo “ser frágil” foi gradativamente substituído pela condição de “tornar-se frágil”, já que nem todas as pessoas com limitações no desempenho de atividades diárias são frágeis, nem todas as pessoas frágeis apresentam limitações no desempenho das atividades e é possível que haja um potencial de prevenção contra a condição de fragilidade, demonstrando que essa síndrome pode ser revertida a níveis anteriores (Gardner, 2015; Menezes, 2017). Ainda assim, a fragilidade é uma questão relevante quando se faz referência ao envelhecimento. Apesar de não ser uma síndrome que necessariamente acomete todos os indivíduos envelhecidos, sua prevalência é alta, com dados apontando que em média 10 a 25% dos idosos com 65 anos ou mais se encontram no processo de fragilização (Perez, 2017).

Segundo Vieira (2013) o termo fragilidade configura-se como uma expressão complexa com relação ao envelhecimento populacional, pois apesar de apresentar relevante frequência junto ao tema, ainda há muitas divergências sobre seu significado e possíveis aspectos para classificação, além do termo poder induzir a um impacto negativo sobre a população alvo. A fragilidade pode ser associada com a idade avançada, embora não seja resultante exclusivamente do processo de envelhecimento. Além disso, ela também parece estar relacionada à presença de comorbidades, reduzido nível educacional e baixa renda, além de apresentar relação com o aumento do risco de hospitalização, tempo de uma possível internação, desenvolvimento de incapacidades, dependência, institucionalização e morte, constituindo-se também como um preditor para os desfechos negativos de quedas e doenças crônicas (Fried et al., 2001).

De acordo com Vieira, Guerra, Giacomini et al. (2013) não há uma definição consensual para o termo fragilidade, caracterizando-o como um conceito em evolução que apresenta uma pluralidade de definições operacionais. Essa multiplicidade de conceituações aumenta a dificuldade na identificação prévia dos idosos frágeis e na compreensão do processo de fragilização, reduzindo a eficácia de programas de atenção à saúde que contemplam esta população. A identificação de idosos frágeis ou em risco de fragilidade deve ser um dos fundamentos básicos no cuidado geriátrico devido à complexidade e importância do tema quando se trata do envelhecimento, com implicações tanto para os pacientes quanto para o uso dos serviços de saúde (Sutton et al., 2016).

Após diversas tentativas de grupos internacionais para estabelecer parâmetros clínicos para o diagnóstico da síndrome da fragilidade, foram adotados o seguinte consenso na literatura: a fragilidade é uma síndrome clínica que indica aumento da vulnerabilidade biológica aos estressores, acarretando prejuízos funcionais e aumento dos eventos adversos à saúde (Chen, Mao & Leng, 2014). Além disso, ela é decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo do curso da vida e pode ser reversível ou atenuada por meio de intervenções adequadas. O conhecimento a respeito dessa síndrome se mostra útil para o planejamento e a realização de cuidados em todos os níveis, principalmente no setor primário de saúde (Chen, Mao & Leng, 2014).

Perez (2017) comenta que diversos fatores (econômicos, sociais, biológicos e culturais) influenciam o estado de saúde de uma pessoa, devendo ser estudados conjuntamente para se obter melhores índices e maiores informações sobre seus aspectos de vida. No caso dos idosos, a multiplicidade de fatores associados à proposta de saúde, acrescido da heterogeneidade da população, faz com que seja importante a utilização de um método de estudo que combine fatores relacionados à saúde e aos aspectos psicossociais, demonstrando as semelhanças e diferenças em relação aos diversos indivíduos (Perez, 2017).

Diante da relevância do tema, vários modelos para a identificação dos idosos frágeis ou em processo de fragilização têm sido utilizados. Lourenço et al. (2019) afirma que instrumentos como a *Edmonton Frail Scale* e o *Tilburg Frailty Indicator* têm se apresentado como boas alternativas para identificação de fragilidade em diversos países, inclusive no Brasil. Menezes (2017) aponta que dois grandes grupos de pesquisa se destacaram ao tratar da questão da fragilidade: o grupo da Johns Hopkins University, dos Estados Unidos, coordenado por Linda Fried e o grupo do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A), realizado no Canadá em colaboração com a Europa, Israel e Japão (Fried et al., 2001; Menezes, 2017; Rockwood et al., 2004). Este último grupo elaborou um índice de rastreio para a fragilidade denominado *Frailty Index*, fundamentado na observação de setenta variáveis relacionadas a sintomas, morbidades, incapacidades e deficiências. Com isso, quanto maior o escore de acúmulo de déficits identificados, maior o nível de fragilidade (Rockwood, 2005). Entretanto, a proposta do primeiro grupo, dos Estados Unidos, é a mais disseminada. Ela é composta pela escala de fragilidade de Fried et al. (2001), constituindo-se como

um dos métodos de avaliação de fragilidade e predição de eventos adversos de saúde mais utilizados em todo o mundo (Lourenço et al., 2019).

O modelo do fenótipo de fragilidade de Fried et al. (2001) engloba os aspectos fisiológicos envolvidos na síndrome e foi proposto com base nos dados do *Cardiovascular Health Study*, um estudo prospectivo e observacional de homens e mulheres com 65 anos ou mais. Este fenótipo é embasado por uma tríade de alterações relacionadas ao envelhecimento que incluem a sarcopenia, a desregulação neuroendócrina e a disfunção imunológica. Neste modelo, a fragilidade é caracterizada a partir da presença de cinco componentes clínicos básicos: a perda de peso não intencional, fraqueza muscular, fadiga, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha. Se o indivíduo possui três ou mais destes cinco componentes, ele pode ser considerado como frágil. Quando há a presença de um ou dois componentes, o indivíduo é caracterizado como pré-frágil, ou seja, ele se encontra em situação de risco aumentado para o desenvolvimento da síndrome da fragilidade. Por fim, quando não há a apresentação de nenhum dos cinco critérios descritos, o idoso é considerado como não frágil, ou robusto (Fried et al., 2001). É importante ressaltar que esses estados nos quais o indivíduo pode estar classificado (frágil, pré-frágil e não frágil) estão relacionados entre si e à morte de maneiras complexas (Lepeleire, Iliffe, Mann & Degryse, 2009), conforme é demonstrado na Figura 3.

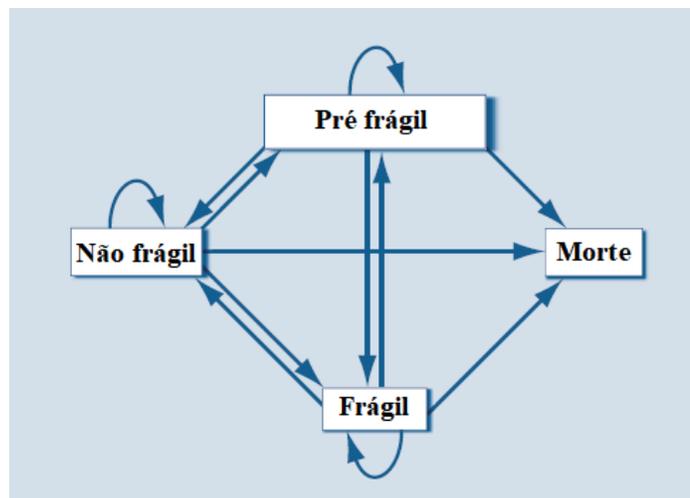


Figura 3. Relação entre fragilidade, idoso pré frágil e não frágil (ou robusto) e a morte.
Fonte: Lepeleire, Iliffe, Mann & Degryse (2009). Adaptado por Barbosa (2019).

A fragilidade afeta os sistemas fisiológicos: alterações neuromusculares, desregulação do sistema neuroendócrino e a disfunção do sistema imunológico. As alterações neuromusculares

podem ocorrer simultaneamente com o surgimento de sarcopenia (atrofia das fibras musculares rápidas), e da dinapenia (diminuição da força muscular), além de reduzida tolerância ao exercício e redução da velocidade de marcha (Certo, Sanchez, Galvão & Fernandes, 2016).

O fenótipo de fragilidade descrito por Linda Fried e seus colaboradores pode ser considerado como resultado de um ciclo de fragilidade, conforme apresentado na Figura 4, no qual os componentes deste ciclo são consistentes com os cinco critérios do fenótipo e estão associados às alterações decorrentes do envelhecimento. O ciclo, que é representado por um espiral com potencial decrescente de reserva de energia de múltiplos sistemas, explica hipoteticamente as condições de fraqueza, perda de peso e alterações na marcha, justificando o alto risco para as consequências adversas da síndrome (Fried et al., 2001; Menezes, 2017).

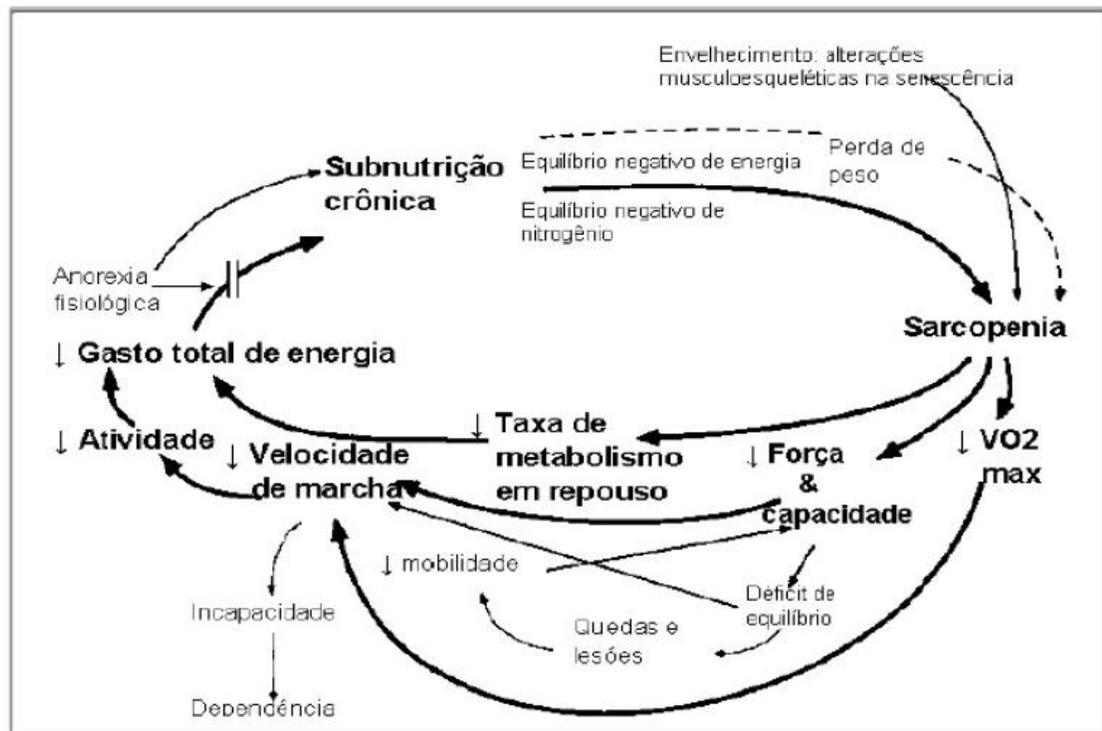


Figura 4. Ciclo da Fragilidade

Fonte: Fried et al. (2001). Adaptado por Teixeira (2006).

Este ciclo hipotético contém os principais elementos biológicos comumente identificados como sinais e sintomas clínicos da fragilidade e descreve um processo de perda energética que inclui perda de massa e força muscular, diminuição da taxa metabólica, declínio do gasto energético e da mobilidade. Nesse modelo estão caracterizados múltiplos pontos potenciais de entrada no

ciclo, que incluem condições fisiológicas implícitas à instalação da fragilidade e podem contribuir para identificar a síndrome quando ela estiver presente (Fried et al., 2001). Os principais componentes na retroalimentação negativa deste ciclo são subnutrição crônica, a sarcopenia, declínio da força física e da tolerância ao exercício, e declínio no gasto total de energia (Fried et al., 2001; Fried, Walston, 2003). Entretanto, os aspectos psicossociais, que são de extrema relevância quando se trata dos idosos e de aspectos relacionados à fragilidade destes indivíduos, não são levados em consideração neste modelo. A percepção puramente biomédica no ciclo de fragilidade apresentado deixa de englobar fatores relevantes que podem também contribuir para a manutenção e maior ocorrência do ciclo.

Dessa forma, os pesquisadores afirmam que o fenótipo e o ciclo não são suficientes para explicar os mecanismos que provocam a redução da competência sistêmica da homeostase do organismo, pois as bases fisiológicas de risco para a fragilidade poderão ser entendidas a partir de estudos que enfoquem as alterações de múltiplos sistemas e o declínio da reserva energética decorrente do envelhecimento (Fried et al., 2001). Ressalta-se que a fragilidade, as comorbidades e as incapacidades são condições clínicas distintas, embora possam ocorrer simultaneamente. Não há um caminho linear da morbidade, passando pela incapacidade e chegando à fragilidade, pois esta última pode ser tanto a causa da incapacidade em alguns casos, como a sua consequência, em outros (Fried et al., 2001; Lepeleire, Iliffe, Mann & Degryse, 2009; Menezes, 2017).

Com o processo de envelhecimento populacional caminhando rapidamente e a longevidade se estendendo cada vez mais, torna-se necessário um olhar mais atento para a fragilidade (Gesualdo, 2016). Conforme foi evidenciado, esta pode ser compreendida como um estado que acarreta prejuízos a indivíduos que vivenciam perdas ou déficits nos domínios físico, psicológico e/ou social; podendo ser causada por diferentes variáveis e aumentando o risco de desfechos adversos de saúde como é o caso, principalmente, da hospitalização de idosos.

2.1.2 A Hospitalização dos Idosos

Com o envelhecimento, há a maior possibilidade do aparecimento de doenças que perduram por muitos anos e exigem cuidados constantes como medicação, exames rotineiros diversos e, em última instância, a hospitalização. Esta, por sua vez, se torna cada vez mais frequente entre os idosos, com o tempo de ocupação do leito maior, caracterizando um aumento no uso dos serviços

de saúde por estes indivíduos quando comparados a outros segmentos e faixas etárias (Moraes, 2009; Veras, 2009; Veras & Oliveira, 2018).

As alterações biológicas podem tornar o idoso menos capaz de manter seu equilíbrio interno quando ele se encontra submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (Sthal, Berti & Palhares, 2011). A elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, acrescida da ocorrência de diversas morbidades têm sido consideradas responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia dos idosos, que apresentam necessidades peculiares (Sthal, Berti & Palhares, 2011). Conforme é salientado no conceito de saúde desenvolvido pelo OMS (1947), estar saudável não é apenas não estar doente, mas ter uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, isto é, este conceito sugere que cuidar da saúde requer o exame e o entendimento de fatores de forma sistêmica e integralizada. Essa noção se amplia quando se trata do idoso, devido à multiplicidade de fatores associados à proposta de saúde, além da heterogeneidade dessa parcela da população (Alves, Leite & Machado, 2008; Peres, 2008).

No Brasil, a razão hospitalização/tamanho da população aumenta progressivamente com a idade e o impacto negativo de uma internação hospitalar sobre a saúde do idoso é um fato relevante (Veras & Oliveira, 2018). Em 2016, o sistema público de saúde do Brasil (Sistema Único de Saúde – SUS) realizou mais de 11 milhões de internações hospitalares. Dessas, 36% assistiram pessoas com 50 anos ou mais, sendo que a perspectiva é de que o número de internações aumente nos próximos anos em decorrência do processo de envelhecimento populacional. A magnitude dos gastos em saúde será fortemente influenciada pela tensão entre o envelhecimento saudável e aquele com maior carga de enfermidades e dependência (Melo-Silva, Mambrini, Junior, Andrade & Lima-Costa, 2018).

No caso específico do idoso hospitalizado, é possível que este apresente uma diminuição rápida de sua capacidade funcional, podendo receber alta hospitalar com um status funcional inferior ao inicial, o que contribui para uma espécie de espiral negativa de fragilização (Perez, 2008). Assim, mecanismos desenvolvidos com o intuito de identificar o subgrupo de idosos que têm maior risco de hospitalização são muito úteis, no sentido de possibilitar que o estabelecimento de prioridades de atenção à saúde do idoso sejam estabelecidas (Perez, 2008).

De acordo com Hallgren, Fransson, Kareholt, Reynolds, Pedersen, Aslan (2016) as internações hospitalares não são determinadas apenas pelas necessidades objetivas de cuidado de uma pessoa. Vários outros fatores podem influenciar o uso dos serviços de saúde, especialmente entre os idosos. Os autores apresentaram que, por vezes, estes indivíduos são recebidos em emergências e setores hospitalares com queixas que não têm um diagnóstico médico ou fisiopatológico claro, mas um viés psicossocial muito evidente. A inclusão de fatores sociais e psicológicos quando se trata dos aspectos referentes ao idoso hospitalizado parece oferecer uma compreensão mais ampla dos cuidados em saúde (Hallgren et al., 2016).

Dupre et al. (2017) destacaram alguns fatores não clínicos que contribuem para o melhor entendimento das disparidades no desenvolvimento, tratamento e prognóstico de pacientes com doença cardiovascular, uma das principais causas de internação de idosos. Com relação à hospitalização, os autores afirmaram que fatores socioeconômicos, psicossociais e de comportamento estavam associados às admissões deste tipo de pacientes em instituições de saúde. De acordo com o que foi apresentado, a falta de apoio social e familiar foi um fator preditor para doenças cardíacas, devido à falta de recursos que este problema acarreta e a maior angústia das pessoas que estão nessa situação. Estes fatores contribuíram ativamente para resultados diversos em relação ao adoecimento, o que incluiu a admissão hospitalar e a permanência prolongada do paciente neste ambiente (Dupre et al., 2017). Além disso, este estudo revelou que a baixa escolaridade e o fato de estar desempregado também apresentaram correlações positivas com a menor eficácia no cuidado com a saúde, concluindo que nos indivíduos sem uma ocupação efetiva, os níveis de estresse e de sintomas depressivos decorrentes eram maiores (Dupre et al., 2017).

A depressão na terceira idade é um problema de saúde mental bastante comum, com profundo impacto negativo sob todos os aspectos na vida do idoso, bem como em sua família e na comunidade. Tal impacto está associado à pior qualidade de vida, piores desfechos em saúde, maior utilização com maiores custos de serviços de saúde, além do aumento do risco de morte (Cohen, Paskulin & Prieb, 2015; Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça & Caldeira, 2015).

Pimouguet et al. (2017) afirmaram que, de maneira geral, existe maior chance de admissão hospitalar em indivíduos que não são casados e naqueles que vivem sozinhos, com o isolamento social ocupando um lugar de destaque nas taxas de internação (Rönneikkö et al., 2017). Dados sugeriram que os idosos que moravam sozinhos eram mais propensos a usar certos tipos de serviços

de saúde, como o serviço hospitalar, o que podia ser devido à falta de cuidados disponíveis em casa, incapacidade de confiar nos outros para avaliar suas necessidades de saúde ou devido à falta de apoio para a realização das atividades diárias, necessárias para a sobrevivência (Pimouguet et al., 2017).

Dahberg, Agahi, Schön and Lennartsson (2018) analisaram admissões hospitalares planejadas e não planejadas em pessoas idosas na Suécia e encontraram que as internações foram influenciadas pela situação de assistência social. Basicamente, os autores demonstraram que cuidados de saúde e internações hospitalares podem ser planejados ou não planejados. Na Suécia, país do estudo, o atendimento hospitalar planejado é mais utilizado através de encaminhamento da atenção primária e inclui, por exemplo, cirurgias eletivas. O uso planejado de cuidados é intencional, pode ser preventivo e, portanto, pode ser visto como um sinal de autogestão eficaz da saúde. Em contrapartida, os cuidados de saúde não planejados podem ser causados pela incapacidade do indivíduo em cuidar de si próprio, por problemas relacionados à situação de cuidados em casa ou na atenção primária em saúde (Dahberg, Agahi, Schön & Lennartsson, 2018).

No mesmo estudo (Dahberg, Agahi, Schön & Lennartsson, 2018) as internações planejadas foram associadas à idade avançada, auto avaliação de saúde ruim e ao maior número de doenças. O fator social mais relevante associado às internações hospitalares planejadas foi a situação de moradia e cuidado, sendo que viver em uma instituição estava negativamente associado a tais internações. Nas internações hospitalares não planejadas, o precário recebimento de ajuda domiciliar, baixos níveis de interações sociais e a baixa atividade social dos indivíduos foram os aspectos mais associados (Dahberg, Agahi, Schön & Lennartsson, 2018).

Alberte (2009) afirmou que estudos sobre suporte social, incluindo aspectos tais como renda familiar, situação conjugal e relações interpessoais, mostraram uma nítida associação entre a diminuição de suporte social com sintomas e distúrbios psicológicos. De acordo com Amaral, Guerra, Nascimento e Maciel (2013) a ausência de apoio social é um dos fatores importantes que afeta os sistemas de defesa do organismo, fazendo com que o indivíduo se torne mais suscetível às doenças. Entende-se que os laços sociais e o apoio estabelecido pelos idosos têm influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse.

Na literatura sobre o construto apoio social, geralmente são distinguidos dois modelos teóricos diferentes para falar a respeito da relação entre aspectos psicossociais e os desfechos negativos em saúde. O primeiro modelo é o modelo de efeito direto e pressupõe que o apoio social

tem um efeito benéfico direto sobre a saúde, independentemente de uma situação de estresse estar presente ou não. Este paradigma propõe que as relações sociais podem estar associadas a efeitos protetores da saúde por meios mais diretos, como influências cognitivas, emocionais, comportamentais e biológicas que não são explicitamente entendidas como ajuda ou apoio. Como exemplo, as relações sociais podem estimular diretamente ou indiretamente a construção de comportamentos saudáveis; assim, fazer parte de uma rede social pode ser associado à conformidade com normas sociais relevantes para a saúde e para o autocuidado, dependendo do grupo em que o indivíduo está inserido. Além disso, fazer parte de uma rede social proporciona aos indivíduos papéis significativos que possibilitam melhores níveis de auto-estima e propósito à vida (Cooper, Huisman, Kuh and Deeg, 2011; Holt-Lunstad, Smith, Layton, 2010).

O segundo modelo é o chamado amortecimento de estresse, em que o apoio social pode atuar adicionalmente como um amortecedor, diminuindo o impacto negativo dos estressores na saúde. Neste caso, seria como se as relações sociais pudessem fornecer recursos (informacionais, emocionais ou tangíveis) que promovam respostas adaptativas, comportamentais ou neuroendócrinas a estressores agudos ou crônicos como doenças e eventos ou transições de vida. A ajuda das relações sociais poderia então moderar ou atenuar a influência deletéria dos estressores na saúde. Nessa perspectiva, o termo apoio social é utilizado para se referir à disponibilidade real ou percebida dos recursos sociais (Cooper, Huisman, Kuh and Deeg, 2011; Holt-Lunstad, Smith, Layton, 2010).

A presença de uma doença pode ser um dos principais estressores para o funcionamento físico e psicossocial em pessoas idosas. O status que acompanha determinado diagnóstico e os aspectos psicossociais podem interagir para influenciar na forma como um indivíduo vivencia os possíveis desfechos negativos da velhice (Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke & van Eijk, 1997). O maior agravo de doenças, juntamente com as possíveis limitações para a realização de atividades de vida diária, pode fazer com que os idosos necessitem de acompanhamento e cuidados de longa duração. A reflexão acerca do conceito e das problemáticas que permeiam tais cuidados é fundamental para que sejam identificadas as necessidades iminentes vivenciadas pelos idosos e para que seja possível a realização de ações eficazes, a fim de buscar a resolução de problemas, promovendo também melhor qualidade de vida aos longevos (Oliveira, 2016). Neste sentido, conhecer os fatores prognósticos de morbididades e de mortalidade se torna um aspecto relevante na medida em que os estudos de predição contribuem para a orientação, criação e

desenvolvimento do plano de cuidados para todos os idosos, enfatizando que ações precisam ser direcionadas aos fatores remediáveis, no intuito de reduzir o adoecimento e, principalmente, a mortalidade precoce destes indivíduos.

2.1.3 O óbito em idosos

A combinação das transições demográfica e epidemiológica que vêm ocorrendo em todo mundo associa-se ao aumento das taxas de mortalidade proporcional de indivíduos idosos na população em geral (Borim, Francisco & Neri, 2017). Quando se analisa as causas de mortalidade, evidências demonstram que o maior número de óbitos se encontra nos extremos da vida, isto é, no período mais próximo ao nascimento e depois, na velhice (Rosa, Rossato, Bombardelli, Sturmer & Rosa, 2010).

Com o envelhecimento populacional as pessoas tendem a estar mais expostas a fatores de risco, o que aumenta a probabilidade do desenvolvimento de diversas doenças, principalmente as crônicas. Quanto mais problemas de saúde são vivenciados pelos indivíduos, mais difícil se torna a manutenção de um estado de homeostase, o que faz com que seja maior o risco de agravamento de doenças e de morte (Rockwood & Mitnitski, 2011; Zeng, Song, Dong, Mitnitski, Liu, Guo & Rockwood, 2015). Entretanto, esse risco aumentado parece ser diferente quando se trata da idade dos adultos mais velhos (Cabrera, Andrade e Wajngarten, 2007; Zeng et al., 2015). As pessoas que têm sido evidenciadas com risco mais elevado de agravamento de questões de saúde e, conseqüentemente, de morte, são aquelas com 85 anos ou mais, homens, geralmente consideradas como frágeis (Cabrera, Andrade & Wajngarten, 2007; Rockwood & Mitnitski, 2011). Estima-se que, por volta de 2030, 78% das mortes no Brasil ocorrerão com pessoas na mesma faixa etária, vivenciando a mesma situação de fragilidade, pois dados apontam que à medida que as populações envelhecem, a complexidade dessa síndrome desafia os sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito à prestação de cuidados (Rockwood & Mitnitski, 2011; United Nations, 2015).

Estudos prévios já demonstraram importantes associações entre fragilidade e idade (Ottensbacher et al., 2005), sexo (Alvarado et al., 2008), nível socioeconômico (Rockwood et al., 1994), doenças crônicas (Nourhashemi et al., 2001), função cognitiva (Fried et al., 2001), depressão (Woods et al., 2005), incapacidade funcional (Michelon et al., 2006) e entre fragilidade e óbito (Puts, Deeg & Lips, 2005). De acordo Mello, Engstrom e Alves (2014) há evidências de uma forte

relação entre fragilidade e mortalidade em homens e mulheres idosos e, entre as mulheres, essa intensidade da associação é ainda maior (Puts, Deeg & Lips, 2005; Martínez-reig et al., 2016). Duarte et al. (2011) realizaram um estudo de sobrevivência com idosos brasileiros acima de 75 anos de acordo com as categorias da fragilidade (não frágil, pré-frágil e frágil) em 3 anos de *follow-up* visando estabelecer o risco de óbitos entre eles. Os achados mostraram que idosos pré-frágeis e frágeis apresentaram um risco relativo maior de evoluírem para óbito ao longo do acompanhamento (Alves, Duarte & Lebrão, 2016).

Além da fragilidade, estimativas divulgadas em 2007 apontaram que 72% das mortes de todos os brasileiros adultos e idosos neste ano, foram decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Borim, Francisco & Neri, 2017; Cabrera, Andrade e Wajngarten, 2007; Schmidt et al., 2011). Nas últimas décadas, os acometimentos crônicos lideraram as causas de óbitos no Brasil, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas (Borim, Francisco & Neri, 2017; Carvalho, Carvalho, Laurenti & Payão, 2014; Rosa, Rossato, Bombardelli, Sturmer & Rosa, 2010). De maneira geral, as principais causas de morte na população idosa brasileira são as doenças cardiovasculares (com ênfase nas doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares), doenças neoplásicas e respiratórias (Borim, Francisco & Neri, 2017; Carvalho, Carvalho, Laurenti & Payão, 2014; Rosa, Rossato, Bombardelli, Sturmer & Rosa, 2010). Esse padrão segue o que prevalece em outros países, conforme divulgado no Global Burden of Disease Study (GBD, 2014) e indica o direcionamento que deve ser estabelecido pelas políticas públicas no sentido de investir mais consistentemente em estratégias de promoção e de prevenção da saúde com ênfase nos comportamentos de saúde, levando-se em consideração as diferenças nas realidades de cada região do país a fim de buscar uma forma de melhorar a qualidade de vida da população de adultos e idosos (Borim, Francisco & Neri, 2017; Simões et al., 2015).

Sobre as diferenças entre as regiões do país, a distribuição das causas de morte no território brasileiro ainda se mostra bastante heterogênea. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as agressões aos idosos configuram uma das quatro causas mais responsáveis pelo número de óbito destes indivíduos, enquanto que na região Norte, ainda há maior prevalência das doenças infectocontagiosas. Em contrapartida, no Sul e no Sudeste, as mortes por complicações advindas do Alzheimer e outras demências acontecem com mais constância do que no restante do país e são as maiores responsáveis pelos óbitos (Reis, Barbosa & Pimentel, 2016). Estes resultados apontam para diversas realidades e desigualdades ainda vivenciadas no Brasil.

No que se refere aos principais aspectos responsáveis pelo óbito dos idosos, fatores além dos biológicos têm sido evidenciados como relevantes, nesse processo. Inquéritos nacionais e internacionais investigaram variáveis psicossociais de risco para mortalidade em idosos, entre elas, depressão, apoio social, auto avaliação de saúde, aspectos cognitivos, perda da capacidade funcional, número de medicamentos consumidos, fragilidade e a ocorrência de quedas (Alamgir, Muazzam & Narrullah, 2012; Borim, Francisco & Neri, 2017; Dapp, Minder, Anders, Golgert & Renteln-Kruse, 2014; Skoog et al., 2017). Maia, Duarte, Lebrão e Santos (2006) apontaram que os fatores de risco para óbito entre idosos frequentemente descritos pela literatura como imutáveis são a idade e o sexo, com os homens mais suscetíveis do que as mulheres. Dentre os aspectos passíveis de serem alterados estão hospitalização, dependência para realização de atividades de vida diária, déficit cognitivo, hábitos de vida (como fumar e não praticar exercícios físicos), algumas morbidades como o câncer e a depressão, isolamento social e falta de suporte familiar, além do nível socioeconômico e auto avaliação negativa de saúde (Maia, Duarte, Lebrão & Santos, 2006).

Huisman et al. (2004) identificaram a persistência de desigualdades socioeconômicas na mortalidade entre idosos de 11 populações do Norte, Sul e países centrais da Europa, através de um estudo comparativo de mortalidade entre idosos e adultos jovens. Segundo os autores, o grande número de mortes adicionais nos grupos socioeconômicos mais baixos constitui um problema de saúde pública importante. Neste sentido, a auto avaliação subjetiva da saúde, entendida como uma informação prática e de rápida obtenção, tem se mostrado importante para os estudos relacionados à mortalidade. Quando considerada negativa, esta variável tem sido associada com o aumento no número de óbitos desde a década de 80, principalmente com relação aos homens que, quando avaliam sua saúde como ruim, tendem a apresentar maior risco de serem acometidos por um evento fatal (Ilder, 2003; Maia, Duarte, Lebrão & Santos, 2006).

Atenção especial também deve ser dispensada à depressão e ao isolamento social, eventos que podem ser comuns nos tempos atuais, principalmente entre os idosos, e que aumentam substancialmente o risco de eventos de saúde relacionados com o óbito (Nóbrega, Leal, Marques & Vieira, 2015; Pimouguet et al., 2017). Viver sozinho, uma proxy comum e objetiva do isolamento social, está associado à mortalidade em uma ampla variedade de populações clínicas e coortes populacionais (Pimouguet et al., 2017). O apoio social se enquadra como parte importante da atenção integral à saúde do idoso, sendo definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social, que pessoas ou instituições possam oferecer,

neste caso, para os idosos (Gonçalves et al., 2011; Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017; Marques et al., 2013; Melchiorre et al., 2013; Neri & Vieira, 2013). A falta de uma rede social é preditora de mortalidade por ter consequências na saúde mental do indivíduo, por estar relacionada com o aumento dos quadros de depressão, de incapacidades e diminuir parâmetros sociais como prevenção à institucionalização, e de saúde, como o bem-estar e a qualidade de vida (Gonçalves et al., 2011; Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017).

A depressão é apontada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana dos idosos, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano (Nóbrega, Leal, Marques & Vieira, 2015). O prejuízo no desempenho cognitivo pode alterar a capacidade funcional e comprometer outros domínios, tais como físico e social desses indivíduos (Maia, Duarte, Lebrão & Santos, 2006). O declínio do idoso por motivo de demência ou depressão tende a levá-lo à perda de autonomia e independência. Neste sentido, o déficit cognitivo de moderado a grave é relevante e demonstra estar associado ao desfecho descrito mesmo quando outras variáveis significativas, como as condições sociodemográficas e comorbidades crônicas, são controladas (Maia, Duarte, Lebrão & Santos, 2006).

De acordo com Bandura (2004), os fatores psicossociais têm grande potencial para determinar em que medida a vida poderá ser estendida eficazmente ou com debilidade, com dor e de forma dependente, sendo que, dentre os atributos psicológicos, a crença de autoeficácia percebida é um fator relevante considerado por este autor.

2.2 O CONCEITO DE AUTOEFICÁCIA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A Teoria Social Cognitiva (TSC), criada pelo psicólogo canadense Albert Bandura foi denominada em seu início como Teoria da Aprendizagem Social. Bandura mudou a abordagem de sua teoria de aprendizagem social para cognitiva para distanciá-la das teorias da aprendizagem que estavam em vigência na época (meados da década de 1970) e para enfatizar o papel que a cognição desempenha na capacidade das pessoas de construir suas realidades, autorregular-se, codificar informações e executar comportamentos (Pereira, Souza, Costa, Rossini, Gomes & Batista, 2018).

Entre os pensamentos que afetam o funcionamento humano, localizados no núcleo da TSC, destaca-se a crença de autoeficácia, que se constitui como um dos elementos principais da teoria

de Albert Bandura (1977; 1994; 2006). A autoeficácia é definida como a crença do indivíduo nas suas próprias capacidades de reunir recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais necessários para alcançar um objetivo, lidar com uma determinada situação ou desempenhar uma tarefa com o maior êxito possível (Bandura, 1977; 1994; 2006). Em outras palavras, a crença de autoeficácia pode ser definida como “as ideias que os indivíduos têm sobre a confiança nas suas capacidades para realizar determinada tarefa com sucesso ou não” (Bandura, 2008).

De acordo com a TSC (Bandura, 1977; 2006), as crenças de autoeficácia atuam como um mecanismo regulador da ação humana, influenciando a capacidade de estabelecer metas, executar planos de ação, tomar decisões e auto avaliar o comportamento. Essas crenças também influenciam o grau de esforço e persistência na busca de um objetivo e nas expectativas de resultado, ou seja, elas contribuem na determinação de como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam (Bandura, 1994). Quando uma pessoa possui baixa autoeficácia, ela está mais propensa a desistir de seus objetivos, não encarando os desafios e percalços que podem aparecer no decorrer da vida. No caso da pessoa com autoeficácia elevada, ela acredita que consegue lidar com as situações de modo satisfatório, apresenta maior confiança em sua capacidade, encarando as adversidades como desafios e não como ameaças, fazendo com que haja uma redução do medo de fracasso e maior aperfeiçoamento para a resolução de problemas (Bandura, 1994). De maneira geral, o indivíduo pode apresentar níveis de auto eficácia elevados ou reduzidos de acordo com seu próprio julgamento em relação às suas capacidades (Karlinski & Frasseto, 2013; Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell`Aglío, 2012).

Desse modo, a partir da TSC, a autoeficácia pode ser entendida, por um lado, na perspectiva de agente, na qual se observa a subjetividade do indivíduo, considerado sujeito de sua história e não apenas produto do meio. E, por outro lado, como uma reciprocidade existente entre indivíduo, ambiente e comportamento, o que permite ao indivíduo influenciar e ser influenciado em seu comportamento. Por fim, nota-se a relevância da especificidade do contexto, no qual existe o julgamento de competência (Barros & Batista-dos-Santos, 2010). Essas influências inter atuantes entre os aspectos pessoais, ambientais e comportamentais denominam-se relação triádica, que é a base da concepção de Bandura (2008) do determinismo recíproco. Neste determinismo, os fatores pessoais, que se apresentam através de cognições, afetos ou eventos biológicos, juntamente com os aspectos comportamentais ou as ações dos sujeitos e ambientes, criam interações que resultam

em uma reciprocidade triádica (Figura 5) dos determinantes do funcionamento humano (Azzi & Vieira, 2014).



Figura 5. Reciprocidade triádica do comportamento.

Fonte: Adaptada de Bandura (1997)

De acordo com Pajares e Olaz (2008), as crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas dedicarão a uma atividade, quanto tempo elas perseverarão quando se confrontarem com os possíveis obstáculos e o quanto serão resilientes diante de situações adversas. Para esses autores, quanto maior o sentido de autoeficácia, maior o esforço, a persistência e a resiliência. Como consequência, as crenças de autoeficácia também influenciam as escolhas que as pessoas fazem e os cursos de ação que procuram (Pajares e Olaz, 2008).

Como é possível perceber, as crenças de autoeficácia influenciam muitos aspectos da vida das pessoas, independentemente de como elas pensam, de maneira positiva ou negativa (Bandura, 1997). São constituídas no decorrer da vida do indivíduo, através da interação entre as dimensões cognitivas/afetivas, comportamentais ou ambientais, variando de acordo com três características distintas: quanto à magnitude (grau de complexidade ou de dificuldade visto como possível de ser enfrentado); quanto à força (ou o grau de segurança da pessoa em realizar determinada tarefa) e quanto à generalidade (diz respeito ao nível de generalização das crenças de auto eficácia pessoal já adquiridas para outros âmbitos de atividades) (Azzi & Vieira, 2014; Bandura, 1997).

Para Bandura, a constituição das crenças de autoeficácia se dá a partir das informações recebidas por meio de quatro fontes: a experiência direta, apontada como a principal forma de constituição, a experiência vicária, a persuasão social -ou verbal- e o estado físico (ou somático) e emocional (Bandura, 1994), o que faz com que ela possa influenciar tanto positivamente quanto

negativamente a vida das pessoas, dependendo de como a crença foi desenvolvida e das informações adquiridas para a sua construção (Pajares & Olaz, 2008).

A fonte da experiência direta, que consiste na avaliação das pessoas sobre o resultado do seu próprio desempenho em determinada atividade, coloca o sujeito em relação direta com os julgamentos de suas capacidades, fortalecendo ou enfraquecendo-os. Como ela depende apenas da avaliação do indivíduo de suas experiências de sucesso ou não, acaba sendo a maior fonte de constituição de autoeficácia. Por outro lado, as falhas podem comprometê-la, especialmente se estas ocorrerem antes que um sentimento de eficácia esteja firmemente estabelecido (Azzi & Vieira, 2014; Bandura, 1994).

A fonte de experiência vicária, calcada na aprendizagem por meio da observação, consiste no fato de o indivíduo constituir sua autoeficácia a partir do que ele observa e posteriormente avalia a partir da ação dos modelos sociais que estão dispostos e que são parecidos com os observadores. Na experiência vicária, o impacto da modelagem na percepção de autoeficácia é influenciado pela semelhança percebida em relação aos modelos. Se as pessoas veem os modelos como muito diferentes de si mesmos, sua autoeficácia percebida não é muito influenciada pelo comportamento dos modelos e pelos resultados que ele produz (Azzi & Vieira, 2014; Bandura, 1994; Bandura, 1997; Barros & Batista-dos-Santos, 2010). O observador fica atento para as consequências positivas ou negativas de determinadas ações, podendo vir a adotar tais condutas como referências para si, caso se identifique com o modelo (Barros & Batista-dos-Santos, 2010).

A persuasão social é tida como a terceira forma de reforçar as crenças das pessoas em suas capacidades. Pessoas que são persuadidas verbalmente no sentido de que possuem as capacidades para realizar determinadas atividades são suscetíveis a mobilizar um maior esforço e mantê-lo, do que aquelas que mantêm dúvidas e fixam-se nas deficiências pessoais quando algum problema surge. Além de levar as pessoas a tentarem com maior rigor serem bem-sucedidas, elas promovem o desenvolvimento de habilidades e um senso de eficácia pessoal (Bandura, 1994; Barros & Batista-dos-Santos, 2010). Pajares e Olaz (2008) entendem que os persuasores podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento das crenças de eficácia. Para estes autores (Pajares & Olaz, 2008), as persuasões positivas podem encorajar e/ou empoderar, enquanto que as persuasões negativas podem enfraquecer as crenças.

Por fim, os estados afetivos, somáticos ou fisiológicos, isto é, os estados de humor, podem interferir na capacidade avaliativa das pessoas, influenciando na diminuição ou aumento das

crenças de autoeficácia do indivíduo (Azzi & Vieira, 2014). Contudo, Bandura (1994) salienta que não é o grau de intensidade das reações físicas e emocionais que é importante, mas como elas são interpretadas por cada um. As pessoas com alto senso de eficácia podem ver seus estados de excitação como facilitador e fonte de energia do seu desempenho, enquanto aquelas com baixo senso de autoeficácia, consideram sua excitação como um fator debilitador (Bandura, 1994; Barros & Batista-dos-Santos, 2010).

De maneira sucinta, as crenças de autoeficácia afetam diferentes aspectos da vida, podendo ser adquiridas em contextos distintos ao longo dos anos e com seus resultados permanecendo e atuando sobre diferentes aspectos relacionados à persistência diante das adversidades (Fontes & Azzi, 2012). Acrescenta-se ainda que as crenças de autoeficácia estabelecem um alto nível de motivação que pode proporcionar maior esforço e perseverança diante das dificuldades no cumprimento de metas que o indivíduo estabelece durante o exercício de determinada atividade (Pereira, Souza, Costa, Rossini, Gomes & Batista, 2018). Este aspecto do maior esforço, de acordo com a motivação do indivíduo influenciada por sua crença, faz com que a autoeficácia possa ser considerada, por exemplo, um mecanismo relevante de proteção ou de mediação no ajustamento pessoal de indivíduos mais velhos com incapacidades. Esse recurso psicológico pode operar sobre os efeitos negativos das condições crônicas na vida dos idosos e sobre o enfrentamento das perdas em funções físicas e papéis sociais (Rabelo & Cardoso, 2007).

Silva e Lautert (2010), em investigação qualitativa para compreender como o senso de autoeficácia exercia influência na manutenção dos comportamentos promotores de saúde em pessoas idosas participantes de um centro de lazer, constataram que o senso positivo de autoeficácia destes indivíduos atingia diversas áreas, o que possibilitava que os idosos acreditassem em suas capacidades pessoais para garantir a manutenção dos comportamentos promotores de saúde e melhor adesão às atividades. Isso pode ser considerado como fator de prevenção contra os desfechos adversos da velhice tais como hospitalização, institucionalização e morte.

Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008) em uma pesquisa para analisar a relação entre eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos em idosos, observaram que o maior risco de depressão foi relacionado ao uso de estratégias de enfrentamento focadas nas emoções negativas, em excessos de comportamentos de risco, experiência de situações que afetam a descendência, estar entre os 60 e 69 anos e avaliar a autoeficácia para enfrentar as situações como inadequada. Aqueles idosos que avaliaram a autoeficácia ao enfrentamento como

inadequada, mostraram-se insatisfeitos com o próprio desempenho no evento estressante enfrentado. Além disso, tem sido descrito na literatura que o aumento da sintomatologia depressiva está relacionado a uma qualidade de vida prejudicada em idosos, principalmente nos aspectos emocionais, físicos e na saúde mental (Neves, Laham, Aranha, Santiago, Ferrari & Lucia, 2013).

Rabelo e Cardoso (2007), em uma revisão acerca da autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice, identificaram que quanto maiores as crenças de autoeficácia, menor a incapacidade do indivíduo, menos sintomas depressivos e menor declínio em atividades cotidianas, sendo que a percepção de saúde, a adequação à dor, o ajustamento social e a capacidade de se mobilizar para enfrentar situações que dependam de esforço são maiores.

Bandura (1977; 2006) aponta que a autoeficácia se baseia na percepção de competências, é prospectiva, relacionada à ação dependendo da situação, domínio ou tarefa específica. Isso quer dizer que o mesmo indivíduo pode apresentar uma percepção de autoeficácia elevada para desempenhar uma determinada tarefa como resolver um problema de álgebra, mas não para outra, o que faz com que o conceito de Bandura tenha sido denominado como autoeficácia específica (Chen, Stanley & Eden, 2001; Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell'Aglio, 2012; Scherbaum, Scherbaum, Cohen-Charash & Kern, 2006). Entretanto, embora o conceito tenha uma ênfase na especificidade, Bandura (1977) também afirma que as expectativas de eficácia possuem uma forte tendência a se generalizar, ou seja, a crença de ser capaz de desempenhar uma tarefa com êxito em algum domínio pode facilmente afetar a mesma expectativa em um domínio diferente. Resumidamente, as experiências vividas, tanto de sucesso, como de fracasso, contribuem para que crenças de autoeficácia se tornem mais gerais (Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell'Aglio, 2012).

Partindo da concepção da crença de autoeficácia específica, pesquisadores definiram e operacionalizam o conceito de autoeficácia geral, que diz respeito à confiança global do indivíduo em suas capacidades de lidar com uma grande variedade de demandas ou novas circunstâncias (Gardner & Pierce, 1998; Judge, Erez & Bono, 1998; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn & Rogers, 1982). A autoeficácia geral se diferencia da concepção original de Bandura a partir do momento em que retrata uma percepção ampla da competência pessoal para lidar com várias situações estressoras, se generalizando através de diferentes domínios do funcionamento em que a própria pessoa avalia o quanto foi eficaz (Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell'Aglio, 2012; Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Alguns pesquisadores sugeriram que a autoeficácia específica é um estado motivacional e autoeficácia geral, um traço motivacional, ambas se diferenciando de acordo com as suas especificidades e generalidades (Gardner e Pierce, 1998; Judge et al., 1998), ainda que compartilhem os mesmos antecedentes: experiência atual, aprendizagem vicária, persuasão verbal, estados psicológicos, fisiológicos, entre outros (Bandura, 1997). De acordo com Schwarzer and Jerusalem (1995), a autoeficácia definida por Bandura (1977, 1986) é necessária para uma série de situações específicas como, por exemplo, tarefas escolares ou ocupacionais, enquanto que a autoeficácia geral é necessária para explicar comportamentos e resultados de *coping* (ou enfrentamento) quando o contexto é menos circunscrito (Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell`Aglío, 2012).

Desde muito tempo, as pesquisas apontavam que pessoas com baixos sentimentos de independência, baixa autoestima e baixa autoeficácia tinham maior risco de sofrerem transtornos mentais e físicos, além do risco aumentado de morte precoce (Penninx, Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke & Eijk, 1997). As formas como a diminuição destes recursos pessoais de enfrentamento podem afetar a saúde parecem influenciar diretamente respostas fisiológicas e comportamentais relacionadas à mesma (Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell`Aglío, 2012). Neste sentido, no âmbito da psicologia, a autoeficácia geral pode ser um indicador útil na área da saúde, auxiliando na compreensão dos comportamentos de risco e dos processos de enfrentamento em contextos de saúde e doença que estão estritamente relacionados com a vivência de um envelhecimento bem-sucedido.

2.3 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA (*LIFESPAN*): DO INÍCIO À PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Paul B. Baltes nasceu em Saarlouis, na Alemanha, em junho de 1939. Filho de pequenos comerciantes, ele vivenciou as diversas privações e receios que acompanhavam a população alemã durante a Segunda Guerra Mundial. Após os estudos que foram realizados em sua cidade natal, se encaminhou para a Universidade de Saarbrücken, onde realizou o curso de Psicologia. No início de sua carreira foi influenciado por contribuições teóricas vindas de Piaget, tendo interesse também pelas variações culturais e pela psicologia cultural. (Neri, 2006).

Assim que concluiu o mestrado, em 1963, casou-se com Margret M. Baltes, com quem realizou diversas publicações em conjunto, e ambos foram para os Estados Unidos, mais

especificamente para a Universidade de Nebraska, a convite de K. Warner Schaie, onde se estabeleceram por aproximadamente um ano. Este estudioso estava realizando um trabalho sobre o curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta, o *Seattle Longitudinal Study*. Neste estudo Schaie estabeleceu uma nova metodologia denominada coortes sequenciais, constituída como uma alternativa ao método de estudo longitudinal. A partir dessa nova metodologia, juntamente com a aproximação do behaviorismo e da psicologia da aprendizagem americana, foram delineadas as bases teóricas da psicologia *lifespan* e do modelo de desenvolvimento bem-sucedido, chamado de modelo de otimização seletiva com compensação (Neri, 2006).

De volta à Alemanha, Baltes utilizou da metodologia de coortes sequenciais para a realização de seu doutorado e, após a obtenção do título de doutor, ele retornou aos Estados Unidos, para a Universidade de West Virginia. Nesta instituição permaneceu durante quatro anos e neste período houve uma intensa produção a favor do paradigma *lifespan*, abarcando os aspectos metodológicos e fundamentais deste novo construto teórico (Neri, 2006).

Entre 1972 e 1979, Paul Baltes trabalhou na *Pennsylvania State University*, o que proporcionou um maior intercâmbio de conhecimentos com pesquisadores de diversas áreas que também estavam interessados no desenvolvimento humano. Este aspecto contribuiu para que perspectivas interdisciplinares estivessem presentes na constituição do paradigma *lifespan*.

Em 1980 Baltes retornou novamente à Alemanha e os acontecimentos históricos que ocorreriam próximos a esta época, tais como a queda do muro de Berlim, foram relevantes para que ele e Ulrich Mayer, sociólogo e coautor do projeto *lifespan*, decidissem aplicar de alguma forma o paradigma proposto, produzindo também conteúdos e dados de interesse para a sociedade atual. Foi assim que surgiu então o conhecido *Berlin Aging Study – Aging from 70 to 100*, representado pela sigla BASE. Este estudo interdisciplinar foi realizado com a população alemã a fim de investigar a estrutura do funcionamento intelectual dos idosos, as diferenças etárias em relação ao desempenho e os correlatos das diferenças individuais e associadas à idade. O projeto mobilizou uma grande equipe de pesquisadores e utilizou de recursos públicos e privados da Alemanha, obtendo grande impacto tanto social, quanto intelectual (Neri, 2006).

Paul B. Baltes permaneceu intelectualmente ativo até pouco tempo antes de sua morte. Em 2001 era diretor do *Center of Lifespan Psychology* no Instituto *Max Planck* para o Desenvolvimento Humano e professor de Psicologia na *Free University of Berlin*. Seus interesses de pesquisa, articulados dentro da psicologia do desenvolvimento e da gerontologia, incluíram

estudos relacionados à inteligência, sabedoria e sobre o envelhecimento humano. Nessa mesma época, foi também coeditor chefe (junto com Neil Smelser) do 26º volume da *International Encyclopedia of the Behavioral and Social Sciences*. (Baltes & Singer, 2001). Baltes faleceu em Berlim, no dia 7 de novembro de 2006.

De acordo com o que o próprio autor aponta (Baltes, 1987), os estudos sobre o desenvolvimento humano que trabalhavam para além da ótica do desenvolvimento apenas infantil, começaram a ser realizados por volta da década de 1960. Os pesquisadores que compreendiam o desenvolvimento como um processo contínuo, ou seja, que ocorre ao longo de toda a vida, foram influenciados pelo exemplo de psicólogos do início do século XX, tais como Charlotte Bühler (1933), Erik H. Erikson (1959), G. Stanley Hall (1922), H. L. Hollingworth (1927), e Carl G. Jung (1933).

Três eventos que vêm ocorrendo na sociedade desde meados do século XX foram particularmente importantes para que houvesse uma mudança no paradigma do desenvolvimento, ampliando os interesses acerca desta concepção. O primeiro deles foram as mudanças demográficas populacionais vivenciadas, com o aumento do número de pessoas idosas ou em processo de envelhecimento. Além disso, o surgimento da gerontologia como campo específico de especialização, com sua busca pelos precursores do envelhecimento ao longo da vida e, por fim, o próprio envelhecimento dos pesquisadores responsáveis por vários estudos longitudinais clássicos sobre o desenvolvimento infantil, iniciados nas décadas de 1920 e 1930 (Baltes, 1987).

A psicologia do desenvolvimento ao longo da vida ou *lifespan* trata do estudo do desenvolvimento individual (ontogênese) desde o nascimento até a velhice. O paradigma *lifespan* é de índole pluralista, por considerar múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento; é transacional, dinâmico e contextualista (Baltes & Smith, 2004). Compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças influenciadas por características genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não normativa; além de ser marcado por ganhos e perdas simultâneas e pela interação constante entre o indivíduo e a cultura (Neri, 2006).

Segundo Faria, Barbosa e Mármora (2018) o enfoque de desenvolvimento ao longo da vida gerou novas metodologias de trabalho, deu margem para que estudos empíricos fossem realizados e possibilitou que novas perspectivas teóricas viessem à tona, contribuindo para a compreensão e

a explicação de aspectos específicos do envelhecimento. Dessa forma, este paradigma se tornou então uma corrente dominante na psicologia do desenvolvimento.

Quando Baltes começou a descrever a elaboração do conceito de desenvolvimento ao longo da vida, apontava que esta era apenas uma das teorias nas quais pretendia estudar o desenvolvimento. Seu objetivo era obter conhecimento sobre os princípios gerais do desenvolvimento ao longo da vida, as diferenças e semelhanças interindividuais no desenvolvimento, assim como o grau e as condições da plasticidade individual ou modificabilidade do desenvolvimento (Baltes, 1987). A suposição central de investigação deste paradigma é a de que o desenvolvimento não termina na vida adulta, mas que ele se estende por todo o curso da vida, sendo que processos adaptativos tais como a aquisição, manutenção e transformação de estruturas e funções psicológicas estão envolvidos. A preocupação simultânea por estes processos demonstra a visão dos psicólogos que adotam a perspectiva do *lifespan* de que a ontogênese (ou o curso de vida dos indivíduos) geral da mente e do comportamento é dinâmica, multidimensional, multifuncional e não-linear (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

A pesquisa e a teoria sobre o paradigma *lifespan* pretendem gerar conhecimento sobre três componentes do desenvolvimento individual: (a) semelhanças interindividuais (regularidades) no desenvolvimento; (b) diferenças interindividuais no desenvolvimento; e (c) plasticidade intraindividual (ou maleabilidade) no desenvolvimento. A atenção conjunta a cada um desses componentes e a especificação de suas interações relacionadas à idade são os fundamentos conceituais e metodológicos básicos dessa visão do processo de desenvolvimento (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

A abordagem pautada no *lifespan* envolve um conjunto de perspectivas que, se entendidas isoladamente, não teriam muito a acrescentar às teorias do desenvolvimento. Entretanto, sua relevância e seu diferencial consistem justamente na visão de funcionamento simultâneo dessas concepções. Essas premissas podem ser descritas como proposições básicas que caracterizam a psicologia do desenvolvimento ao longo da vida (ou *lifespan*) (Baltes, 1987). A primeira premissa é considerada a mais básica e fundamental no sentido de estruturar a teoria em si. Ela consiste no fato de que o desenvolvimento ontogenético é um processo que dura a vida toda, sendo que nenhum período etário detém supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento (Baltes, Resse & Lipsitt, 1980; Baltes, 1987). Isso quer dizer que durante todas as fases do ciclo da vida, estão em

funcionamento processos contínuos (cumulativos) e descontínuos (que funcionam como inovadores).

A multidirecionalidade deste paradigma diz respeito à diversidade ou pluralismo encontrado na direção das mudanças que constituem a ontogênese, mesmo dentro do mesmo domínio. A direção das mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos varia de acordo com as categorias de comportamento. Além disso, durante os mesmos períodos de desenvolvimento, alguns sistemas de comportamento mostram aumentos, enquanto outros evidenciam diminuições no nível de funcionamento (Baltes et al., 1980; Baltes, 1987).

Além de ser multidirecional, o desenvolvimento ao longo de toda a vida também preza pela multi e interdisciplinaridade. O desenvolvimento psicológico necessita ser visto no contexto interdisciplinar fornecido por outras disciplinas como, por exemplo, a antropologia, a biologia e a sociologia, que também trabalham e mantêm-se preocupadas com pontos relevantes para o âmbito do desenvolvimento humano (Baltes et al., 1980; Baltes, 1987). A abertura da perspectiva de vida à postura interdisciplinar reconhece que uma visão psicológica por si só oferece apenas uma representação parcial do desenvolvimento comportamental que vai desde a concepção até a morte.

Os próximos aspectos relevantes apontados pelo *lifespan* abordam o tema do desenvolvimento através da manutenção de ganhos e perdas ao longo da vida, da plasticidade intraindividual, da imersão histórica dos indivíduos e do contextualismo como paradigma. O primeiro deles pretende estabelecer que o processo de desenvolvimento não seja um simples movimento unidirecional para alcançar uma maior eficácia, como ocorre no crescimento, como exemplo. Ao contrário, ao longo da vida, o desenvolvimento sempre consiste na ocorrência conjunta de ganhos (crescimento) e perdas (declínio) (Baltes, 1987).

Muitas evidências da plasticidade intraindividual (dentro da capacidade de modificabilidade pessoal) também são encontradas no desenvolvimento psicológico dependendo das condições de vida e das experiências de um determinado indivíduo, o seu curso de desenvolvimento pode assumir muitas formas. Assim como o desenvolvimento ontogenético também pode ser modificado significativamente de acordo com as condições histórico-culturais, sendo influenciado pelo tipo de condições socioculturais existentes em um determinado período histórico e pela forma como elas evoluem ao longo do tempo (Baltes, 1987).

Por fim, Baltes (1987) apresenta a relevância do contexto no desenvolvimento individual. Segundo esta reflexão, o desenvolvimento pode ser entendido como resultado da interação dialética

entre três sistemas de influências desenvolvimentais e que estão ligados com as vivências dos indivíduos: as mudanças graduadas por idade, as influências graduadas pela história e as influências não normativas, conforme apresentado na Figura 6. Os três tipos de influências (normativas graduadas por idade e por história e as não normativas) atuam de forma concorrente na construção de regularidades e de diferenças individuais nas trajetórias de vida.

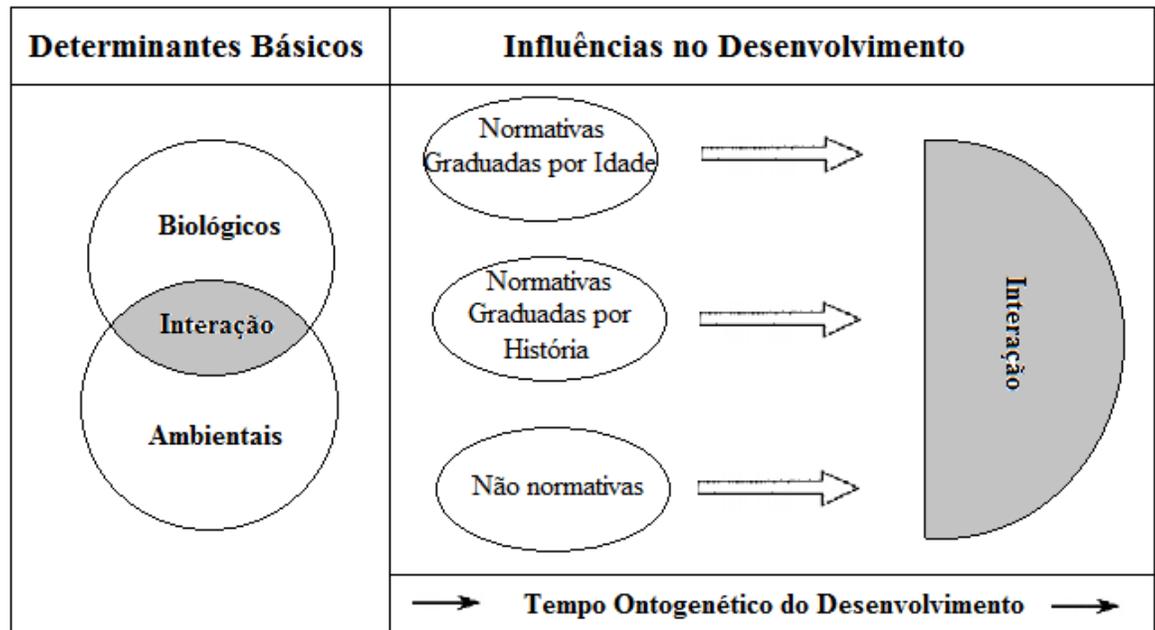


Figura 6. Representação gráfica dos três sistemas de influências, juntamente com os determinantes biológicos, ambientais e a interação entre eles, ambos contemplados pelo paradigma *lifespan*.
Fonte: Adaptada de Baltes, Lindenberger and Staudinger (1998).

Uma das novas interpretações introduzidas pelo *lifespan* consistem no fato de que o processo de desenvolvimento e, conseqüentemente de envelhecimento como parte desse processo maior, não é apenas algo que traz declínios relacionados aos aspectos biológicos e à funcionalidade. No que se refere aos aspectos biológicos pode-se constatar que o próprio córtex cerebral é continuamente modificado em sua topologia e função dependendo das mudanças ambientais, culturais e das experiências vivenciadas por cada indivíduo (Baltes & Singer, 2001). E quando é mencionado o termo modificado, isso não quer dizer, necessariamente, apenas um déficit ou diminuição das funções.

A partir dessas mudanças no paradigma da gerontologia pôde-se observar o surgimento do que é denominado de ciência bio-cultural. Este campo permite que seja possível pensar no

envelhecimento humano como uma combinação de ganhos e perdas, ainda que , invariavelmente, ocorram alguns declínios morfológicos e funcionais (Baltes & Singer, 2001). Assim, a partir dessa concepção, a biologia e a cultura atuam de forma recíproca, contextualizando e co construindo o processo de desenvolvimento e o envelhecimento em si (Baltes & Singer, 2001; Neri, 2006).

Por cultura, pode-se entender todos os recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos (baseados no conhecimento) que os seres humanos produziram ao longo dos milênios (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). Sua transmissão através das gerações em quantidade e qualidade crescentes, possibilitaram o desenvolvimento humano como o conhecemos (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Cole, 1996; Durham, 1991; Valsiner & Lawrence, 1997). Entre esses recursos culturais estão habilidades cognitivas, disposições motivacionais, estratégias de socialização, alfabetização, documentos escritos, estruturas físicas e o mundo da economia, bem como das tecnologias médica e física (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

De acordo com Baltes and Singer (2001) os fatores biológicos, psicológicos e culturais atuam juntos, mas nem sempre em harmonia, orquestrando como a inteligência e outras facetas cerebrais se desenvolvem e envelhecem. O conceito de coconstrução bio-cultural usado nesta visão da interface cultura-comportamento-cérebro implica que, ao longo da história evolucionária, o genético e o cultural condicionaram-se e influenciaram-se mutuamente de formas principais e cumulativas, o que também é verdade para o desenvolvimento individual desde o nascimento até a velhice (Baltes & Singer, 2001).

Neste sentido, Baltes (1997) propôs três princípios gerais a respeito da dinâmica biologia-cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida:

- 1) A plasticidade biológica e a fidelidade genética declinam com a idade, ou seja, os benefícios resultantes da seleção evolutiva exibem uma correlação negativa com a idade. A natureza privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutivas e reprodutivas, já que é o que fundamentalmente interessa à espécie quando se trata, em termos biológicos, da seleção natural. (Baltes, 1997; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

- 2) Para que o desenvolvimento se estenda até as idades avançadas, são necessários avanços cada vez mais expressivos na evolução cultural e na disponibilidade de recursos culturais, sejam eles materiais, sociais, econômicos ou psicológicos. A expansão da duração da vida, que hoje está quase no limite máximo estabelecido pelo genoma humano, só foi possível graças a investimentos

em instrumentos, habitação, técnicas e equipamentos de trabalho, higiene, imunização, antibióticos e outros recursos de proteção às agressões do ambiente e educação. (Baltes, 1997; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

3) A terceira pedra angular da natureza geral do *lifespan* é o roteiro de vida de uma eficácia decrescente dos fatores e recursos culturais. Isso significa que, apesar de dependermos em certo ponto da cultura, é limitada a eficácia desta para promover desenvolvimento e reabilitação das perdas e dos declínios associados à velhice, pois, de modo geral, os mais velhos são menos responsivos aos recursos culturais, uma vez que sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica são menores, devido à diminuição de reservas homeostáticas que por eles são apresentadas. Pelo menos em alguns domínios do processamento da informação, e quando se trata de altos níveis de desempenho, os adultos mais velhos podem não conseguir atingir os mesmos níveis de funcionamento que os adultos mais jovens, mesmo após treinamento extensivo e sob circunstâncias de vida positivas (Baltes, 1997; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). O que estes adultos mais velhos podem fazer para atingir os melhores níveis de funcionamento possíveis é exatamente buscar a maior qualidade de vida através do manejo das perdas vivenciadas, compensando os déficits e buscando o envelhecimento bem-sucedido.

Como é possível perceber, os aspectos culturais de forma geral têm grande relevância e relação com o processo de envelhecimento. A trajetória das influências que afetam o desenvolvimento e o envelhecimento está associada com a alocação de recursos nos diferentes momentos da vida, o que caracteriza os percursos típicos da ontogenia. Na velhice, esta especificidade é determinada pela regulação das perdas vivenciadas, que podem ser muitas. Em gerontologia, o tempo de vida é mais frequentemente proposto como um indicador do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990).

Nem sempre viver mais quer dizer que haja uma maior qualidade de vida: o recordista mundial em anos de vida também terá experimentado muitos eventos indesejáveis. Ele ou ela pode ser aquele que mais frequentemente perdeu amigos, ficou em túmulos abertos e, na maioria das vezes, pode ser aquele que também sofreu mais com as doenças. Neste sentido, Baltes apresenta-nos uma contribuição teórica para o processo de um envelhecimento descrito como bem-sucedido.

Dois conceitos científicos tiveram grande impacto no desenvolvimento do pensamento de Baltes sobre um envelhecimento bem-sucedido: a variabilidade interindividual e a plasticidade

intraindividual. A reflexão sobre as implicações teóricas e políticas destes conceitos apontou as análises realizadas pelo autor no sentido das diversas oportunidades para a contínua otimização do desenvolvimento humano. Com o passar do tempo, ele começou a aderir à ideia de que as mudanças sistemáticas relacionadas à idade na extensão da variabilidade e da plasticidade são imprescindíveis para a construção de uma teoria do desenvolvimento pautada na adaptação humana. A evidência inicial para esta perspectiva parece estar disponível nas primeiras tentativas dele e de Margret Baltes em formular uma agenda para o envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1980).

Após revisar as pesquisas sobre variabilidade e plasticidade, Baltes & Baltes (1990) propuseram as bases para uma teoria do envelhecimento bem-sucedido como este sendo um processo adaptativo que envolve os componentes de seleção, otimização e compensação. A Teoria de seleção, otimização e compensação, ou SOC como ficou conhecida descreve então o desenvolvimento em geral e estabelece como os indivíduos podem manejar as transformações nas condições biopsicossociais que se constituem em oportunidades e em restrições para seus níveis e trajetórias de desenvolvimento. A plasticidade comportamental é o seu ponto principal, pois interessa saber como indivíduos de todas as idades realizam a alocação de recursos internos e externos de acordo com essas três funções buscando maximizar ganhos e minimizar perdas, dentro de suas possibilidades (Baltes, 1987; Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2003; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2006).

A seleção é o processo no qual o indivíduo ajusta as suas expectativas com o objetivo de permitir que seja conquistada a experiência subjetiva de satisfação e o controle pessoal. A mesma implica em um enxugamento da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade (ou possibilidade) individual, sendo um importante recurso não só para que avanços sejam realizados, mas também se constituindo como uma necessidade quando, na velhice, por exemplo, há menos tempo, energia e capacidades em geral (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006).

A otimização reflete a visão de que as pessoas se envolvem em comportamentos para enriquecer e aumentar suas reservas gerais, a fim de maximizar seus cursos de vida escolhidos e formas associadas de comportamento, em relação à quantidade e qualidade. Ela consiste na aquisição e na manutenção de recursos internos e externos que foram adquiridos pelo processo de seleção, a fim de que sejam alcançados níveis mais altos, ou seja, que se otimize o funcionamento. A otimização pode ser realizada mediante a educação, prática e suporte social dirigido à cognição,

à saúde, à capacidade atlética e às habilidades artísticas e sociais (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006).

Por fim, a compensação, assim como ocorre na seleção, também é um processo que resulta de restrições na faixa da plasticidade ou do potencial adaptativo. Se dá através da utilização de mecanismos cognitivos, físicos ou aparelhos externos que possam compensar habilidades, capacidades comportamentais específicas perdidas e/ou reduzidas abaixo de um padrão requerido para que o funcionamento adequado seja realizado. Essa restrição é experimentada principalmente, em momentos em que situações e objetivos exigem uma ampla gama de atividades e um alto nível de desempenho, como exemplo, escalada de montanhas, esportes competitivos, situações de tráfego arriscado, dificuldades diárias e situações que exigem raciocínio rápido e memorização (Baltes & Baltes, 1990).

O elemento de compensação envolve aspectos mentais e tecnológicos. Esforços compensatórios psicológicos incluem, por exemplo, o uso de novas estratégias mnemônicas (incluindo auxiliares de memória externa) quando a mecânica ou estratégias da memória interna são insuficientes. O uso de um aparelho auditivo também pode ser considerado como um exemplo de compensação por meio da tecnologia (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006).

Para se ter uma melhor compreensão desses mecanismos pode-se citar o exemplo de uma pessoa que se destacou como maratonista durante toda a sua vida adulta e deseja manter essa atividade na velhice. Se este corredor quiser permanecer no mesmo nível de desempenho, mais tempo e energia precisarão ser investidos na corrida. Como consequência, a pessoa terá que reduzir ou desistir de outras atividades (seleção). Ao mesmo tempo, o corredor terá que aumentar seu treinamento e conhecimento sobre a otimização de condições tais como a influência dos ritmos diários e da dieta (otimização) no seu desempenho, e, finalmente, ele ou ela terá que se tornar um especialista em técnicas que visam reduzir o impacto das perdas naturais da idade no seu funcionamento (compensação). Quais sapatos usar e como tratar lesões são exemplos de tais estratégias compensatórias. Combinando esses elementos de seleção, otimização e compensação, um alto nível de desempenho na corrida de maratona pode ser mantido na velhice (Baltes & Baltes, 1990).

Outro exemplo citado por Baltes (1990) é do pianista Rubinstein que, em uma entrevista na televisão revelou como conseguia driblar as fraquezas do envelhecimento tocando piano. Primeiramente, ele reduziu seu repertório e assim tocava um número menor de peças (seleção);

praticava com mais frequência (otimização); e por fim, diminuía a velocidade antes de movimentos rápidos, produzindo assim um contraste que aumentava a impressão de velocidade nesses tipos de movimentos (compensação).

Uma discussão sobre envelhecimento bem-sucedido pretende pautar uma busca de fatores e condições que nos ajudam a compreender o potencial do envelhecimento e, se possível, identificar maneiras de modificar a natureza do envelhecimento humano, tal como existe hoje (Baltes & Baltes, 1990). A busca por indicadores de envelhecimento bem-sucedido é um esforço complexo, não sendo possível resolver este problema sem analisá-lo a partir de uma visão sistêmica. Os aspectos quantitativos e qualitativos da vida precisam ser equalizados e um primeiro passo para identificar uma definição abrangente de envelhecimento bem-sucedido seria pensar em uma abordagem multicriterial. Neste sentido, as seguintes características parecem ter relevância quando se busca compreender melhor o envelhecimento bem sucedido: a duração da vida, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social e a produtividade, o controle pessoal e, por fim, a satisfação com a vida (Baltes & Baltes, 1990).

Os autores apontaram para sete proposições do ponto de vista psicológico sobre a natureza do envelhecimento humano. São elas: a distinção entre envelhecimento normal, patológico e ótimo; a variabilidade interindividual (heterogeneidade); a plasticidade e a capacidade de reserva latente; o envelhecimento traz uma diminuição nas funções dos indivíduos sem que haja um esgotamento completo em suas capacidades de reserva ou adaptatividade; o papel enriquecedor e compensatório do conhecimento individual e social, incluindo a tecnologia; as mudanças relacionadas ao envelhecimento em direção a um equilíbrio na relação ganho-perda constante; e finalmente o fenômeno de uma identidade que permanece resiliente. Os autores argumentaram que uma concepção de envelhecimento bem-sucedido precisa ser colocada no contexto dessas estruturas (Baltes & Baltes, 1990).

A consideração conjunta de todas as proposições descritas acima é essencial para a identificação de uma estratégia mais eficaz para a abordagem pautada no envelhecimento bem-sucedido. Uma dessas estratégias é o modelo de otimização seletiva com compensação, conforme já foi mencionado. Este modelo, que pode ser implementado em qualquer idade, ganha maior visibilidade na velhice devido ao fato de que, primeiramente, a principal característica biológica do envelhecimento esperado é o aumento da vulnerabilidade e a concomitante redução da adaptabilidade geral, ou da capacidade de reserva à variação ambiental, o que exigiria a realização

mais efetiva e constante dessas estratégias. Além disso, a trajetória normal do desenvolvimento psicológico, biológico e do envelhecimento já é por si só uma evolução contínua de formas especializadas de adaptações, aumentando a construção de mecanismos próprios que permitam ao indivíduo ajustar seus objetivos e aspirações de vida, em virtude das alterações das circunstâncias internas e externas vivenciadas (Baltes & Baltes, 1990).

O processo de otimização seletiva com compensação pode assumir muitas formas no conteúdo e no tempo dependendo das condições individuais e sociais e, a partir da utilização das estratégias de seleção, otimização e compensação, os indivíduos podem contribuir para o seu próprio envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990).

A escolha pela utilização da teoria *lifespan* como referencial deste trabalho se deu, principalmente, pelo fato desse paradigma abordar o indivíduo em sua pluralidade, já que o desenvolvimento ao longo da vida considera os múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento. Além disso, a ontogenia aqui é vista como dinâmica e contextualista. Observa-se o envelhecimento, objeto de estudo específico deste trabalho para além de declínios e déficits, abarcando-se os diversos mecanismos que podem ser desenvolvidos ou otimizados para que esta etapa do ciclo da vida possa ser melhor vivenciada, idealizando um envelhecimento bem-sucedido. Por fim, acredita-se que a adoção deste paradigma que leva em consideração o contexto e a cultura em seus diversos aspectos ao descrever as etapas do desenvolvimento, apresenta um diálogo com as análises realizadas a partir do estudo das relações entre os aspectos biopsicossociais dos idosos e os desfechos clínicos nos quais o envelhecimento pode culminar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Este estudo caracterizado como uma segunda onda do estudo FIBRA-JF tem como principal objetivo analisar a relação de fatores biopsicossociais com os desfechos clínicos de hospitalização e óbito dos idosos avaliados pela primeira onda da pesquisa.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Analisar a relação entre fragilidade e os desfechos de óbito e hospitalização dos idosos;
- Analisar a relação entre o apoio social e os desfechos clínicos de hospitalização e óbito entre idosos;
- Analisar a relação entre apoio social e a auto eficácia geral percebida e o desfecho clínico de hospitalização dos idosos.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo longitudinal que inclui a amostra da primeira onda do estudo FIBRA-JF, composta por idosos residentes na comunidade que foram avaliados no município de Juiz de Fora entre os anos de 2009 e 2010.

Como o presente estudo é um subprojeto da primeira e da segunda onda do FIBRA-JF, estas etapas terão seus detalhes de seleção amostral, coleta de dados e procedimentos operacionais de investigação descritos abaixo.

4.1.1 Primeira onda FIBRA-JF

O município de Juiz de Fora contava com 70.288 idosos segundo dados do censo de 2010. Isso significa dizer que 13,62% da população da cidade era composta por indivíduos com 60 anos ou mais, sendo que a maioria destes eram mulheres (IBGE, 2010).

Para a realização da primeira onda do estudo FIBRA-JF foram selecionados indivíduos com 65 anos ou mais, de ambos os sexos, por critérios de amostragem por quotas. O tamanho amostral por gênero e faixa etária, para um erro amostral de 5%, foi de 385 indivíduos. Primeiramente, foram selecionadas, aleatoriamente, cinco entre as 16 unidades territoriais do município (unidades 1, 4, 10, 11 e 13). Em seguida, foram sorteados os bairros em cada unidade e, conseqüentemente, as ruas dos bairros selecionados, buscando-se manter a proporcionalidade de idosos em cada região. Adotando-se o procedimento porta-a-porta, as residências foram visitadas, em uma ordem previamente determinada, até que a meta para aquela localidade fosse atingida. No total, 461 indivíduos foram entrevistados e 427 analisados (Lourenço et al., 2019). Entretanto, quando o banco de dados da primeira onda foi analisado pela equipe de pesquisa da segunda onda, percebeu-se que havia um indivíduo repetido, o que justifica o fato de, na verdade, 426 idosos terem sido investigados.

Entre os idosos analisados, 69,6% eram mulheres, 71,9% caucasianos e 48% eram casados ou viviam com um parceiro, com a média de idade de 74,4 anos (Lourenço et al., 2019). Nesta época, foram analisados idosos da zona urbana de Juiz de Fora que assinaram voluntariamente o

termo de consentimento informado, respeitando-se as regras da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas do Ministério da Saúde (CONEPE/MS – 313/2008). A pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à fragilidade nos idosos da rede FIBRA-JF e contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) sob o processo número 555087/2006-9 (Lourenço et al., 2019).

Foram excluídos 34 indivíduos pelas seguintes condições: temporariamente acamados, residentes em instituições de longa permanência, aqueles que tiveram pontuação menor que 14 no Mini Exame do Estado Mental, moradores da zona rural e os portadores de incapacidade – sequelas graves de acidente vascular encefálico, imobilidade, doença de Parkinson avançada (MEEM) (Lourenço et al., 2019). Para que a visualização de todas essas informações fosse mais precisa, segue o fluxograma apresentado a seguir pela Figura 8:

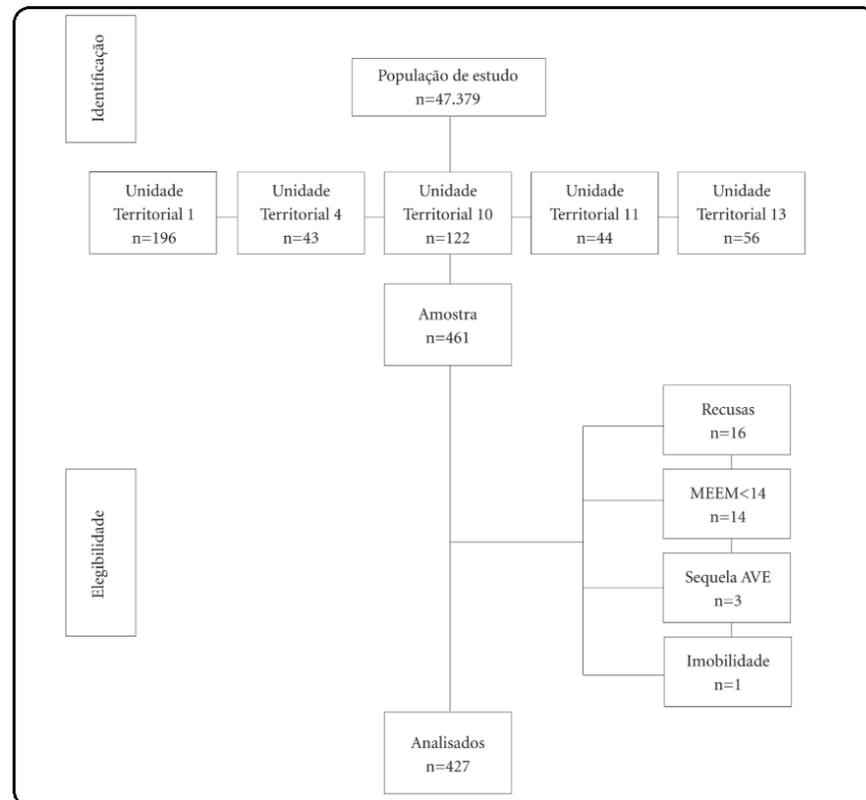


Figura 7. Seleção amostral por gênero e faixa etária de idosos com 65 anos ou mais residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Fonte: Adaptada de Lourenço et al. (2019)

Na primeira onda, as entrevistas foram feitas face a face, em domicílio, entre janeiro de 2009 e janeiro de 2010, após treinamento da equipe. Os participantes responderam a um

questionário constituído por variáveis sociodemográficas, de saúde física e mental, hábitos de saúde, auto percepção de saúde e comorbidades auto referidas (doença cardíaca, doença pulmonar, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, acidente vascular cerebral, osteoporose, osteoartrite e depressão). Além disso, os indivíduos também foram submetidos a provas de desempenho funcional e rastreamento cognitivo e foi calculada a massa muscular esquelética apendicular. Os indivíduos foram avaliados através dos cinco itens que compõem a escala de Fried et al. (2001) e o diagnóstico de fragilidade foi estabelecido utilizando-se os critérios de fragilidade propostos por estes mesmos autores (Lourenço et al., 2019).

4.1.2 Segunda onda FIBRA-JF

A segunda onda FIBRA-JF é composta por este estudo, que tem os objetivos de investigar os desfechos clínicos de hospitalização e óbito entre os idosos pesquisados, e por outra pesquisa que visa analisar os desfechos cognitivos nos mesmos indivíduos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora em agosto de 2018, sob o número 2.811.505 (ANEXO A).

Os idosos foram convidados novamente a participarem do estudo mediante explicação dos objetivos e possíveis riscos de sua participação na pesquisa. A todos foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido de acordo com os novos objetivos da segunda onda do estudo FIBRA-JF (APÊNDICE A), inclusive para aqueles que ofereceram informações apenas por meio do contato telefônico. Após a assinatura do documento, ou depois do consentimento verbal disponibilizado, a coleta das informações teve início. Foi garantido o sigilo dos dados, assim como a possibilidade de retirada da participação do indivíduo em qualquer momento da pesquisa sem qualquer ônus, seguindo-se todos os procedimentos éticos necessários.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Este procedimento foi realizado a partir de três métodos distintos: ligação telefônica, visita ao domicílio do participante quando o contato via telefone não era efetivado e busca no Cadastro Nacional de Falecidos do Brasil, ou CNF (<https://www.falecidosnobrasil.org.br/resultado.php>). Primeiramente, buscou-se identificar os óbitos dos idosos por meio da consulta ao CNF. Essa primeira consulta ofereceu a informação do óbito de 77 idosos. Posteriormente, as ligações telefônicas foram realizadas, o que aconteceu no início do mês de novembro. À medida em que os telefonemas foram efetivados, as

visitas domiciliares também foram sendo marcadas e ocorreram de maneira concomitante. Entre novembro, dezembro e meados de janeiro de 2019 as idas à campo foram efetuadas, sendo que no final deste mesmo mês as informações de óbito no CNF foram atualizadas.

A entrevista telefônica foi realizada com os próprios idosos ou os indivíduos proxy respondentes, quando o idoso estava incapacitado ou havia evoluído à óbito, com a coleta de algumas informações por meio de um protocolo de pesquisa. Quando o idoso estava vivo (APÊNDICE B), incapacitado (entrevista feita com informante – APÊNDICE C) ou não, questionamentos relacionados às internações nos últimos três anos foram feitos, além de investigações a respeito do uso de serviços de emergência, funcionalidade, cognição e independência destes idosos no mesmo período temporal. Essa abordagem foi utilizada a fim de coletar dados relevantes antes mesmo da visita em domicílio, que por diversos motivos poderia não ser realizada tais como o óbito do participante, mudança, endereço não encontrado ou ainda não aceitação dos idosos ou de seus familiares para participar da entrevista domiciliar novamente, mas concordando em responder as questões via telefone.

A distância temporal de três anos estabelecida para as perguntas que foram realizadas via telefone, através do protocolo, com os idosos ou seus informantes, caso o idoso estivesse incapacitado de responder às questões devido a déficits cognitivos, sensoriais ou de comunicação foi definida de acordo com a literatura prévia consultada (Perez, 2017) e foi justificada pela menor chance de que o viés de memória interferisse nas respostas apresentadas. Além disso, no questionário (APÊNDICE D), respondido apenas presencialmente pelo idoso, constavam algumas perguntas semelhantes que usavam o espaço de tempo dos últimos doze meses, ou seja, do último ano. Assim, adicionando as questões que abrangiam um maior período de tempo, foram obtidos dados mais abrangentes e longitudinais, conforme objetiva o delineamento do estudo.

Nos casos em que não foi possível entrar em contato com os idosos ou seus informantes pelo telefone, uma busca a campo foi realizada pela equipe de pesquisa. Nesta etapa procurou-se verificar se o indivíduo ainda residia no antigo endereço, se havia mudado de endereço ou evoluído à óbito nos últimos anos. Na maior parte das vezes, quando a casa não era habitada por algum familiar do idoso, os vizinhos mais próximos ou aqueles que residiam a mais tempo no bairro, informavam sobre o que eles sabiam que havia acontecido com o idoso procurado.

Quando, diante do contato telefônico ou em visita ao endereço que constava no banco de dados, houve a confirmação do óbito de um participante, a informação da data deste evento foi

coletada, bem como a causa da morte, juntamente com a informação de possíveis déficits cognitivos, internações ou institucionalizações durante o último ano de vida do idoso (APÊNDICE E). Estas perguntas foram feitas aos respondentes (cuidadores ou familiares), quando os mesmos concordaram em responder. O período de um ano antes do falecimento do idoso foi estabelecido devido ao fato de não poder ser confirmada a data do óbito. Dessa forma, se o idoso tivesse falecido logo após a realização da primeira onda do FIBRA-JF, por exemplo, em 2010, perguntas sobre aspectos relacionados aos últimos três anos antes da morte podiam não trazer contribuições relevantes, devido ao viés de memória das informações relatadas pelo respondente. Além disso, pensou-se também no bem-estar do cuidador ou familiar, pois solicitar a lembrança de determinados aspectos em uma faixa de tempo maior poderia causar mais desconforto e sofrimento aos informantes.

Por fim, diante de um idoso não localizado por nenhuma das duas formas de contato anteriormente mencionadas (telefone ou ida a campo), foi realizada uma atualização da busca pelo nome do indivíduo no Cadastro Nacional de Falecidos do Brasil. Dos 77 idosos inicialmente identificados no site como falecidos (18% da população do estudo), em 45 (58,4%) a informação da mortalidade foi confirmada por familiares a partir do contato telefônico ou busca a campo. Além disso, este endereço eletrônico possibilitou que se tivesse acesso às informações de óbito e à data do episódio de 32 idosos que não foram localizados (7,5%). Ademais, 74 falecimentos (17,3%) foram confirmados através das ligações e 38 (8,9%) por meio das visitas aos domicílios.

Diante da apresentação das descrições detalhadas das duas ondas que, até o atual momento, compuseram o estudo FIBRA-JF, é importante destacar que a partir deste ponto as informações apresentadas se referem, especificamente, aos dois desfechos que compõem esta dissertação, investigados na segunda onda.

4.2 POPULAÇÃO FONTE

A população participante da segunda onda foi composta pelos 426 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que participaram da primeira onda do Estudo FIBRA-JF.

4.3 AMOSTRA

O presente estudo foi composto por diferentes amostras que variaram de acordo com cada um dos objetivos propostos, conforme pode ser constatado na Figura 7.

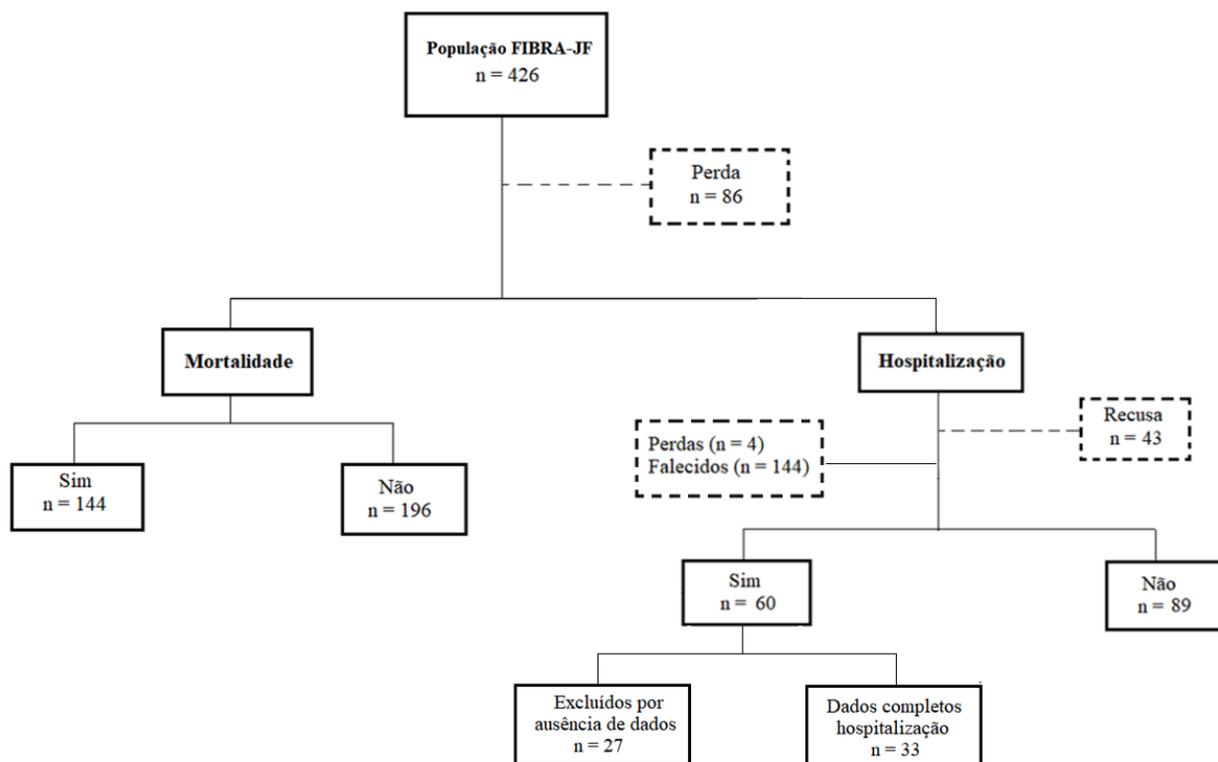


Figura 8. Fluxograma de seleção amostral para os desfechos de mortalidade e hospitalização da segunda onda FIBRA-JF.

Para a pesquisa sobre óbito, a amostra foi composta pelos indivíduos vivos e por aqueles nos quais a informação de mortalidade pôde ser constatada. Para o estudo referente à hospitalização, os indivíduos novamente localizados que estavam dentro dos critérios de inclusão foram convidados a participar da investigação e, mediante aceite, fizeram parte da amostra.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.4.1 Óbito

Foram incluídos os indivíduos vivos e aqueles nos quais a informação de óbito pôde ser constatada por meio do contato telefônico com os informantes dos participantes, visita a domicílio ou consulta ao Cadastro Nacional de Falecidos do Brasil (CNF).

4.4.2 Hospitalização

Foram incluídos todos os idosos que participaram da primeira onda do estudo FIBRA-JF localizados, mediante a aceitação em participar da entrevista de pesquisa.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.5.1 Óbito

Não houve critérios de exclusão neste estudo.

4.5.2 Hospitalização

Para o estudo deste desfecho foram excluídos os idosos falecidos e os longevos que deixaram de responder alguma questão necessária para a análise deste desfecho.

4.6 INSTRUMENTOS

Os instrumentos aqui serão descritos de maneira geral, conforme utilização em ambos os estudos, sem diferenciá-los. A descrição específica dos instrumentos utilizados em cada um dos desfechos (óbito e hospitalização) separadamente será apresentada na sessão de resultados, que consta com um artigo referente a cada objetivo estudado.

A fragilidade foi operacionalizada de maneira categórica na primeira onda do estudo FIBRA-JF por meio da aplicação do fenótipo de fragilidade composto por cinco domínios segundo os critérios descritos por Fried et al. (2001). De acordo com a pontuação nos componentes, os idosos foram considerados como frágeis, quando preenchem três ou mais critérios; pré-frágeis, na presença de um ou dois critérios e não frágeis, ou robustos, na ausência dos critérios.

A saúde física foi avaliada, por meio de questões como o número de quedas, uso de medicamentos, número de doenças autorrelatadas pelo idoso, problemas de saúde no último ano e uma questão sobre a avaliação subjetiva de saúde percebida. O uso dos serviços de saúde pelos idosos foi investigado por meio do auto relato da necessidade e tempo médio de internação hospitalar nos últimos três anos.

A capacidade funcional para a realização de atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária foi analisada através da aplicação das questões do Inventário de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) (Reuben et al., 1990), Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (Lawton et al., 1969) e do Índice de Katz para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) (Katz et al., 1963; Lino et al., 2008). As ABVD foram operacionalizadas de forma dicotômica em idosos independentes ou dependentes para a realização de alguma das tarefas descritas. Apenas quando a pontuação do indivíduo fosse igual a 0 ele era considerado independente para a realização das atividades. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foram avaliadas pela escala de Lawton (Lawton et al., 1969), composta por sete domínios. Cada domínio apresenta três itens que recebem uma das seguintes pontuações: (1) dependente, (2) necessita de assistência e (3) independente. Seu score total varia de 7 a 21, sendo que quanto menor o valor obtido pelo indivíduo, maior o seu grau de comprometimento para levar uma vida comunitária independente. As atividades avançadas de vida diária (AAVD) foram avaliadas por questionário estruturado contendo 12 questões. Para a análise do presente estudo, as AAVD foram operacionalizadas de forma contínua, considerando o número total de atividades que o indivíduo parou de fazer, variando de zero a doze atividades.

O desempenho cognitivo foi avaliado a partir da pontuação do idosos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Brucki et al., 2003), aplicado na primeira onda do estudo que incluiu como participantes apenas os idosos que obtiveram pontuação igual ou maior que 14 pontos no instrumento. Desde sua publicação inicial, o MEEM se tornou uma importante ferramenta de rastreio de comprometimento cognitivo. Como auxílio clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Já quando se trata de sua utilização em pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte também de várias baterias neuropsicológicas (Brucki et al., 2003).

Com relação ao humor, o questionário apresentou questões da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Paradela et al., 2005), validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999). Este instrumento possui 15 itens e avalia o estado sócio afetivo do idoso a partir de domínios que compreendem humor, sintomas somáticos, interações com outros indivíduos e funcionamento motor. Essa variável foi operacionalizada de maneira dicotômica de acordo com o ponto de corte da escala. Os idosos que fizeram até 5 pontos foram descritos como aqueles que não têm depressão e os que obtiveram de 6 até 15 pontos onde o resultado de 6 a 10 pontos foram classificados como com depressão.

O questionário de Satisfação Global com a vida também foi aplicado (Strawbridge et al., 2002; Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999; Ware & Sherbourne, 1992). Este instrumento avalia o constructo da satisfação através de oito questões estruturadas relativas à satisfação do idoso com a vida de forma individual e comparativa a outros idosos, além dos domínios relacionados às capacidades mental e funcional, autonomia, relacionamento social e familiar, ambiente, saúde e transporte (Neri, 2002). Cada item tinha como opção as respostas pouco, mais ou menos ou muito satisfeito. A satisfação foi operacionalizada de maneira contínua utilizando o total de pontos obtidos pelo indivíduo, visto que a escala não tem um ponto de corte específico.

Com o objetivo de avaliar a rede de suporte social da amostra pesquisada, inquirições que investigaram o número de filhos, número de pessoas com quem reside e percepção de ter com quem contar em caso de dependência (necessidade de ajuda) foram realizadas. Aspectos relacionados à expectativa de cuidado também foram avaliados por meio de alguns itens dicotômicos (Lebrão & Duarte, 2003). Além disso, foi aplicada apenas na segunda onda do estudo FIBRA-JF a escala de apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS), que foi um estudo norte americano longitudinal, com duração de dois anos que visava compreender melhor os processos e resultados dos cuidados de saúde com doentes crônicos (hipertensos, diabéticos, pacientes com doenças coronarianas ou depressão) e usuários de serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos (Ribeiro & Ponte, 2009; Zanini, Verolla-Moura & Queiroz, 2009).

O instrumento de apoio social propõe avaliar as principais dimensões do suporte social de forma prática e breve. Ele foi desenvolvido originalmente por Sherbourne e Stewart (1991) e é composto por uma escala breve, de auto resposta, multidimensional, desenvolvida para doentes crônicos. As autoras partiram da análise das medidas e conceitos existentes para gerarem os 50 itens exploratórios iniciais que se centravam na percepção da disponibilidade de diversas funções

de suporte social. Após diversas fases de tratamento dos itens passaram para 37, até se fixarem no número final de 19. Os respondentes eram 2987 pessoas com doença crônica, com idades entre os 18 e 98 anos de idade ($M=55$), 39% homens (Ribeiro & Ponte, 2009).

Essa ferramenta foi adaptada para a população brasileira por Griep (2003), Griep et al. (2003) e Griep et al. (2005). Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) apresentaram indicadores psicométricos de validade de conteúdo, validade de construto e análise de confiabilidade teste-reteste para a versão brasileira. Dessa forma, os itens que compõem o instrumento original em inglês foram traduzidos, adaptados e avaliados em várias etapas de pré-testes e estudo piloto (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini, 2011).

A escala propõe avaliar as principais dimensões do suporte social de forma prática e breve. Os 19 itens que integram o questionário referem-se às cinco dimensões de suporte ou apoio social, sendo elas: a dimensão material (contém 4 questões), afetiva (3 questões), emocional (4 questões), informação (4 questões) e interação social positiva (4 questões). Entretanto, de acordo com os procedimentos de análise fatorial que foram realizados no procedimento de validação da escala, na versão brasileira apenas três dimensões foram mantidas. Houve o agrupamento da dimensão de apoio afetivo com a interação social positiva e da dimensão da informação com a emocional, devido à alta compatibilidade entre os itens dos fatores descritos (Griep et al., 2005).

O respondente deve indicar, para cada uma das perguntas, com que frequência considera ter disponível cada tipo de apoio, caso necessite, dentre as cinco opções de respostas apresentadas em tipo escala Likert: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”. (Ribeiro & Ponte, 2009; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005). Embora não existam estudos de normatização para população brasileira assume-se que maiores índices no escore total dos respectivos fatores indicam maior percepção do tipo de apoio. Destaca-se que para a soma do escore total não é necessário a inversão de nenhum item (Zanini, Peixoto & Nakano, 2018).

Foi aplicada também, apenas na segunda onda do estudo FIBRA-JF, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) (Schwarzer & Jerusalem, 1995), em sua versão traduzida para a língua portuguesa (Sbicigo, Teixeira, Dias & Dell`Aglia, 2012), já validada no Brasil (Souza & Souza, 2004; Teixeira & Dias, 2005). Trata-se de uma escala de auto relato com 10 itens respondidos em formato Likert, com quatro opções de resposta (1- não é verdade a meu respeito; 2- é dificilmente verdade a meu respeito; 3- é moderadamente verdade a meu respeito e 4- é totalmente verdade a meu respeito), com a qual se objetiva verificar a capacidade de superar as

dificuldades diárias e também averiguar a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida (Souza & Souza, 2004). As 10 afirmativas contidas na escala oferecem uma opção de resposta conforme a escala *Guttman* de quatro pontos. Cada questão contribuiu de um a quatro pontos e o somatório final das questões pode variar de 10 a 40 pontos (Silva-Junior, Souto, Fischer & Griep, 2018). Dessa forma, quanto mais alto for o escore do participante, maior será a sua autoeficácia geral percebida.

A versão original está no idioma alemão, contendo 20 itens (Jerusalem & Schwarzer, 1979). Posteriormente a escala foi reduzida para 10 itens e subsequentemente adaptada para 28 idiomas (Nunes, Schwarzer & Jerusalem, 1999). A escala tem sido usada em inúmeras pesquisas com índices de consistência interna variando entre 0,75 a 0,91. A adaptação ao português seguiu o modelo de grupo de consenso, com várias traduções bilíngues, incluindo *back translations* e grupos de discussão. Vários estudos publicados compararam as propriedades psicométricas das versões alemã, inglesa, dinamarquesa, espanhola, russa, grega, árabe, húngara, polaca, chinesa, Indonésia, japonesa e coreana (ver www.healthpsych.de) (Castro, Ponciano & Pinto, 2010).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

4.7.1 Óbito

Os dados de óbito foram analisados utilizando-se o Software Livre R. A caracterização da amostra foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis consideradas. Para verificar a relação entre as variáveis independentes biopsicossociais e a variável resposta - desfecho clínico de óbito foi ajustado um modelo de regressão logística com uso do método *Stepwise* para seleção de variáveis. Este método ajustou diversos modelos até obter uma combinação entre as variáveis que fornecesse um modelo final que minimizou o critério de informação de Akaike, ou o valor de AIC, medida que diz respeito à qualidade do ajuste de um modelo estatístico estimado a partir do método de máxima verossimilhança.

Posteriormente, foram calculadas as razões de chance (OR) para cada variável, juntamente com os respectivos intervalos de confiança de 95% de probabilidade. O modelo final ajustado manteve as variáveis que foram significativas a 5% de probabilidade (p valor $< 0,05$), além de algumas nas quais o valor de p se aproximou de 0,05 (p valor = 0,06; 0,07 e 0,08) e, por fim, outras que não foram estatisticamente significantes, com valores de p distintos do que geralmente é levado

em consideração. Tais variáveis foram mantidas pelo modelo por serem relevantes para o desfecho investigado.

4.7.2 Hospitalização

Os dados de hospitalização foram analisados utilizando-se o software IBM SPSS Statistics versão 20. A caracterização da amostra foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis consideradas. Foi realizada uma análise exploratória das variáveis investigadas, a partir de um modelo univariado para verificar a associação entre cada uma das variáveis independentes e a hospitalização, variável dependente do estudo. Esta verificação foi efetuada através do qui-quadrado de *Pearson*. Com relação à análise estatística das variáveis numéricas utilizadas neste trabalho, foi realizado o test t independente para avaliar a associação entre a pontuação final nos instrumentos e o desfecho analisado.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 2 itens no formato de artigo, de acordo com cada um dos desfechos investigados. É importante ressaltar que os tópicos contidos nos artigos consistem de uma visão geral e resumida do que já foi descrito anteriormente nesta dissertação. Dessa forma, algumas informações serão reeditadas.

5.1 ARTIGO 1- ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS E O ÓBITO DE IDOSOS: SEGUNDA ONDA DO ESTUDO FIBRA-JF

Resumo

A combinação das transformações demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos anos está diretamente associada ao aumento das taxas de mortalidade proporcionais de idosos na população em geral. Além dos fatores biológicos, estudos têm apontado a relação entre variáveis psicossociais e o aumento do risco de óbito em idosos. A presente investigação se constitui como uma segunda onda do estudo FIBRA-JF e buscou identificar fatores biopsicossociais relacionados ao desfecho clínico de óbito em idosos residentes na comunidade do município de Juiz de Fora, MG, que participaram da primeira onda do trabalho. Foram analisados 340 idosos. A análise dos dados foi feita a partir de um modelo ajustado de regressão logística, com uso do método *Stepwise* para seleção de variáveis. Posteriormente, foram calculadas as razões de chance (OR) com os intervalos de confiança de 95% de probabilidade. Foi constatado que a idade, renda, responsabilidade pelo sustento familiar, fragilidade, diabetes, percepção subjetiva de saúde, desempenho cognitivo e depressão foram relevantes no modelo que melhor descreveu o óbito dos idosos. Dentre estas variáveis, o aumento da idade (OR: 3,36; IC: 2,04 a 5,61) e responsabilidade pelo sustento (OR: 2,22; IC: 1,27 a 3,95) foram estatisticamente significativas e explicaram a maior chance de óbito entre os idosos. Em contrapartida, a presença de diabetes autorrelatada foi associada de forma negativa com o óbito. A partir dos resultados encontrados é possível evidenciar a multidimensionalidade dos fatores que podem influenciar na vivência dos deste desfecho clínico da velhice, destacando que atenção especial deve ser dispensada aos aspectos psicossociais. Palavras-chave: Idoso. Óbito. Fatores de Risco. Condição social.

Abstract

The combination of demographic and epidemiological transformations in recent years is directly associated with increased proportional mortality rates of the elderly in the general population. In addition to biological factors, studies have pointed to the relationship between psychosocial variables and increased risk of death in the elderly. The present investigation constitutes a second wave of the FIBRA-JF study and sought to identify biopsychosocial factors related to the clinical outcome of death in elderly residents of the community of Juiz de Fora, MG, who participated in the first wave of the study. We analyzed 340 elderly. Data analysis was performed using an adjusted logistic regression model, using the Stepwise method to select variables. Subsequently, the odds ratios (OR) were calculated with the 95% probability confidence intervals. It was found that age, income, family support responsibility, frailty, diabetes, subjective health perception, cognitive performance and depression were relevant in the model that best described the death of the elderly. Among these variables, the increase in age (OR: 3,36; CI: 2,04 to 5,61) and responsibility for support (OR: 2.22; CI: 1,27 to 3,95) were statistically significant and explained the higher chance of death among the elderly. In contrast, the presence of self-reported diabetes was negatively associated with death. From the results found it is possible to highlight the multidimensionality of factors that may influence the experience of this clinical outcome of old age, highlighting that special attention should be given to psychosocial aspects. Keywords: Elderly. Death. Risk Factors. Social Condition.

5.2 ARTIGO 2- ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FATORES BIOPSISSOCIAIS E A HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS: SEGUNDA ONDA DO ESTUDO FIBRA-JF

Resumo

O aumento do processo de envelhecimento populacional contribuiu para que a prevalência de múltiplos problemas crônicos entre essa população se tornasse uma realidade. Diante dessa mudança no padrão de adoecimento, diversos cuidados específicos a estes indivíduos são necessários, como a hospitalização dos idosos. Pesquisas recentes têm divulgado que a hospitalização está relacionada não apenas às necessidades objetivas e fisiológicas de cuidado, mas também a determinantes psicossociais. O presente estudo pretendeu analisar a associação entre aspectos biopsicossociais e a hospitalização em longevos residentes da comunidade no município de Juiz de Fora, MG, que participaram da primeira onda do estudo FIBRA-JF. 122 indivíduos foram investigados. Foram utilizadas variáveis obtidas na primeira onda, juntamente com o acréscimo de duas escalas aplicadas exclusivamente nesta onda dois. A análise dos dados foi realizada em caráter exploratório a partir de um modelo univariado. Esta verificação foi efetuada através do qui-quadrado de *Pearson*, para as variáveis categóricas, e do test t independente, para variáveis numéricas. Diante dos aspectos analisados foi constatado que a quantidade de medicamentos utilizados, número de consultas médicas no último ano e fatores relacionados com a capacidade funcional dos idosos apresentaram associação com este evento. Os resultados encontrados apontam para a importância da atenção demandada para os idosos diante da sua complexidade, considerando a multidimensionalidade de fatores que podem influenciar a vivência de um desfecho amplamente significativo e constante, que pode levar esses indivíduos ao óbito ou reduzir sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Fatores de Risco. Condição Social.

Abstract

The increase in the aging process has contributed to the prevalence of multiple chronic problems among this population becoming a reality. Given this change in the pattern of illness, several specific care for these individuals are needed, such as hospitalization of the elderly. Recent research has shown that hospitalization is related not only to objective and physiological care needs, but also to psychosocial determinants. The present study aimed to analyze the association between biopsychosocial aspects and hospitalization in the elderly living in the community of Juiz de Fora, MG, who participated in the first wave of the FIBRA-JF study. 122 individuals were investigated. Variables obtained in the first wave were used, together with the addition of two scales applied exclusively in this wave two. Data analysis was performed on an exploratory basis from a univariate model. This verification was performed using Pearson's chi-square for categorical variables and independent t-test for numerical variables. Given the aspects analyzed, it was found that the amount of drugs used, number of medical appointments in the last year and factors related to the functional capacity of the elderly were associated with this event. The results point to the importance of the attention demanded for the elderly in view of its complexity, considering the multidimensionality of factors that may influence the experience of a broadly significant and constant outcome that can lead these individuals to death or reduce their quality of life.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Risk factors. Social condition.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade desafiadora no Brasil e no mundo. O fato de as pessoas estarem vivendo mais anos de vida fez com que o tipo de doença que atinge com maior frequência essa população fosse modificado, criando novos contextos que, até poucas décadas não eram comuns. Quando a velhice é vivida com compensação dos déficits inerentes a este processo, conforme propõe a Teoria de seleção, otimização e compensação, maiores consequências para o indivíduo e seus familiares não são identificadas e pode-se falar sobre a vivência de um envelhecimento bem-sucedido. Entretanto, quando os agravos clínicos são superiores àquilo que idoso consegue manejar, seu desenvolvimento tanto biológico, quanto psicossocial pode ser significativamente comprometido.

Com a diminuição das reservas fisiológicas que invariavelmente ocorrem com o envelhecimento, o indivíduo idoso possui maiores dificuldades de retornar ao seu estado de homeostase quando acometido por alguma morbidade. Este cenário contribui para que os desfechos clínicos de hospitalização e óbito sejam frequentemente vivenciados por esta população. O que este estudo pretendeu mostrar é que não apenas aspectos biológicos e fisiológicos contribuem para a maior ocorrência destes eventos, mas também os fatores psicossociais, que já eram evidenciados por Baltes como fundamentais para o desenvolvimento individual desde o nascimento até a velhice.

Relativo ao desfecho de óbito o que foi apontado é que os fatores psicossociais investigados contribuíram significativamente para o aumento das chances de ocorrência deste evento, conforme evidenciado também em outras pesquisas aqui relatadas. Dentre os aspectos biológicos que foram significativos, a presença de diabetes, muito comum em indivíduos com 65 anos ou mais, ao contrário do que se esperava, mostrou uma diminuição na chance de desenvolver este desfecho.

No estudo sobre o desfecho da hospitalização, menos aspectos biológicos e psicossociais foram associados com o óbito, o que pode ter acontecido devido às perdas entre os participantes. Mesmo assim, a quantidade de consultas no último ano, número de medicamentos utilizados e habilidades funcionais básicas, instrumentais e avançadas de vida diária se associaram com o desfecho. Isso sugere que todas estas variáveis, de alguma forma, estão relacionadas ao contexto social do indivíduo e sua percepção sobre si e sobre seu estado de saúde.

De toda forma, os resultados encontrados no presente estudo corroboram com o que vem sendo apontado pelas principais pesquisas na área do envelhecimento, destacando a necessidade

de enfatizar a complexidade e multidimensionalidade da velhice e dos diversos fatores que podem influenciar os principais desfechos que mais acometem essa população.

Várias dificuldades foram enfrentadas no decorrer da execução deste estudo, sendo que a coleta de dados merece destaque. Muitos idosos, distribuídos em diversos bairros da cidade, juntamente com o tempo contado para que cada etapa pudesse ser realizada dentro do previsto foi desafiador. Além disso, devido ao espaço de tempo transcorrido entre as duas ondas do estudo ter sido de muitos anos, tornou-se um grande desafio a ser enfrentado lidar com a desconfiança dos idosos e familiares, que não se recordavam da primeira participação; assim como com as mudanças, perdas e recusas.

Como o tema estudado é de importância ímpar não só para a atualidade, mas também para discussões e vivências futuras, destaca-se a necessidade de que outros estudos longitudinais de coorte e epidemiológicos sejam realizados, considerando as distintas prioridades para o planejamento de ações e estratégias em saúde, a fim de amenizar os riscos para o desfecho precoce de óbito e hospitalização entre idosos, ao proporcionar maior longevidade com qualidade de vida a esta população.

REFERÊNCIAS

- Alamgir, H., Muazzam, S., Narrullah, M. (2012). Unintentional falls mortality among elderly in the United States: time for action. *Injury.*, 43(12), 2065-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2011.12.001>
- Alberte, J. S. P. (2009). *Fatores biopsicossociais no envelhecimento e percepção da qualidade de vida do idoso*. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Alencar, M. A., Bruck, N. N. S., Pereira, B. C., Câmara, T. M. M. & Almeida, R. D. S. (2012). Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15 (4), 785-796.
- Alvarado, B. E. et al. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63 (12): 1399-1406.
- Alves, L. C., Leite, I. da C., Machado, C. J. (2008). Perfis de Saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003 utilizando o método Grade of Membership. *Cad. Saúde Pública*, 24 (3), 535-546.
- Alves, L. C., Duarte, Y. A. de O., Lebrão, M. L. (2016). Fragilidade e mortalidade dos idosos residentes no município de São Paulo: uma análise entre os anos de 2006 a 2010. *Anais do VII da Associação Latino Americana de População (ALAP) e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Foz do Iguaçu/PR, Brasil.
- Amaral, F. L. J. dos S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F., Maciel, A. C. C. (2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 18 (6).
- Azzi, R. G., Vieira, D. A. (2014). *Crenças de eficácia em contexto educativo*. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Babor, T. F., Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. *PAHO*, 92(4), 1-29.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. In G. E. Gurski (Ed.), *Determining the effects of aging on the central nervous system* (pp. 41-66). Berlin: Schering.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 32 (5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful*

- aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., Staudinger, U. M. (1998). Life-span Theory in Developmental Psychology. In R. M., Lerner (Ed), *Handbook of Child Psychology: Vol. 1. Theoretical Models of Human Development*. New York: Wiley.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., Lindenberger, U. (1999). LIFESPAN PSYCHOLOGY: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 471-507.
- Baltes, P. B., Singer, T. (2001). Plasticity and the ageing mind: an exemplar of the bio-cultural orchestration of brain and behaviour. *European Review*, 9 (1), 59-76.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003), New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 123-135.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In: V. S., Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (vol.4, pp.71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. Social cognitive theory: an agentic perspective. (2001). *Annual Review Psychologist*, 52, 1-26, 2001. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164. doi:10.1177/1090198104263660.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, v. 5, 1-43. Greenwich, CT: Information Age Publishing.

- Bandura, A. A evolução da teoria social cognitiva. (2008). In: Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. A. J (Org.). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 15-41.
- Barros, M., Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 112.
- Barros, M. B. de A., & Goldbaum, M. (2018). Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Revista de Saúde Pública*, 52 (2).
- Borim, F. S. A., Francisco, P. M. S. B., Neri, A. L. (2017). Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 51 (42). doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006708>
- Boult, C., Dowd, B., McCaffrey, D., Boult, L., Hernandez, R., & Krulewitch, H. (1993). Screening Elders for Risk of Hospital Admission. *American Geriatrics Society*, 811-817.
- Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 61 (3-B), 777-781.
- Cabrera, M.A.S., Andrade, S.M., Wajngarten, M. (2007). Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. *Geriatr Gerontol.*, 1(1):14-20.
- Campbell A.J., Buchner D.M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*, 26(4), 315-8.
- Carvalho, M.H.R., Carvalho, S.M.R., Laurenti, R., Payão, S.L.M. (2014). Tendência de mortalidade de idosos por doenças no município de Marília- SP, Brasil: 1998 a 200 e 2005 a 2007. *Epidemiol Serv Saude.*, 23(2):347-54. doi:<https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000200016>
- Castro, E. K. de., Ponciano, C. F., Pinto, D. W. (2010). Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. *Aletheia*, 31, 137-148.
- Certo, A., Sanchez, K., Galvão, A., Fernandes, H. (2016). A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*, 2 (1).
- Chen, G., Stanley, G. M. & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4(62), 62-83.
- Chen, X., Mao, G. & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical Interventions in aging*, 9, 433-441.
- Closs, V. E., & Schwanke, C. H. A. (2012). A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15 (3), 443-458.

- Cohen, R., Paskulin, L. M. G., & Prieb, R. G. G. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18 (2), 307-317. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
- Cole M. (1996). *Interacting minds in a life-span perspective: a cultural/historical approach to culture and cognitive development*, 59–87.
- Cooper, R. C., Huisman, M., Kuh, D., & Deeg, D. J. H. (2011). Do Positive Psychological Characteristics Modify the Associations of Physical Performance With Functional Decline and Institutionalization? Findings From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(4), 468–477. doi:10.1093/geronb/gbr049
- Dahberg, L., Agahi, N., Schön, P., & Lennartsson, C. (2018). Planned and Unplanned Hospital Admissions and Their Relationship with Social Factors: Findings from a National, Prospective Study of People Aged 76 Years or Older. *HSR: Health Services Research*. doi: 10.1111/1475-6773.13001
- Dapp, U., Minder, C.E., Anders, J., Golgert, S., Renteln-Kruse, W. (2014). Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens: results from the longitudinal urban cohort ageing study. *BMC Geriatr.*, 14 (141). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-141>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Zhou, Y. (2005). Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (5). doi: 10.1097/01.alc.0000164374.32229.a2
- Decreto n. 8.114/13, de 30 de setembro de 2013*. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Diário Oficial Uniao. 1º out 2013.
- Duncan, B. B., Chor, D., Aquino, E. M. L., Bensenor, I. M., Mill, J. G., Schmidt, M. I., Lotufo, P. A., Vigo, A., & Barreto, S. M. (2012). Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 126-134.
- Dupre, M. E., Nelson, A., Lynch, S. M., Granger, B. B., Xu, H., Churchill, E... & Peterson, E. D. (2017). Socioeconomic, Psychosocial, and Behavioral Characteristics of Patients Hospitalized with Cardiovascular Disease. *The American Journal of the Medical Sciences*, 354 (6), 565-572. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjms.2017.07.011>
- Durham WH. (1991). *Coevolution: Genes, Culture and Human Diversity*. Stanford, CA: Stanford Univ. Press
- Faria, T. K. de., Barbosa, G. C., Mármora, C. H. C. (2018). Novos Paradigmas de Desenvolvimento do Adulto. In: Araujo, R. C., Júnior, J. D. de P. (orgs). *Conceitos Aplicados em Psicologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Autografia.

- Fonseca, A. C. C., Scoralick, F., Silva, C. L., Bertolino, A., Palma, D., Piazzolla, L. (2011) Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. *Brasília Méd.* 48(4): 366-71.
- Fontes, A. P., Azzi, R. G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. (2012). *Estudos de Psicologia*, 29 (1), 105-114.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 72-82.
- Freire, J. C. G., Nóbrega, I. R. A. P. da, Dutra, M. C., Silva, L. M. da, Duarte, H. A. (2017). Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde e debate*, 41 (115). doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711517>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 146-156.
- Fried, L. P.; Walston, J.M. (2003). Frailty and failure to thrive. In: Hazard, W. R., Blass, J. P., Ettinger, W. H., Halter, J. B., Ouslander, J. (eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*, (5), 1487-1502.
- Fried, L.P. et al. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 59 (3), 255-63.
- Gardner, D. G. & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70.
- GBD (2014). GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.*, 385(9963), 117-71. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
- Gesualdo, G.D. *Fragilidade de adultos e idosos com doença renal em tratamento hemodialítico: identificação de fatores associados*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. São Carlos, SP, Brasil.
- Giacomin, K. C. (2012). Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: M. V., Bernizis, M. C., Borges. *Políticas Públicas para um país que envelhece* (17-44). São Paulo: Ed. Martinari.
- Gildner, T.E., Liebert, M.A., Capistrant, B.D., D'Este, C., Snodgrass, J.J., Kowal, P. (2016). Perceived income adequacy and well-being among older adults in six low and middle-income countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw145>

- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (3), 1755-1769.
- Grden, C.R.B. (2015). *Síndrome da fragilidade física e as características sociodemográficas de idosos longevos*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Paraná, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde* (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., & Lopes, C. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 625-634.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 21 (3), 703-714.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Revista de saúde coletiva*, 27 (4), 1185-1204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>
- Hallgren, J., Fransson, E. I., Kareholt, I., Reynolds, C. A., Pedersen, N. L., & Aslan, A. K. D. (2016). Factors Associated with Hospitalization Risk among Community Living Middle Aged and Older Persons: Results from the Swedish Adoption/ Twin Study of Aging (SATSA). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66,102-8.
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). An aging world: 2015. *United States Census Bureau, International Population Reports*. Recuperado de <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
- Hoefelmann, C. P., Benedetti, T. R. B., Antes, D. L., Lopes, M. A., Mazo, G. Z., Korn, S. (2011). Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. *Motriz: Revista de Educação Física*. 19-25. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742011000100003. doi: <http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2011v17n1p19>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7 (7). doi:10.1371/ journal.pmed.1000316
- Hoogendijk, E. O., van Hout, H. P. J., van der Horst, H. E., Frijters, D. H. M., Dent, E., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2014). Do psychosocial resources modify the effects of frailty on functional decline and mortality? *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 547-551. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.017>

- Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*, 58(6), 468-75.
- Ilder, E. L. (2003). Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*, 43, 372-375.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *População Residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo*. Censo Demográfico, Recuperado de https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramide.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 181 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Recuperado de https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/a7d023687b221aafb0364f56cad94367.pdf
- Jacob Filho, W., Kikuchi, E. L. (2011). *Geriatrics e Gerontologia Básicas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1979). *The general self-efficacy scale (GSE)*. Recuperado de <http://healthpsych.de.com>
- Judge, T. A., Erez, A. & Bono, J. A. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance*, 11, 167-187.
- Karlinski, L. P. B., Frasseto, S. S. (2013). A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. *Aletheia*, 42, 51-61.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185 (12), 914-9.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186.
- Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O. (2003). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS.
- Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial Uniao. 6 jan 1994; Seção 1.

- Lei n 10.741, de 03 de outubro de 2003.* Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf
- Lepeleire, J. de., Iliffe, S., Mann, E., & Degryse, J. (2009). Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice*. 177-182.
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on the emotional well-being among Chinese elderly. *PLoS One*. 9(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>
- Lima, E.E.C., Queiroz, B.L. (2014). Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death. *Cad Saude Publica*, 30(8), 1721-30. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00131113>.
- Lini, E. V., Portella, M. R., Doring, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. (2016). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 19 (6), 1004-1014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.
- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cadernos de saude publica*, 24, 103-112.
- Lourenço, R. A., Delgado, F. E. F., Atalaia, K., Banhato, E., Marmora, C. H. C., & Guedes, D. V. (2019). Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. *Ciência e Saúde coletiva*, 24 (1). doi: 0037/2017-14138123.29077863832076
- Maia, F. de O. M., Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L., Santos, J. L. F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev. Saúde Pública*.
- Marques, C. A., Stefanello, B., Mendonça, C. N., Furlanetto, L. M. (2013). Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J. bras. Psiquiatr*. 62 (1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100001>
- Martínez-reig, M. et al. (2016). Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 51 (2).
- Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torrez-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J.,... & Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS one*, 8 (1). doi: 10.1371/journal.pone.0054856
- Mello, A. C., Engstrom, E. M., Alves, L. C. (2014). Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (6): 1-25.

- Melo, D. M. de., & Barbosa, A. J. G. (2015). O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (12). Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n12/3865-3876/#>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
- Melo-Silva, A. M. de., Mambrini, J. V. de M., Junior, P. R. B. de S., Andrade, F. B. de., & Lima-Costa, M. F. (2018). Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52 (2). doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000639>
- Memória, C. M., Yassuda, M. S., Nakano, E. Y., & Forlenza, O. V. (2012). Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.3787
- Menezes, A. L. C. (2017). *Fragilidade de idosos em contexto de alta vulnerabilidade social: identificação de fatores associados*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil.
- Michelson, E. et al. (2006). Vitamin and carotenoid status in older women: associations with the frailty syndrome. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61 (6): 600-607.
- Ministério da Saúde (2013). *Estatuto do Idoso* (3a ed, 2ª reimpr). Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. da C. G., Silva, A. L. A. da. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 19 (3), 507-519.
- Moraes, E. N. de. (2009). *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Moraes, M. P.; Costa, M. A. (2010). Condições de Funcionamento e Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: M. P., Moraes, M. A., Costa (Orgs), *Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Brasília: Ipea.
- Moreira, V. G. (2017). *Massa muscular, força e desempenho funcional em idosos clientes de uma operadora de saúde, que vivem na zona norte da cidade do Rio de Janeiro: um estudo sobre sarcopenia e sua associação com fatores sociodemográficos, funcionalidade, comorbidades e mortalidade*. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Moreira, V. G., Lourenço, R. A. Prevalence and factors associated with frailty in na older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. (2013). *Clinical Science*, 68 (7), 979-985. doi: 10.6061/clinics/2013(07)15
- Moura, M. M. D. de., & Veras, R. P. (2017). Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27 (01). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>

- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In L. F., Malloy-Diniz, D. Fuentes & R. M., Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (17-42). São Paulo: Artmed. Recuperado de http://https://books.google.com.br/books?id=hmk3AgAAQBAJ&pg=PA62&lpg=PA62&dq=pdf+n europsicologia+do+envelhecimento+uma+abordagem+multidimensional&source=bl&ots=91_URLOD-J&sig=MXWZOf4szwcXYE_G8SZGC2mQ9mY&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKewiXsNutpvDKAhXGD5AKHdaTC-0Q6AEINTAF#v=onepage&q&f=true
- Neri, A. L., Borim, F. S. A., Fontes, A. P., Rabello, D. F., Cachioni, M., Batistoni, S. S. T., Yassuda, M. S., Souza-Junior, P. R. B. de, Andrade, F. B. de, & Lima-Costa, M. F. (2018). Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52 (2). doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>
- Neri, A. L.; Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16 (3), 419-432.
- Neto, J. A. C., Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Barboza, D. F., Gonçalves, E. C. Q., & Gonçalves, R. T. (2011). Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. *HU Revista*, 37 (2), 207-216.
- Neves, R. F., Laham, C. F., Aranha, V. C., Santiago, A., Ferrari, S. & Lucia, M. C. S. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11(2), 72-98.
- Nóbrega, I. R. A. P., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Vieira, J. C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde debate*, 39 (105), 536-550.
- Nourhashémi, F. et al. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS Study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 (7): M448-M453.
- Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de Saúde. In: A, Camarano (editor). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* p. 427-49. Rio de Janeiro: IPEA.
- Nunes, D. P. (2011). *Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE*. (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
- Nunes, M. F. O. (2008). Funcionamento e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: uma revisão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v9n1/v9n1a04.pdf>

- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalém, M. (1999). *A Escala de Autoeficácia Geral Percepcionada*. Recuperado de [http:// healthpsych.de.com](http://healthpsych.de.com)
- Oliveira, M. P. F., Novaes, M. R. C. G. (2013). Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet*, 18(4):1069-1078.
- Oliveira, L. P. de. (2016). *Mortalidade e Fatores Prognósticos em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Natal, RN, Brasil.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde.
- Ottenbacher, K. J. et al. (2005). Frailty in Mexican American older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, US, 53 (9): 1524-1531.
- Pajares, F., Olaz, F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. (2008). In: Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. A. J (Org.). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.
- Pasinato, M. T. M. (2009). *Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social*. (Tese de doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Pedro, W. J. A. (2016). Processos de Envelhecimento Ativo e algumas dimensões sociais da ciência e tecnologia. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP-USP*, 49 (2), 6-7.
- Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M. W., Deeg, D. J. H., Boeke, A. J. P., & van Eijk, J. T. M. (1997). Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146 (6).
- Pereira, C. M., Souza, G. M., Costa, N. V. M. da., Rossini, R. P., Gomes, A. M., & Batista, E. C. (2018). Autoeficácia Percebida por Estudantes do Primeiro Período de um Curso de Pedagogia. *Revista Científica FAEST*, 6 (1), 13-23.
- Perez, M. (2008). A População Idosa e o Uso de Serviços de Saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 30-37. Recuperado de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=188
- Perez, M. (2017). *Probabilidade de internações repetidas: estudo de validação preditiva de um instrumento de rastreamento de fragilidade em idosos*. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- Perez, M., Lourenço, R. A. (2013). Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 29 (7), 1381-1391.
- Perlini, N.M.O., Leite, M.T., Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 229-36.
- Pimouguet, C., Rizzuto, D., Schön, P., Shakersain, B., Angleman, S., Lagergren, M., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2015). Impact of living alone on institucionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 26 (1), 182-187.
- Pimouguet, C., Rizzuto, D., Lagergren, M., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2017). Living Alone and Unplanned Hospitalizations Among Older Adults: A Population-Based Longitudinal Study. *European Journal of Public Health*, 27 (2), 251-6.
- Pinheiro, N. C. G., Holanda, V. C. D., Melo, L. A. de., Medeiros A. K. B. de., Lima, K. C. de. (2016). Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (11), 3399-3405.
- Portaria n. 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial União. 13 dez 1999; Seção 1.
- Puts, M. T. E., Deeg, D. J. H., Lips, P. (2005). Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (1): 40-47.
- Rabelo, D. F., Cardoso, C. M. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-UFS*, 12 (1), 75-81.
- Ramos, G. C. F., Carneiro, J. A., Barbosa, A. T. F., Mendonça, J. M. G., & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64 (2), 122-131. doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Reis, C., Barbosa, L. M. de L. H., & Pimentel, V. P. (2016). O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Setorial*, 44, p.87-124.
- Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.* Recuperado de http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df
- Ribeiro, J. L. P., Ponte, A. C. S. L. C. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 163-174.
- Rockwood, K. et al. (2004). Prevalence, attributes and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 59 (12), 1310-1317.

- Rockwood, K. (2005). Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc*, 53(6), 1069-70.
- Rockwood, K., Mitnitski, A. (2011). Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med.*, 27, 17–26. doi:10.1016/j.cger.2010.08.008
- Rönneikkö, J. K., Mäkelä, M., Jämsen, E. R., Huhtala, H., Finne-Soveri, H., Noro, A., & Valvanne, J. N. (2017). Predictors for Unplanned Hospitalization of New Home Care Clients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (2), 407–14.
- Rosa, L. H. T. da, Rossato, D. D., Bombardelli, C. L., Sturmer, G., Rosa, P. V. da. (2010). Estudo da mortalidade em população idosa de municípios do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 2004. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13 (1), 111-119.
- Sbicigo, J. B., Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., & Dell`Aglío, D. D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psico*, 43 (2), 139-146.
- Scherbaum, C. A., Cohen-Charash, Y. & Kern, M. J. (2006). Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 1047-1063.
- Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Azevedo e Silva, G., Menezes, A., Monteiro, C.A., Barreto, S.M., et al. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.*, 377(9781), 1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 5:165-73.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, J. & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Silva-Junior, J. S., Souto, E. P., Fischer, F. M., Griep, R. H. (2018). Validade e confiabilidade teste-reteste do questionário 'Expectativas sobre o trabalho'. *Rev. Saúde Pública*, 52 (65). doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000237>
- Silva, M. C. S. & Lautert, L. (2010). O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 44(1), 61-67.
- Simões, C. C. da S. (2016). *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores sociais.

- Simões, E.J., Bouras, A., Cortez-Escalante, J.J., Malta, D.C., Porto, D.L., Mokdad, A.H., et al. (2015). A priority health index identifies the top six priority risk and related factors for non-communicable diseases in Brazilian cities. *BMC Public Health.*, 15 (443). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1787-1>
- Skoog, J., Backman, K., Ribbe, M., Falk, H., Gudmundsson, P., Thorvaldsson, V., Borjesson-Hanson, A., Ostling, S., Johansson, B., Skoog, I. (2017). A Longitudinal Study of the Mini-Mental State Examination in Late Nonagenarians and Its Relationship with Dementia, Mortality, and Education. *Journal the American Geriatrics Society.*
- Sousa, F. de J. D. de., Gonçalves, L. H. T., Paskulin, L. G. M., Gamba, M. A. (2018). Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line*, 12 (4), 824-31.
- Souza, I., & Souza, M. A. de. (2004). Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. *Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas*, 26 (1-2), 12-17.
- Staudinger, V. M., Baltes, P. B., & Fleeson, W. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.305>
- Sthal, H. C., Berti, H. W., Palhares, V. de C. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto Contexto Enferm*, 20 (1), 59-67.
- Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., Kaplan, G.A. (2002). Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 328-34.
- Sutton, J. L., Gould, R. L., Daley, S., Coulson, M. C., Ward, E. V., Butler, A. M., et al. (2016). Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatr*, 16 (55). doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0225-2> PMID: 26927924
- Teixeira, I. N. D. O. (2006). *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. São Paulo, SP, Brasil.
- Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G. (2005). Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer. In: *Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, organizador*. Resumos [CD-ROM] do 2. Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica; 17-20 maio 2005; Gramado, RS. Porto Alegre: IBAP.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance tables*. Working Paper ESA/P/WP 241. Recuperado de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

- Valsiner J, Lawrence JA. (1997). Human development in culture across the life-span. In J.W. Berry, P.R. Dasen, T.S. Saraswathi (Ed), *Handbook of Cross-Cultural Psychology* (2:69–106). Boston: Allyn & Bacon.
- Vaupel, J.W., Manton, K.G., Stallard, E. (1979). The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. *Demography*, 16, 439–454. doi:10.2307/2061224
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, 43 (3), 548-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.*, 23 (6). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Vieira, R. A. (2013). *Fragilidade, quedas e autoeficácia em idosos brasileiros: dados da rede FIBRA*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, BH, Brasil.
- Vieira, R. A., Guerra, R. O., Giacomini, K. C., Vasconcelos, K. S. de S., Andrade, A. C. de S., ... Dias, R. C. (2013). Prevalência de Fragilidade e Fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*. 29 (8), 1631-1643.
- Vieira, C. P. de B., Nascimento, J. de J. do., Barros, S. S., Luz, M. H. B. A., Valle, A. R. M. da C. (2016). Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. *Cienc Cuid Saúde*, 15 (3), 413-420.
- Zagonel, A. D., Costa, A. E. K., Pissaia, L. F., Moreschi, C. (2017). As percepções sociais frente à implantação de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em um município do Vale do Taquari/RS, Brasil. *Scientia Plena*, 13 (2). doi: 10.14808/sci.plena.2017.027501
- Zanini, D. S., Verolla-Moura, A., & Queiroz, I. P. de A. R. (2009). Apoio social: aspectos de validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 195-202.
- Zanini, D. S., Peixoto, E. M., & Nakano, T. de C. (2018). Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de normatização com referência nos itens. *Temas em Psicologia*, 26 (1), 387-399.
- Zeng, A., Song, X., Dong, J., Mitnitski, A., Liu J., Guo, Z., Rockwood, K. (2015). Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70, 1586-1594.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- WHO (2002). *Active Ageing – A Policy Framework*. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Recuperado de <http://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

WHO (2007). *Global Age-Friendly Cities: a guide*. Geneva: WHO.

WHO (2015). *World report on ageing and health*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>

Woods, N. F. et al. (2005). Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (8): 1321-1330.

APÊNDICE A – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você para participar como voluntário (a) da pesquisa "Fatores de risco relacionados aos desfechos clínicos e cognitivos de idosos: Segmento do estudo FIBRA-JF". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é levar mais informações e conhecimento ao Sr. (a) e sua família para que possamos ajudá-lo (a) a prevenir futuros problemas de saúde. Irem os também investigar fatores sobre como o (a) Sr. (a) vive e se sente que possam contribuir para diminuir alguns problemas futuros em sua saúde próprios da velhice, tais como as quedas e as perdas gerais relacionadas à saúde física e mental de um idoso que podem levá-lo à internação em hospitais ou instituições de idosos. Nesta pesquisa pretendemos saber qual o número de casos de idosos hospitalizados, institucionalizados e com perda de funções cerebrais como a memória, tentando entender quais os motivos estão associados a essa perda. Faremos isso a partir dos dados coletados há oito anos (2009-2010) na primeira fase do projeto FIBRA-JF, do qual o (a) Sr.(a) participou, quando nossas equipes avaliaram pessoas idosos com 85 anos ou mais.

Caso o (a) Sr. (a) concorde em participar novamente da pesquisa, vamos fazer as seguintes atividades: aplicação de um questionário com perguntas, aplicação de alguns testes para avaliar sua memória, percepção, linguagem, raciocínio lógico, atenção, apoio social e também um questionário sobre a quantidade de internações caso o (a) Sr. (a) tenha tido alguma. A pesquisa pode ajudar a promover melhores condições de vida para os idosos, contribuindo para um envelhecimento mais digno e ativo.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A pesquisa é de risco mínimo, já que não será realizada nenhuma modificação física ou psicológica invasiva à sua intimidade, deixando-o à vontade para responder as perguntas. O (a) Sr. (a) terá todas as informações fornecidas quando quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar dela, ou ainda recusar-se a participar quando decidir por isso. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que este trabalho possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Cláudia Helena Cerqueira Marmora
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto:
CEP: 36036-900
Fone: 32-2103-3843
E-mail: claudia.marmora@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B - Protocolo Telefônico Participantes

Data do contato: ____/____/____

Recrutador: _____

Nome do idoso: _____ Código: _____

Endereço Atualizado: _____

Ocupação: _____

1- Entre 2015 e a data atual, o (a) Sr. (a) foi internado algumas vez? ()

1-Sim

2-Não

99-NS

Caso tenha sido internado faça a pergunta 1.1. Caso não tenha, vá para a pergunta 3.

1.1. Quantas vezes, em média, o Sr. (a) foi internado nos últimos 3 anos?

Número de internação () 99 – NS ()

1.2 Por qual motivo?

2- Entre 2015 e a data atual, o (a) Sr. (a) esteve em algum asilo, lar ou casa para idosos? ()

1-Sim

2-Não

99-NS

Caso ele tenha, faça as perguntas 2.1 e 2.2.

2.1. Quantas vezes, em média, o (a) Sr. (a) foi para algum asilo, lar ou casa para idosos nos últimos 3 anos?

Número de vezes () 99 – NS ()

2.2. Qual o tempo mais longo que o (a) Sr. (a) permaneceu em algum asilo, lar ou casa para idosos nos últimos 3 anos?

Tempo de institucionalização: () dias/meses/anos 99 – NS ()

3- Entre 2015 e a data atual o (a) Sr. (a) precisou procurar algum serviço de emergência público ou privado? ()

1-Sim

Qual? _____

2-Não

99-NS ()

4- O (a) Sr. (a) tem algum cuidador? ()

1. Sim (vá para a pergunta 5)

2. Não - o próprio (vá para 5.2.1)

5- Quem é o cuidador direto do (a) Sr. (a)? ()

1- Cuidador formal

2- Filha (o)

3- Esposa (o)

4- Outro (s)

99 – NS

**APÊNDICE C – Protocolo de
Aplicação em Caso de Idoso Incapacitado**

Motivo da incapacidade:

- () 1 Comprometimento visual grave
- () 2 Comprometimento auditivo grave
- () 3 Comprometimento grave na fala
- () 4 Incapaz de entender as instruções
- () 5 Imobilidade
- () 6 Estado alterado de consciência por uso de medicação. Qual?
- () 7 Baixa mobilidade em Membro Superior
- () 8 Outro

1) Qual é a sua relação de proximidade com o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso)? ()

- 1. Cuidador formal
- 2. Filha (o)
- 3. Esposa (o)
- 4. Outro
- 99 – NS

2) Entre 2015 e a data atual, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi internado alguma vez? ()

1-Sim

2-Não

99-NS

Caso o idoso tenha sido internado, faça a pergunta 2.1. Caso não tenha, vá para a pergunta 3.

2.1. Quantas vezes, em média, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi internado nos últimos 3 anos?

Número de internação () 99 – NS ()

3) Entre 2015 e a data atual, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) esteve em algum asilo,

lar ou casa para idosos? ()

1-Sim

2-Não

99-NS

Caso o idoso tenha estado em algum asilo, lar ou casa para idosos, faça as perguntas 3.1 e 3.2.

3.1. Quantas vezes, em média, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi para algum asilo, lar ou casa para idosos nos últimos 3 anos?

Número de vezes () 99 – NS ()

3.2. Qual o tempo mais longo que o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) permaneceu em algum asilo, lar ou casa para idosos nos últimos 3 anos?

Tempo de institucionalização: () dias/meses/anos 99 – NS ()

4) Entre 2015 e a data atual o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) precisou procurar algum serviço de emergência público ou privado? ()

1-Sim

Qual?

2-Não

99-NS ()

5) Qual é o seu tempo de convivência com o (a) senhor (a) (dizer nome do idoso)?

Tempo: ____ .

APÊNDICE D – Questionário

ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS 2ª ONDA – FIBRA Juiz de Fora

1. DATA ENTREVISTA: ____/____/____ 2. HORA DE INÍCIO: ____ : ____ 3. HORA DE TÉRMINO: ____
 4. ENTREVISTADOR: _____ 5. POLO: UFJF
 6. CÓDIGO DA CIDADE: _____

CONTROLE DE QUALIDADE

DATA			
STATUS			
OBSERVAÇÃO			

CÓDIGO DO REVISOR:

- STATUS DO QUESTIONÁRIO: (1) questionário completo
 (2) necessário fazer outro contato com o idoso
 (3) esclarecer com o entrevistador
 (4) perdido

7. STATUS FINAL DO QUESTIONÁRIO:

8. CÓDIGO DO PARTICIPANTE:

9. Nome: _____

10. Endereço: _____ 11. Bairro: _____

12. Telefone: _____

13. Data de nascimento: ____/____/____ 14. Idade: _____

15. Gênero: (1) Masc. (2) Fem.

16. Assinatura do TCLE: (1) Sim (2) Não

17. Nome de familiar, amigo ou vizinho para contato:

18. Telefone: _____

19.
 OBS.: _____

Características sociodemográficas

35. Qual é o seu estado civil?

- (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
 (2) Solteiro (a)
 (3) Divorciado (a) / Separado (a)
 (4) Viúvo (a)
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

35.

- (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

36. Qual sua cor ou raça?

- (1) Branca
 (2) Preta
 (3) Mulata/cabocla/parda
 (4) Indígena
 (5) Amarela/oriental
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

36.

37. Trabalha atualmente? (se não, vá para questão 38).

- (1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

37.

37.a. O que o (a) senhor (a) faz (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação).

38. O (a) senhor (a) é aposentado (a)?

- (1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

38.

- (1) Sim
 (2) Não
 (99) NR

44.

39. O (a) senhor (a) é pensionista?

- (1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

39.

40. O (a) senhor (a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO).

- (1) Sim
 (2) Não

40.

41. Até que ano da escola o (a) senhor (a) estudou?

- (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
 (2) Curso de alfabetização de adultos
 (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
 (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
 (5) Científico clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
 (6) Curso superior
 (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

41.

42. Total de anos de escolaridade:

42.

43. Quantos filhos o (a) senhor/senhora tem?

43.

44. O senhor (a) mora só?

(Para os que não moram sozinhos fazer a pergunta 45).

- (1) Sim
 (2) Não
 (99) NR

44.

45. Com quem o (a) senhor (a) mora?

	Sim	Não
45.a. Cuidador profissional/empregado	1	2
45.b. Marido/mulher / companheiro/a	1	2
45.c. Outros de sua geração	1	2
45.d. Filho (a) ou genro/nora	1	2
45.e. Neto/s	1	2
45.f. Outro/s arranjos	1	2

46. O (a) senhor (a) é proprietário (a) de sua residência?

- (1) Sim
 (2) Não

46.

- (97) NS
(98) NA
(99) NR

47. O (a) senhor (a) é o principal responsável pelo sustento da família? (Se não, vá para 48).

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

47.

48. O (a) senhor (a) ajuda nas despesas da casa?

- (1) Sim
(2) Não
(97) N
(98) NA
(99) NR

48.

49. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

49.

50. O (a) senhor (a) tem algum parente, amigo ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, caso necessário?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

50.

51. Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o (a) senhor (a)?

51.

52. O (a) senhor (a) e sua (seu) companheira (o) consideram que têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

- (1) Sim
(2) Não

52.

III – Saúde Física Percebida

Doenças crônicas auto-relatadas diagnosticadas por médico no último ano.

No último ano, algum médico já disse que o (a) senhor (a) tem os seguintes problemas de saúde?

PATOLOGIA	SIM (1)	NÃO O (2)	NS (97)	NR (99)
53. Doença do coração como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco?		53.	<input type="checkbox"/>	
54. Pressão alta – hipertensão?		54.	<input type="checkbox"/>	
55. Derrame/ AVC/ Isquemia Cerebral?		55.	<input type="checkbox"/>	
56. Diabetes Mellitus?		56.	<input type="checkbox"/>	
57. Tumor maligno/ câncer?		57.	<input type="checkbox"/>	
58. Artrite ou reumatismo?		58.	<input type="checkbox"/>	
59. Doença do pulmão (bronquite e enfisema)?		59.	<input type="checkbox"/>	
60. Depressão?		60.	<input type="checkbox"/>	
61. Osteoporose?		61.	<input type="checkbox"/>	
62. Outros problemas de saúde diagnosticados pelo médico		62.	<input type="checkbox"/>	

Saúde auto relatada: Nos últimos 12 meses, o (a) senhor (a) teve algum destes problemas?

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO O (2)	NS (97)	NR (99)
63. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?		63.	<input type="checkbox"/>	
64. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?		64.	<input type="checkbox"/>	
65. Nos últimos 12 meses, tem se sentido triste ou deprimido?		65.	<input type="checkbox"/>	

<p>66. Esteve acamado em casa por motivo de doença ou cirurgia?</p> <p>66.a. Se sim, por quantos dias permaneceu acamado?</p>	<p>66. <input type="text"/></p> <p>66.a. <input type="text"/></p>
<p>67. Nos últimos 12 meses, teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?</p>	<p>67. <input type="text"/></p>
<p>68. O (a) senhor (a) teve problemas para dormir?</p>	<p>68. <input type="text"/></p>

Quedas

(As questões 69 a 72 referem-se aos últimos 12 meses)

PROBLEMAS	SI M (1)	NÃ O (2)	NS (97)	NR (99)
<p>69. O (a) senhor (a) sofreu alguma queda de ___ deste ano a ___ do ano passado? (Se não, vá para 69). (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NA (99) NR</p> <p>69. <input type="text"/></p>	<p>69.a. Se sim, quantas vezes?</p> <p><input type="text"/></p>			
<p>70. Devido à (s) queda (s), o (a) senhor (a) teve que procurar o serviço de saúde ou teve que consultar o médico? (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NA (99) NR</p> <p>70. <input type="text"/></p>	<p>71. Sofreu alguma fratura? (Se não, vá para 73). (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NA (99) NR</p> <p>71. <input type="text"/></p>			
<p>72. Teve que ser hospitalizado por causa dessa fratura? (1) Sim (2) Não (97) NS</p>	<p>71.a. Se sim, onde? (1) punho (2) quadril (3) vértebra (4) outros</p> <p>71.a. <input type="text"/></p>			

<p>(98) NA (99) NR 72. <input type="text"/></p>	<input type="text"/>
--	----------------------

Uso de medicamentos

73. Quantos medicamentos o (a) senhor (a) tem usado de forma regular nos últimos 3 meses, receitados pelo médico ou por conta própria?

73.

73.a. Para os que tomam medicamentos, perguntar: “Como tem acesso aos medicamentos”?

73.a.

- (1) Compra com o seu dinheiro
(2) Compra com os recursos da família
(3) Obtém no posto de saúde
(4) Qualquer outra composição (1+2), (1+3), (2+3) ou (1+2+3)

Déficit de Audição e de Visão

74. O (a) senhor (a) ouve bem?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

74.

75. O (a) senhor (a) usa aparelho auditivo?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

75.

76. O (a) senhor enxerga bem?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

76.

77. O (a) senhor(a) usa óculos ou lentes de contato?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

77.

Hábitos de vida: tabagismo e alcoolismo

(Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida).

78. O (a) senhor (a) fuma atualmente? (Se não, vá para 78.b.).

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 78.**

78.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Há quanto tempo o (a) senhor (a) é fumante?”

78.a.

78.b. Para aqueles que responderam NÃO, perguntar:

- (1) Nunca fumou
(2) Já fumou e largou
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 78.b.**

AUDIT

79. Com que frequência o (a) senhor (a) consome bebidas alcoólicas?

(Se a resposta for nunca, vá para 82).

- (0) Nunca
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) 2-4 vezes por mês
(3) 2-3 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana
- 79.**

80. Quantas doses de álcool o (a) senhor (a) consome num dia normal?

(Perguntar qual o tipo de bebida e em que tipo de copo).

- (0) 0 ou 1
(1) 2 ou 3
(2) 4 ou 5
(3) 6 ou 7
(4) 8 ou mais
- 80.**

81. Com que frequência o (a) senhor (a) consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- (0) Nunca
(1) Menos que uma vez por mês
(2) Uma vez por mês
(3) Uma vez por semana
(4) Quase todos os dias
- 81.**

Uso de serviços de saúde

Agora vamos falar sobre o uso que o (a) senhor (a) tem feito de serviços médicos nos últimos 12 meses.

82. O (a) senhor (a) tem plano de saúde?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 82.**

83. Preciou ser internado no hospital pelo menos por uma noite?

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 83.**

83.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: Qual foi o maior tempo de permanência no hospital?

83.a.

84. O (a) senhor (a) recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área da saúde? (psicólogo, fisioterapeuta, médico, fonoaudiólogo).

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 84.**

85. Quantas vezes o (a) senhor (a) foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)?

85.

85.a. Para aqueles que responderam NENHUMA na questão anterior, perguntar: Qual o principal motivo de não ter ido ao médico nos últimos 12 meses?

- (1) Não precisou
(2) Preciou, mas não quis ir
(3) Preciou, mas teve dificuldade de conseguir consulta
(4) A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir
(5) A consulta foi marcada, mas não quis ir
(97) NS
(98) NA
(99) NR
- 85.a.**

**Capacidade Funcional para AAVD,
AIVD, ABVD
Atividades Avançadas de Vida Diária**

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:

ATIVIDADES	NUNC A (1)	PAROU DE FAZER (2)	AIND A FAZ (3)
86. Fazer visitas na casa de outras pessoas		86.	<input type="checkbox"/>
87. Receber visitas em sua casa		87.	<input type="checkbox"/>
88. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião		88.	<input type="checkbox"/>
89. Participar de centro de convivência, universidade da terceira idade ou algum curso		89.	<input type="checkbox"/>
90. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes		90.	<input type="checkbox"/>
91. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema		91.	<input type="checkbox"/>
92. Dirigir automóveis		92.	<input type="checkbox"/>
93. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade		93.	<input type="checkbox"/>
94. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou país		94.	<input type="checkbox"/>
95. Fazer trabalho voluntário		95.	<input type="checkbox"/>
96. Fazer trabalho remunerado		96.	<input type="checkbox"/>

97. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas?
97.

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é **totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total** para fazer cada uma das seguintes coisas:

98. Usar o telefone	98.	<input type="checkbox"/>
<p>I= É capaz de discar os números e atender sem ajuda? A= É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? D= É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)</p>		
99. Uso de transporte	99.	<input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? A=É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? D=É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?</p>		
100. Fazer compras	100.	<input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? A=É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? D=É incapaz de fazer compras?</p>		
101. Preparo de alimentos	101.	<input type="checkbox"/>
<p>I=Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? A=É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? D=É incapaz de preparar qualquer refeição?</p>		
102. Tarefas domésticas	102.	<input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? A=É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? D=É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?</p>		
103. Uso de medicação	103.	<input type="checkbox"/>

<p>I=É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda? A=É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? D=É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?</p>	
104. Manejo do dinheiro	104. <input type="text"/>
<p>I=É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? A=Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? D=É incapaz de realizar estas atividades?</p>	

Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é **totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total** para fazer cada uma das seguintes coisas:

105. Vestir-se	105. <input type="text"/>
<p>(pega roupas, inclusive, peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) I=Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda I=Pegas as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos D=Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	
106. Uso do vaso sanitário	106. <input type="text"/>
<p>(ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas) I=Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira) D=Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite) D=Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	
107. Transferência	107. <input type="text"/>
<p>I=Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p>	

<p>D=Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda D=Não sai da cama</p>	
108. Continência	108. <input type="text"/>
<p>I=Controla inteiramente a micção e a evacuação D=Tem “acidentes” ocasionais D=Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	
109. Alimentação	109. <input type="text"/>
<p>I=Alimenta-se sem ajuda I=Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão D=Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos</p>	

110. Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o (a) senhor (a) tem com quem contar? (Se não, vá para 111).

- (1) Sim
(2) Não
(97) NS
(98) NA
(99) NR

110.

110.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Quem é essa pessoa?”.

- (1) Cônjuge ou companheiro (a)
(2) Filha ou nora
(3) Filho ou genro
(4) Outro parente
(5) Um (a) vizinho (a) ou amigo (a)
(6) Um profissional pago
(7) Qualquer outra composição (1+2; 1+3...)
(97) NS
(98) NA
(99) NR

110.a.

SOMENTE O IDOSO PODE RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES
--

Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida)

111. Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é:

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (99) NR

111.

Depressão

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o (a) senhor (a) vem se sentindo na última semana.
Por favor, me responda apenas SIM ou NÃO.

QUESTÕES	SIM	NÃO
112. O (a) senhor (a) está basicamente satisfeito (a) com sua vida? 112. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
113. O (a) senhor (a) deixou muitos de seus interesses e atividades? 113. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
114. O (a) senhor (a) sente que sua vida está vazia? 114. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
115. O (a) senhor (a) se aborrece com freqüência? 115. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
116. O (a) senhor (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo? 116. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
117. O (a) senhor (a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer? 117. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
118. O (a) senhor (a) se sente feliz a maior parte do tempo? 118. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
119. O (a) senhor (a) sente que sua situação não tem saída? 119. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
120. O (a) senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? 120. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
121. O (a) senhor (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria? 121. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)
122. O (a) senhor (a) acha maravilhoso estar vivo? 122. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(1)	(2)

123. O (a) senhor (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias? 123. <input type="text"/>	(1)	(2)
124. O (a) senhor (a) se sente cheio de energia? 124. <input type="text"/>	(1)	(2)
125. O (a) senhor (a) acha que sua situação é sem esperança? 125. <input type="text"/>	(1)	(2)
126. O (a) senhor (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o (a) senhor (a) 126. <input type="text"/>	(1)	(2)
127. Total:		<input type="text"/>

Satisfação Global com a Vida e Referenciada a Domínios

Diga: “agora farei algumas perguntas sobre a satisfação com a vida e gostaria que o (a) senhor (a) respondesse se está pouco, mais ou menos ou muito satisfeito com as seguintes questões”.

QUESTÕES	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
128. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua vida hoje? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
129. Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o (a) senhor (a) diria que está satisfeito (a) com a sua vida hoje? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
130. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
131. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
132. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as suas amizades e relações familiares? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
133. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
134. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com seu acesso aos serviços de saúde? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)
135. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com os meios de transporte de que dispõe? <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)

APOIO SOCIAL

Diga: “Agora farei algumas perguntas sobre o apoio social que o (a) senhor (a) possui, vou ler cada uma das perguntas e quando eu terminar preciso que o (a) senhor (a) responda a frequência que conta com apoio em cada uma das situações da sua vida”: **nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre.**

Leia cada uma das perguntas iniciando SEMPRE com a frase: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém...”, dando opções (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre) após cada questionamento.

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes	4. Quase sempre	5. Sempre
-----------------	---------------------	--------------------	------------------------	------------------

Tipo de apoio	Item Se você precisar, com que frequência conta com alguém...					
136. Material	a. que o ajude, se ficar de cama? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. para levá-lo ao médico? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. pra preparar suas refeições se você não puder prepará-las? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
137. Afetivo	a. que demonstre amor e afeto por você? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. que lhe dê um abraço? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. que você ame e que faça você se sentir querido? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
138. Emocional	a. para ouvi-lo quando você precisar falar? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. que compreenda seus problemas? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
139. Informação	a. para dar bons conselhos em situações de crise? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. de quem você realmente quer conselhos? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
140. Interação social positiva	a. com quem fazer coisas agradáveis? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. Com quem distrair a cabeça? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. Com quem relaxar? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. Para se divertir junto? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5

Escala de Auto Eficácia Geral Percebida

Diga: “agora vou lhe fazer algumas perguntas para saber como é a confiança do (a) senhor (a) em sua capacidade de realizar uma tarefa com sucesso ou não”. Eu vou ler cada uma das afirmações e o (a) senhor (a) me responderá: “não é verdade a meu respeito”, “é dificilmente verdade a meu respeito”, “é moderadamente verdade a meu respeito”, “é totalmente verdade a meu respeito”. (Caso o idoso não entenda as opções, você poderá explicar utilizando palavras mais simples que não distorçam o sentido da frase).

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito		
141. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	<input type="text"/>	1	2	3	4
142. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	<input type="text"/>	1	2	3	4
143. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	<input type="text"/>	1	2	3	4
144. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	<input type="text"/>	1	2	3	4
145. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	<input type="text"/>	1	2	3	4
146. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	<input type="text"/>	1	2	3	4
147. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	<input type="text"/>	1	2	3	4
148. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	<input type="text"/>	1	2	3	4
149. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	<input type="text"/>	1	2	3	4
150. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	<input type="text"/>	1	2	3	4

Obs.: _____

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE E – Protocolo de Aplicação em Caso de Falecimento do Participante

Data do contato: ____/____/____ Nome do recrutador: _____

Nome do idoso: _____ Código: _____

Nome do respondente: _____ Id: _____

(Antes de começar, confirmar dados do respondente).

Telefone atualizado: Idade:

Gênero: Escolaridade:

Profissão: Trabalho Atual:

Grau de parentesco: ()

1- Filha (o) 2- Cônjuge 3- Neto (a) 4- Cuidador formal 5 - Outro _____

1. Quando o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) faleceu?

Data: ____/____/____ 99 - NS ()

(Considerar informação como válida se houver a data completa do óbito, apenas o mês e ano ou só o ano).

2. Qual foi a causa da morte? ()

Resposta: _____

(Obs.: O entrevistador deve registrar nas palavras do respondente a causa da morte e depois eleger uma das opções abaixo com seu respectivo código numérico).

1- Infecção urinária 2- Doença respiratória 3- Sepses 4- Problemas de coração

5- AVC 6- Complicações de cirurgia 7- Câncer 8- Demência/Alzheimer 9-

Desconhecido

10- Outras _____

99- NS ()

3. Onde o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) faleceu? ()

1-Hospital 2-Residência 3-ILPI (asilo, lar ou casa para idosos) 4- Outro:

99- NS

Caso o idoso tenha falecido em uma ILPI, faça as perguntas 3.1 e 3.2. Caso o idoso tenha falecido em um hospital, faça as perguntas 3.3 e 3.4.

Idoso falecido em uma ILPI:

3.1. Qual o nome do asilo, lar ou casa para idosos que o (a) Sr. (a) faleceu?

Nome da instituição:

99 – NS ()

3.2. Quanto tempo em média o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) permaneceu no asilo, lar ou casa para idosos antes de falecer?

Tempo: () dias/meses/anos

99 – NS ()

Idoso falecido em um hospital:

3.3. Qual o nome do hospital em que o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) faleceu?

Nome do hospital:

99- NS()

3.4. Quanto tempo o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) permaneceu no internado no hospital antes de falecer?

Tempo:

99 – NS ()

3.4.1. Por qual motivo?

4. No último ano antes da data do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi internado alguma vez? ()

1-Sim

2- Não

99 - NS

Caso ele (a) tenha sido internado (a) faça as perguntas 4.1. Caso não tenha, vá para a pergunta

5.

4.1. Qual o tempo mais longo que o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) permaneceu internado?

Tempo de internação: 99 -NS()

5. No último ano antes da data do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi institucionalizado alguma vez? ()

1-Sim

2- Não

99 - NS

Caso ele (a) tenha sido institucionalizado (a) faça as perguntas 5.1 e 5.2. Caso não tenha, vá para a pergunta 5.

5.1. Por quanto tempo o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) permaneceu institucionalizado?

Tempo de institucionalização: 99 -NS()

5.2. Em qual instituição?

6. No último ano antes do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) precisou procurar algum serviço de emergência público ou privado? ()

1-Sim Qual?

2- Não

99 – NS

6.1. Quantas vezes em média o (a) senhor (a) precisou procurar esse tipo de serviço?

Número de visitas à emergência () 99 – NS ()

7. No último ano antes do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde? ()

1-Sim

2- Não

99 – NS

7.1. De qual (quais) profissional (profissionais)?

8. No último ano antes do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi à consulta médica de qualquer especialidade? ()

1-Sim

2- Não

99 – NS

8.1. Quantas consultas em média? Número de consultas médicas ()

9. No último ano, antes do falecimento o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) necessitava de terceiros para realizar alguma das atividades básicas de vida diária (banho, vestir-se, sair da cama ou sentar-se, ir ao banheiro, alimentar-se)? ()

1-Sim

2- Não

99 – NS

10. No último ano antes do falecimento, o (a) Sr. (a) (dizer o nome do idoso) foi diagnosticado com algum tipo de síndrome demencial ou apresentava algum declínio de memória ou de sua capacidade mental? ()

2- Sim Qual?

3- Não

99- NS

OBS.:

ANEXO A – Comprovante de Aprovação do Projeto No Comitê de Ética e Pesquisa



Continuação do Parecer: 2.811.505

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1140410.pdf	09/08/2018 16:55:11		Aceito
Outros	Termodeposito.jpeg	09/08/2018 16:48:08	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Outros	N05084412009.jpeg	09/08/2018 16:45:54	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Outros	N0617112009.jpeg	09/08/2018 16:45:25	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_CM.docx	09/08/2018 16:44:25	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	07/07/2018 15:46:47	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo.pdf	29/05/2018 19:06:22	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Outros	Instrumentos_e_anexos.pdf	29/05/2018 19:04:38	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	29/05/2018 15:20:46	Cláudia Helena Cerqueira Mármora	Aceito