

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ANDRÉA CRISTINA GAROFE FORTES BURGOS

**CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL,
RECURSOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS E FUNCIONALIDADE
EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

Campinas
2010

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**
Bibliotecária: Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

| | |
|-------|---|
| B915c | Burgos, Andréa Cristina Garofe Fortes. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade / Andréa Cristina Garofe Fortes Burgos. -- Campinas, SP: [s.n.], 2010. Orientador : Anita Liberalesso Neri. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. 1. Idosos. 2. Fragilidade. 3. Depressão. 4. Estresse. 5. Envolvimento social. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título. |
| | 09-364/BFE |

Título em inglês : Biological and psychosocial risks, psychological and social resources, and functionality in community-dwelling elderly

Keywords : Elderly; Frailty; Depression; Stress; Social involvement

Área de concentração : Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação

Titulação : Doutora em Educação

Banca examinadora : Profª. Drª. Anita Liberalesso Neri (Orientadora)
Profª. Drª. Elizabeth Joan Barham
Profª. Drª. Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Profª. Drª. Soely Aparecida Jorge Polydoro
Profª. Drª. Evely Boruchovitch
Profª. Drª. Sofia Cristina Iost Pavarini
Profª. Drª. Mônica sanches Yassuda
Profª. Drª. Maria Elena Guariento

Data da defesa: 14/01/2010

Programa de Pós-Graduação : Educação

e-mail : andreafortes@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

Título: CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL, RECURSOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE.

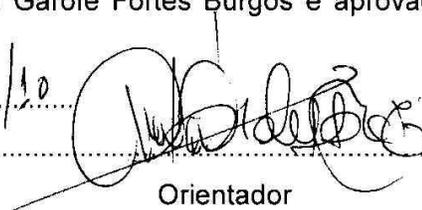
Autor: Andréa Cristina Garofe Fortes Burgos
Orientador: Prof^ª Dr^ª Anita Liberalesso Neri

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Andréa Cristina Garofe Fortes Burgos e aprovada pela Comissão

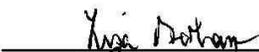
Julgadora.

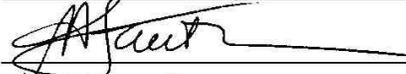
Data: 14/09/10

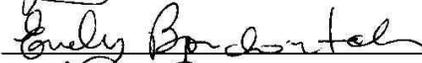
Assinatura: _____


Orientador

COMISSÃO JULGADORA:











2010

Esta Tese de Doutorado foi desenvolvida com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Bolsa de Doutorado). Processo nº 07/55505-9.

AGRADECIMENTOS

“Em tudo dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco”.

I Tessalonicenses 5:18

Agradeço acima de tudo a Deus, meu pai, minha rocha. Seu amor e sua força me conduzem muito mais além!

À minha querida orientadora Prof^ª Dr^ª Anita Liberalesso Neri por tamanha dedicação, confiança e amizade durante todos esses anos de riquíssima convivência. Por todas as oportunidades de crescimento pessoal e profissional, serei eternamente grata!

Às professoras que compuseram a banca examinadora desta tese de Doutorado, pela disponibilidade para com a apreciação deste trabalho.

Ao Helymar Machado, por sua prontidão e disponibilidade, e principalmente, pela excelência de seu trabalho de análise estatística, fundamentais para a realização deste trabalho, muito obrigada!

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da Bolsa de Doutorado para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da Faculdade de Educação, que tornam possível o funcionamento dessa instituição, em especial à querida Nadir, sempre pronta em ajudar!

A todos os professores e colegas da pós-graduação, agradeço pela excelente convivência durante todos esses anos.

A todos os colegas e companheiros da Rede FIBRA, pelo empenho e trabalho nesses anos de projeto. A todos os idosos que brindaram o projeto Rede FIBRA com sua preciosa participação! Agradeço de forma especial, à minha querida amiga e companheira de equipe Efigênia, por ter me presenteado com sua amizade durante as viagens de treinamento das equipes de coleta de dados. Ao colega e coordenador da pesquisa em Parnaíba (PI), Ludgleydson Araújo, por seu empenho na realização da mesma, e a todos os idosos participantes do FIBRA Parnaíba, meus sinceros agradecimentos.

Aos alunos do curso de Pedagogia, que me receberam de forma carinhosa durante minha participação no Programa de Estágio Docente (PED).

À minha querida amiga e irmã em Cristo Samila, por sua amizade preciosa, em todos os momentos desta caminhada!

Ao meu pai, mãe e irmãs pelo apoio às minhas escolhas e decisões. À minha avó Maria, pelas orações e torcida! Ao meu sogro, sogra e cunhadas pela torcida e apoio.

Agradeço de modo especial ao meu esposo Manoel, por seu amor, compreensão, e acima de tudo, pelo apoio constante às minhas escolhas e decisões.

Fortes-Burgos, A. C. G. (2010). *Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Pp.210.

RESUMO

Objetivos: Dois estudos independentes envolvendo duas amostras probabilísticas de idosos brasileiros residentes na comunidade (65 anos e mais) investigaram relações entre riscos associados à vulnerabilidade social relacionada a condições de gênero, idade e renda familiar; vulnerabilidade psicossocial indicada por depressão e experiências autorrelatadas de eventos estressantes; fragilidade biológica indicada pelo fenótipo de Linda M. Fried; e funcionalidade indicada por desempenho independente de atividades avançadas e instrumentais de vida diária. Adicionalmente, o Estudo 1 (N=624) investigou o efeito mediador de recursos sociais indicados por suporte social percebido e por arranjos de moradia, e o Estudo 2 (N=302) trabalhou sobre os efeitos mediadores dos recursos pessoais indicados por estratégias de enfrentamento e por percepção da eficácia do enfrentamento. Os estudos não foram comparativos, mas foram feitos em Campinas, Região Sudeste, e em Parnaíba, Região Nordeste, cidades com IDH-Ms contrastantes (respectivamente 0,852 e 0,674). **Método:** Em ambas as amostras houve prévia exclusão dos idosos que pontuaram abaixo da nota de corte ajustada por anos de escolaridade no Mini-Exame do Estado Mental, respectivamente 23,4% e 38,2% dos grupos. Os participantes foram recrutados em domicílio e submetidos a uma só sessão de coleta de dados num ambiente comunitário. Os instrumentos incluíram questionários; medidas observacionais de marcha e preensão; as versões brasileiras da Geriatric Depression Scale, do Elders Life Stress Inventory, do Minnesota Leisure Activity Questionnaire e da Interpersonal Support Evaluation List, e uma lista com 3 atividades instrumentais feitas fora de casa e 13 atividades avançadas de vida diária. **Resultados:** Em ambos os estudos, a funcionalidade apareceu correlacionada com renda familiar mais alta e com ausência de fragilidade e de depressão. Análises logísticas e hierárquicas do Estudo 1 revelaram que idosos com maior funcionalidade tinham maior probabilidade de terem de 65 a 69 anos e de terem níveis mais altos de renda familiar; de não terem fragilidade e depressão; de terem alto ou moderado nível de suporte social, e de viverem sozinhos ou apenas

com o cônjuge. Análises similares no Estudo 2 mostraram relações robustas entre funcionalidade indicada por maior envolvimento social, alto nível de renda familiar e ausência de depressão, mesmo num cenário de grande e generalizada vulnerabilidade social. Embora fragilidade e depressão tenham se mostrado isoladamente relacionadas com a vivência de eventos estressantes e de seu enfrentamento, nas análises de regressão multivariadas em que entraram variáveis mais poderosas de risco e de proteção, elas não apareceram associadas com funcionalidade. **Conclusões:** Independentemente do nível de desenvolvimento social das duas cidades de onde provinham as amostras, recursos econômicos parecem ser poderosos fatores de risco e de proteção em relação à velhice bem-sucedida. Somente os recursos sociais mostraram-se como amortecedores dos efeitos dos riscos sobre a funcionalidade, uma vez que as estratégias de enfrentamento não se relacionaram com a melhoria desse desfecho. Limitações aos estudos e suas conclusões podem ser derivadas da ausência de comparações entre recursos sociais e psicológicos nas duas amostras, de seu diferente tamanho e de limitações dos instrumentos.

Palavras-chave: Idosos. Fragilidade. Depressão. Eventos estressantes. Envolvimento social.

Fortes-Burgos, A. C. G. (2010). *Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. *Biological and psychosocial risks, psychological and social resources, and functionality in community-dwelling elderly*. Pp. 210.

ABSTRACT

Objectives: Two studies involving two independent and randomized samples of Brazilian community-dwelling elderly aged 65 and more investigated relationships among risks associated to social vulnerability related to conditions of gender, age and family income; psychosocial vulnerability indicated by depression and self-reported experiences of stressful events; biological frailty indicated by the Fried's phenotype, and functionality indicated by independence to perform advanced and instrumental activities of daily living. In addition, Study 1 (N=624), investigated the mediator effects of social resources indicated by perceived social support and family living arrangements; Study 2 (N=302) worked on the mediator effects of personal resources indicated by coping strategies and perceived efficacy of coping over those relationships. The studies were not comparative in essence, but were performed in Campinas, Southeast Region, and Parnaíba, Northeast Region, with sharply contrasting HDIs (respectively 0,852 and 0,674). **Methods:** In both groups there was prior exclusion of persons that scored below the cut-scores in the Mini- Mental State Examination, respectively 23,4% and 38,2%. Participants were recruited at home and submitted to a single session of data collection in community settings. Instruments included questionnaires; observational measures of walking speed and grip strength; the Brazilian versions of the Geriatric Depression Scale, the Elders Life Stress Inventory, the Minnesota Leisure Activity Questionnaire, the Interpersonal Support Evaluation List, and a list with three instrumental activity of daily living performed outside home and 13 advanced activities of daily living. **Results:** In both studies, higher functionality correlated significantly with higher family income and with absence of frailty and depression. Logistic and hierarchical analysis of regression in the Study 1 showed that aged people with more social involvement were those aged 65 to 69, with higher family income, without frailty or depression,

with high or moderate social support, and living alone or only with the spouse. In Study 2, similar analysis revealed robust relationships between social involvement, higher family income and absence of depression, even in a scenery of great and generalized social vulnerability. Although frailty and depression have showed isolated bivariate relationships with stressful events and coping, in the multivariate analysis of regression they did not correlate with functionality. So, coping strategies did not appear as positive and significantly associated with functionality, when in presence of more powerful variables of risk and protection. **Conclusion:** Independently of the level of social development of both cities from which the samples were derived, economic resources seem to be powerful risk and protection conditions to successful aging. Only social resources seemed to have a probable buffering effect between risks and functionality, as coping strategies did not related to this outcome. Limitations of present studies and conclusions may be derived from the absence of comparisons between social and personal resources in both samples, from their different sizes and from limitations of the instruments.

Keywords: Aged people. Frailty. Depression. Stressful events. Social involvement.

Lista de Quadros

| | |
|--|-----|
| Quadro 1. Fluxograma da sessão de coleta de dados FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 75 |
| Quadro 2. Fluxograma da sessão de coleta de dados FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 76 |
| Quadro 3. Variáveis, instrumentos, materiais e equipamentos utilizados nos estudos FIBRA Campinas e FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 78 |
| Quadro 4. Variáveis e instrumentos utilizados no estudo sobre relações entre condições de risco biológico e psicossocial, recursos sociais e funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 95 |
| Quadro 5. Variáveis e instrumentos utilizados no estudo sobre relações entre condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 136 |

Lista de Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme os Distritos de Saúde. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 67 |
| Figura 2. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme o Índice de Vulnerabilidade Social Paulista. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 67 |
| Figura 3. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme o Índice de SUS - Dependência. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 68 |
| Figura 4. Número de idosos da amostra de Campinas, conforme os Centros de Saúde aos quais se referenciam os setores censitários onde residem (n=900). FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 69 |
| Figura 5. Modelo operacional do Estudo FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 87 |
| Figura 6. Modelo operacional do Estudo FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 88 |
| Figura 7. Frequência percentual de idosos com e sem sintomas depressivos, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 104 |
| Figura 8. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos de bem-estar, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 104 |
| Figura 9. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 105 |

| | |
|---|-----|
| Figura 10. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam a descendência, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 106 |
| Figura 11. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam o bem-estar, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 106 |
| Figura 12. Frequência percentual de idosos com percepção de baixo, médio e alto suporte social, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 107 |
| Figura 13. Frequência percentual de idosos com maior e menor funcionalidade, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 107 |
| Figura 14. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam o bem-estar, conforme o suporte social percebido. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 108 |
| Figura 15. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme o suporte social percebido. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 109 |
| Figura 16. Frequência percentual de idosos com baixo, médio e alto suporte social percebido, conforme os diferentes arranjos de moradia. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 110 |
| Figura 17. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme os diferentes arranjos de moradia. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 111 |

| | |
|--|-----|
| Figura 18. Frequência percentual de idosos sem e com sintomas depressivos, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 145 |
| Figura 19. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 146 |
| Figura 20. Frequência percentual de idosos que perceberam o enfrentamento como eficaz e não-eficaz, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 147 |
| Figura 21. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 147 |
| Figura 22. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam a descendência, conforme a avaliação de eficácia do enfrentamento. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 148 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|-----|
| Tabela 1. Caracterização das cidades e do distrito integrados à Rede FIBRA – pólo Unicamp, com relação ao IDH-M, segundo o PNUD/2000, e com relação à população e aos setores censitários, conforme dados do IBGE/2000. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009. | 52 |
| Tabela 2. População idosa residente na zona urbana das cidades do pólo Unicamp segundo dados do IBGE, 2000. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009. | 53 |
| Tabela 3. Cotas esperadas de homens e mulheres, segmentados por idade, nas localidades integrantes do pólo Unicamp. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009. | 54 |
| Tabela 4. Distribuição das variáveis sociodemográficas. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 70 |
| Tabela 5. Distribuição das variáveis sociodemográficas. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 71 |
| Tabela 6. Índices de consistência interna do MEEM, da GDS e da ISEL. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 97 |
| Tabela 7. Distribuição da amostra segundo as variáveis indicadoras de risco social, biológico e psicossocial, de proteção social e de funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 98 |
| Tabela 8. Frequência de respostas relativas a idade, renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável gênero. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 100 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 9. Frequência de respostas relativas a renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável idade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 101 |
| Tabela 10. Frequência de respostas relativas a fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável renda familiar, em salários mínimos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 102 |
| Tabela 11. Resultados da análise de regressão logística univariada para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 112 |
| Tabela 12. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 114 |
| Tabela 13. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade, com critério de seleção de variáveis. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 115 |
| Tabela 14. Resultados da análise de regressão logística multivariada hierárquica em blocos para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009. | 117 |
| Tabela 15. Índices de consistência interna do MEEM e da GDS. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 138 |
| Tabela 16. Distribuição da amostra segundo as variáveis indicadoras de risco social, biológico e psicossocial, de proteção psicológica e de funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 139 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 17. Frequência de respostas relativas a idade, renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável gênero. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 141 |
| Tabela 18. Frequência de respostas relativas a renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável idade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 142 |
| Tabela 19. Frequência de respostas relativas a fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável renda familiar, em salários mínimos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 144 |
| Tabela 20. Resultados da análise de regressão logística univariada para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 149 |
| Tabela 21. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 150 |
| Tabela 22. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade, com critério de seleção de variáveis. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 151 |
| Tabela 23. Resultados da análise de regressão logística multivariada hierárquica em blocos para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009. | 152 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Capítulo 1. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade no envelhecimento: Fundamentos teóricos e empíricos. | 1 |
| Capítulo 2. Dois estudos sobre condições de risco biológico e psicossocial, recursos sociais e psicológicos e funcionalidade no contexto do “FIBRA - Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros”. | 47 |
| Capítulo 3. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade: FIBRA Campinas. | 89 |
| Capítulo 4. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e funcionalidade em idosos residentes na comunidade: FIBRA Parnaíba. | 131 |
| Conclusões | 161 |
| Referências | 165 |
| Anexos | 187 |

CAPÍTULO 1

CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL, RECURSOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS E FUNCIONALIDADE NO ENVELHECIMENTO: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E EMPÍRICOS

A manutenção da capacidade funcional para o desempenho independente de atividades complexas associadas à vida prática, à participação social e ao desempenho de papéis fora do ambiente doméstico é um importante indicador envelhecimento bem-sucedido. Idosos que mantêm a motivação para a atividade e o envolvimento social geralmente têm boas condições de saúde e recursos cognitivos suficientes para tomar decisões sobre a própria vida. Num mundo que valoriza de forma expressiva a juventude, a saúde e a autonomia, eles têm chance aumentada de autoexpressão, de terem autoestima positiva e de serem respeitados, o que cria um círculo virtuoso de condições benéficas à manutenção da boa qualidade de vida e ao enfrentamento das perdas e das ameaças à essa condição.

Em contrapartida, uma ampla gama de riscos de ordem biológica, psicológica e social ameaça as possibilidades de prolongamento de boas condições de saúde física e mental até o final da vida, quando, de fato, as perdas e o declínio invariavelmente se precipitam. Um desses fatores de risco é a fragilidade biológica decorrente da patologização das mudanças típicas do envelhecimento normal, que se expressa por declínio geral de energia, perda de capacidades de autorregulação e maior vulnerabilidade aos estressores, incapacidade e comorbidades. Outro é a depressão, que covaria com fragilidade biológica e com isolamento social, com incapacidade física e cognitiva e com dificuldade de manter a regulação emocional e a atividade. Um terceiro fator é a experiência de eventos estressantes que, em princípio, tende a ser mais deletéria para o bem-estar dos idosos do que para os não-idosos, justamente por causa da fragilização inerente ao envelhecimento. Um quarto fator de risco para o envelhecimento bem-sucedido é a vulnerabilidade social atual e a que decorre da exposição prolongada à escassez de oportunidades educacionais, profissionais, sociais e de atendimento à saúde ao longo de toda a vida. A privação

acumulativa de acesso a bens e a oportunidades sociais, que se reflete em prejuízo ao prestígio social e ao senso de eficácia coletiva dos grupos por ela afetados, causa danos sensíveis à possibilidade de manutenção e de recuperação da saúde e de manutenção da atividade, da participação social, da independência e da autonomia na velhice.

Envelhecer bem não é uma questão de tudo ou nada, o que também significa que os idosos não se dividem simetricamente em doentes e saudáveis, cognitivamente autônomos e dependentes, socialmente envolvidos ou isolados, psicologicamente resilientes ou vulneráveis, ou em outras dicotomias. Ao contrário, existe forte heterogeneidade nas experiências e nas trajetórias individuais e coletivas de envelhecimento. Essa heterogeneidade abarca numerosas combinações de capacidades físicas, cognitivas e sociais referenciadas a diferentes trajetórias de vida individual e social. Um dos resultados mais notáveis e contraintuitivos desse fenômeno, considerando-se os preconceitos ainda existentes em relação à velhice, é que não é obrigatório que a presença de fragilidade biológica e de vulnerabilidade psicossocial determine completa incapacidade, dependência, isolamento e infelicidade.

Nesse cenário, a grande pergunta feita pelos teóricos e pelos profissionais que realizam intervenções nos campos da saúde e da proteção social é quais recursos podem proteger ou prejudicar a funcionalidade dos idosos, considerando-se os riscos biológicos, sociais e psicossociais inerentes a condições contextuais atuais e de sua história de vida? Decorre dessa questão, surge uma outra igualmente importante: quais são os limites da proteção oferecida por essas variáveis?. São temas que este capítulo vai examinar à luz da teoria e de evidências empíricas no campo da Psicologia do Envelhecimento, a partir do paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*), sistematizado por Baltes (1987, 1997), da teoria de aprendizagem social-cognitiva do desenvolvimento, como proposta por Bandura (1986) e de micro-modelos derivados de ambas.

O presente capítulo apresenta inicialmente os fundamentos teóricos e empíricos de variáveis selecionadas como condições de risco biológico e psicossocial: vulnerabilidade social, associada às variáveis gênero, idade e renda familiar, fragilidade biológica, sintomas depressivos e experiência de eventos estressantes. Em seguida, serão apresentados os fundamentos teóricos e

empíricos de variáveis moderadoras das relações entre as condições de risco e a funcionalidade: enfrentamento de eventos estressantes e percepção de eficácia do enfrentamento, considerados como recursos psicológicos e suporte social percebido e arranjos de moradia, considerados como recursos sociais. Posteriormente, serão abordadas questões relacionadas à velhice bem-sucedida e a funcionalidade, indicada neste estudo por envolvimento social.

Variáveis de risco de natureza sociológica, biológica e psicológica e boa qualidade de vida na velhice

As condições sociodemográficas e econômicas que se fazem presentes ao longo do curso de vida traduzem-se em acumulação de vantagens e desvantagens. Elas modelam a exposição de indivíduos e coortes a uma ampla variedade de condições sociais e materiais que impactam diretamente seu estilo de vida, a sua saúde física e mental e o seu bem-estar psicológico na velhice. Fatores associados ao gênero, às diferentes idades e a diferentes níveis de renda familiar podem figurar como fatores de proteção no envelhecimento, mas também podem representar condições de vulnerabilidade social, como veremos a seguir.

Vulnerabilidade social

A palavra vulnerabilidade deriva do latim *vulnerare* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão. Assim, vulnerabilidade pode ser definida como suscetibilidade a ser ferido, atacado, prejudicado, derrotado ou ofendido (Barchifontaine, 2006, 2007). Percorre várias dimensões de caráter complexo e multifacetado, entre as quais a biológica, a psicológica e a social. Resulta da combinação de fatores que causam deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias e comunidades.

No ano 2000, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE) estabeleceu os fundamentos para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de todos os municípios paulistas. Os IVS municipais fazem parte do sistema de indicadores que compõem o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), que expressa o grau de desenvolvimento social e econômico dos municípios do Estado de São Paulo que pode ser utilizado para definir políticas públicas em vários domínios de interesse social (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, 2007).

O indicador consiste em uma tipologia derivada da combinação das seguintes dimensões socioeconômicas e demográficas: 1) Escolaridade (porcentagem de responsáveis pelo domicílio, alfabetizados, no total de responsáveis do setor censitário¹; porcentagem de responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo, no total de responsáveis do setor censitário; média de anos de estudo do responsável pelo domicílio); 2) Renda (rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio; porcentagem de responsáveis com rendimento de até 3 salários mínimos no total de responsáveis do setor censitário); 3) Características demográficas (porcentagem de responsáveis pelo domicílio com idade entre 10 e 29 anos no total de responsáveis do setor censitário; idade média do responsável pelo domicílio; porcentagem de crianças de 0 a 4 anos no total da população residente do setor censitário; número médio de pessoas por domicílio).

Em 2001, a Secretaria de Saúde do Município de Campinas adotou o critério denominado de Índice de Condições de Vida (ICV), para orientar o planejamento de políticas públicas nas áreas da saúde e do planejamento urbano. Para tanto, classificou as regiões de abrangência de suas unidades de saúde segundo esse critério. O ICV é uma medida compatível com a noção de vulnerabilidade social adotada pela Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo), que estima que 16,3% dos campineiros estão expostos à vulnerabilidade social.

¹ Um setor censitário é a menor unidade territorial, com limites físicos identificáveis em campo, com dimensão adequada a operações de pesquisa. Costuma ter entre 250 e 350 domicílios. Zonas urbanas são áreas caracterizadas pela presença de construções, arruamentos e intensa ocupação urbana, correspondentes às cidades ou sedes de municípios (IBGE, 2003, apud Fiocruz, 2008).

Os ICVs de Campinas foram calculados com base em oito critérios: proporção de moradores que vivem em sub-habitações, proporção de chefes de família com um ano ou menos de escolaridade, taxa de crescimento anual, proporção média de mães com menos de 20 anos de idade, coeficiente médio de mortalidade infantil, coeficiente médio de morte por homicídio, incidência média de desnutrição em menores de 5 anos e incidência média de tuberculose. Os dados usados como referência foram os do censo de 1991 e os da contagem da população de 1996. Foram geradas três classes de regiões, conforme a média obtida para cada indicador (Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas, 2008).

Segundo Brocklehurst e Laurenson (2008), a vulnerabilidade na velhice é um produto histórica e socialmente construído e deve ser analisada em termos da interação entre aspectos sociais, físicos e psicológicos. Os autores apontam como principais determinantes da vulnerabilidade social dos idosos: a aposentadoria, a diminuição da renda, o morar sozinho, a discriminação etária e a idade, que se refletem em pouco envolvimento social, pobreza, solidão, perda de poder, perda de autonomia, baixa qualidade de vida e escassez de cuidados à saúde. A vulnerabilidade social está associada com a psicológica, caracterizada por alterações na saúde mental, depressão, risco aumentado de demências, perda de autonomia, de identidade e de dignidade. Também está associada com a vulnerabilidade física caracterizada pelo surgimento ou pelo agravamento de doenças crônicas, de déficits sensoriais, do declínio geral de energia, de sarcopenia e de incapacidade física e cognitiva. Em suma, quanto maior a vulnerabilidade social, envolvendo uma carência de recursos individuais, familiares e sociais para atender às necessidades dos idosos, maiores os prejuízos à sua qualidade de vida e ao bem-estar e ao progresso social.

Indivíduos que envelhecem sob o efeito da acumulação de danos psicossociais e que enfrentam situações altamente desafiadoras na velhice tendem a ser mais doentes do que os que tiveram e têm condições de vida mais favoráveis. Os idosos mais velhos, as mulheres, os mais pobres, os menos educados, os mais expostos à desigualdade social, os mais doentes, os portadores de dor crônica e os residentes em instituições são os mais vulneráveis à incapacidade, à inatividade, à solidão, à depressão e à insatisfação (Alwin & Wray, 2005; Phelan & Link, 2005).

A literatura gerontológica vem acumulando indícios que apontam para a maior vulnerabilidade social do gênero feminino na velhice. No Brasil, as mulheres idosas contam com menores rendimentos do que os homens e estão mais sujeitas a situações de pobreza (Giatti & Barreto, 2002). Tais características podem estar relacionadas a um efeito coorte, pois boa parte das idosas de hoje não tiveram trabalho formal no passado, com carteira assinada, o que contribui para sua desvantagem econômica (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004). As mulheres são mais longevas do que os homens, e, em função dos costumes culturais que lhes dificultam o casamento, têm muito maior probabilidade de viverem por longos anos em condições de viuvez e isolamento social (Neri, 2007b; Camarano, 2005). Têm também maior probabilidade de serem cuidadoras do que os homens, em parte porque cuidar é tarefa feminina, em parte porque as esposas são um pouco mais novas do que os maridos e estes geralmente adoecem e morrem mais cedo. Têm maior probabilidade de não serem cuidadas do que os homens, principalmente quando muito pobres, doentes, incapazes e quando vivem em famílias disfuncionais ou restritas (Camarano, Pasinato & Lemos, 2007). Em relação à saúde, as mulheres são mais cuidadosas ao longo de toda a vida, mas na velhice convivem mais com doenças crônicas e incapacidades, enquanto que os homens apresentam taxas mais elevadas de hospitalização em decorrência de doenças agudas (Barreto, Giatti & Kalache, 2004; Camarano, 2005).

Esses dados refletem o processo conhecido como feminização da velhice, compartilhado pela maioria dos países de todo o mundo, cujo aspecto central é a maior vulnerabilidade social das mulheres em comparação com os homens. Contudo, a vulnerabilidade social é um fenômeno multifacetado. Assim, o maior envolvimento das mulheres no apoio às gerações mais jovens e sua maior disposição para envolvimento social e para manter relações de intimidade funcionam como fatores protetores contra o abandono, os maus tratos e a institucionalização (Neri, 2007b).

Existem diferenças nas trajetórias de envelhecimento às idades. Entre os 60 e os 70 anos, a maioria dos idosos brasileiros que habitam zonas urbanas, principalmente das regiões Sul e Sudeste, vive de forma muito semelhante a adultos não-idosos, conservando boa saúde, atividades, competência cognitiva e independência funcional. Depois dos 70 anos, essas condições são paulatinamente alteradas e, até os 80 anos, a prevalência de incapacidade física, de moderada a grave, cresce de cerca de 5% para 20 ou 25%. A partir dos 80 anos e principalmente

depois dos 90, a prevalência de incapacidade física e cognitiva graves sobe para 50% ou mais. Esse é um dado internacional (Baltes & Smith, 2003) que se repete no Brasil (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004; Duarte, 2003). Assim, ser idoso aos 65 anos é muito diferente de ser idoso aos 80, e mais ainda do que aos 100 anos, assim como ser idoso hoje é muito diferente de ter sido idoso há 50 ou 100 anos. Da mesma forma, há diferenças importantes entre idosos da mesma idade cronológica pertencentes a diferentes culturas, sub-culturas e estratos socioeconômicos.

Mesmo considerando as influências históricas ou culturais e a forte heterogeneidade que caracteriza os idosos, os estudiosos do envelhecimento têm buscado identificar processos ou fatores típicos à cada fase ou grupo de idade. O que piora, o que se mantém e o que melhora com os anos são questões centrais à investigação gerontológica. Por exemplo, pesquisas apontam para o declínio da memória operacional e para a manutenção da memória semântica (por exemplo, Yassuda, 2006); para o declínio da mobilidade e da funcionalidade com o avançar da idade (por exemplo, Lebrão & Duarte, 2003) e para a melhora da capacidade para selecionar os contatos sociais com o envelhecimento (por exemplo, Carstensen, 1991, 1993; Fung & Carstensen, 2004).

Baltes e Smith (2003) apontam os aspectos do funcionamento que têm grande chance de se manterem na velhice inicial: continuidade da atividade e da produtividade; bom ajustamento físico e mental; reservas de capacidade para novas aprendizagens, quando a linguagem e a especialidade profissional estão envolvidas; excelência em inteligência emocional e sabedoria; altos níveis de bem-estar subjetivo; excelência em estratégias eficazes para administrar os ganhos e perdas da velhice. Em contrapartida, ressaltam os autores, os anos mais tardios da velhice tendem a ser caracterizados por descontinuidade dessas condições, o que coincide com o aumento da probabilidade de ocorrência de perdas irreversíveis no potencial cognitivo e na capacidade para aprender; maior susceptibilidade ao estresse crônico; aumento da prevalência de demência; altos níveis de fragilidade, incapacidade, dependência psicológica e multimorbidades; perdas crescentes em autonomia e identidade e aumento do isolamento e da solidão.

Fragilidade biológica

Alterações nos sistemas imunológico e neuroendócrino, responsáveis por processos reguladores do organismo, são comuns e esperadas no curso do envelhecimento normal (Gruenewald & Kemeny, 2007). Tais alterações refletem-se na saúde física, com aumento de comorbidades e de declínio funcional, que, por sua vez, são significativamente associados com idade avançada, gênero feminino, baixa escolaridade e baixa renda (Lorant et al., 2003). A presença de incapacidade funcional pode representar uma ameaça à qualidade de vida e à preservação da autonomia e da independência para decidir e resolver as coisas do dia a dia. É uma condição associada à fragilidade biológica, que é, antes de mais nada, um processo de curso de vida. Seu manejo é principalmente uma questão de equilibrar a relação entre os recursos físicos, psicológicos e comportamentais disponíveis e as exigências feitas aos idosos.

O interesse pelo fenômeno fragilidade é crescente na literatura internacional. Segundo levantamento realizado por Levers, Estabrooks e Kerr (2006), o conceito foi introduzido nos estudos internacionais em meados dos anos 1980, e desde então vários autores tentaram definir o construto em termos de seus componentes biológicos: estado de reserva fisiológica reduzida, associado com aumento da suscetibilidade para incapacidade (Buchner & Wagner, 1992); diminuição na capacidade para realizar importantes atividades práticas e sociais da vida diária (Brown et al., 2009; Brown, Renwick & Raphael, 1995; Raphael et al., 1995); estado de vulnerabilidade fisiológica relacionado com a idade, resultante da redução da reserva homeostática e da diminuição da capacidade do organismo para suportar o estresse (Fried & Walston, 1999); redução no consumo de nutrientes (Bales & Ritchie, 2002); estado de fraqueza muscular e outras perdas amplamente disseminadas em função e estrutura (Bortz, 2002); ou ainda, risco para morbidade e mortalidade entre idosos (Morley, Perry & Miller, 2002). Nas diferentes definições de fragilidade é possível identificar três fatores comuns: a inatividade física, a idade e a presença de doenças (Levers et al., 2006).

Embora não haja consenso quanto à sua definição, o termo fragilidade é cada vez mais usado no contexto do diagnóstico e do tratamento das manifestações de velhice patológica. No Centro de Envelhecimento e Saúde da Universidade Johns Hopkins, um grupo de pesquisadores

liderados pela médica epidemiologista Linda P. Fried definiu fragilidade como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associado ao envelhecimento (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004; Fried & Walston, 2003). Subjacentes a estas manifestações ocorrem variações gênicas expressas em estresse oxidativo, perdas mitocondriais, encurtamento de telômeros, danos ao DNA e envelhecimento celular, que guardam relações com doenças inflamatórias e desregulação neuroendócrina, que, em interação recíproca, funcionam como antecedentes para doenças inflamatórias, anorexia, sarcopenia, osteopenia, declínio da função imune, déficits cognitivos, problemas hematológicos e no metabolismo da glucose, incapacidade e mortalidade (Walston et al., 2006).

Fried e colaboradores (2001) operacionalizaram sua definição de fragilidade com base em estudos populacionais em termos de cinco critérios: 1. perda de peso não intencional no ano anterior; 2. fadiga autorrelatada; 3. lentidão da marcha; 4. baixa força de preensão manual, e 5. baixa taxa de gasto metabólico em atividades físicas.

O mesmo grupo propôs que o idoso deve ser considerado como frágil quando apresenta três ou mais dessas características, como pré-frágil quando exibe uma ou duas e como não-frágil quando estão ausentes as cinco características do fenótipo. No contexto da pesquisa *Cardiovascular Health Study (CHS)*, os autores identificaram 6,3% de idosos frágeis e 45,3% de idosos com pré-fragilidade (Fried et al., 2001). Os idosos frágeis mostraram-se mais suscetíveis a quedas, declínio funcional, hospitalização recorrente e morte em três anos. Na pesquisa *Women's Health and Aging Studies (WHAS)*, mulheres idosas que pontuaram para fragilidade apresentaram alto risco para desenvolver incapacidade em atividades básicas e instrumentais de vida diária, institucionalização e morte, independentemente de múltiplos fatores intervenientes (Bandein-Roche et al., 2006). Os resultados mostraram-se consistentes com o conceito de fragilidade como uma síndrome e ofereceram suporte para o uso da definição de fragilidade proposta a partir dos dados do CHS, para outras populações.

A classificação dos idosos em termos de seu nível de fragilidade corresponde ao raciocínio de que ela ocorre num contínuo de gravidade, que se inicia com alterações mínimas na manutenção da homeostase e evolui para condições que indicam morte iminente. Embora não existam estágios demarcados, é possível pensar em tipos de atenção adaptadas ao processo de fragilização. Espinoza e Walston (2005) propõem para os idosos não-frágeis, a realização de exames preventivos, o tratamento de doenças crônicas e o estímulo à manutenção de vida saudável e à prática de exercícios físicos. Para os idosos com fragilidade moderada, os autores preconizam aplicação de avaliação geriátrica global; implementação de medidas preventivas em relação ao declínio funcional; atenção às quedas e às hospitalizações; tratamento de doenças crônicas e atenção à rede de apoio social. Em casos de agravamento da fragilidade, recomendam aplicação da avaliação geriátrica global para definição dos parâmetros de acompanhamento, adoção de providências de reabilitação e orientação dos familiares para a realização de alterações no ambiente e para uso de tecnologia assistiva.

Considerando seus altos custos pessoais, familiares e sociais, em 2003 o *Institute of Medicine* dos Estados Unidos identificou a fragilidade como uma das vinte áreas prioritárias que necessitam de melhorias na qualidade da atenção em saúde, o que remete à necessidade de maior qualificação dos profissionais que atendem pessoas nessas condições (Adams & Corrigan, 2003). Os idosos identificados como frágeis representam grande parcela da população que necessita de cuidados à saúde, recursos sociais e suporte informal de longo prazo (Breda, 2007).

Fragilidade não é uma doença e nem um diagnóstico clínico. Sua instalação é gradual, uma vez que decorre do progressivo agravamento das perdas associadas ao processo normal de envelhecimento biológico. Muitas vezes, ela se confunde com as manifestações clínicas das doenças crônicas e com as alterações comportamentais mais prevalentes no envelhecimento. Seu desenvolvimento é geralmente sutil e assintomático (Walston et al., 2006). Pesquisas apontam para a existência de relações entre fragilidade e variáveis socioeconômicas (Robert et al., 2009), déficit cognitivo (Ávila-Funes et al., 2009), e depressão (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004; Park-Lee, Fredman, Hochberg & Faulkner, 2009).

Os idosos de modo geral não estão preparados para identificar precocemente os seus sinais. Como também não há informações universalmente compartilhadas sobre fragilidade e seus precursores entre os clínicos, muitas vezes nem mesmo eles detectam certas manifestações iniciais de fragilidade. Um dos desafios da atenção à saúde dos idosos consiste em gerar indicadores econômicos e claros da fragilidade que favoreçam o diagnóstico precoce e intervenções anteriores a agravamentos que dificultam a recuperação da saúde e da funcionalidade.

Embora seja considerada como uma síndrome geriátrica distinta de incapacidade funcional, grande parte dos estudos têm mostrado uma ligação estreita entre fragilidade e funcionamento físico (Levers et al., 2006). A presença de fragilidade e das importantes alterações fisiológicas que lhe são subjacentes contribui para a diminuição do funcionamento físico e da participação do idoso em atividades realizadas fora do ambiente doméstico, ou seja, são condições de risco para a funcionalidade na velhice.

A maioria dos modelos de fragilidade, entre eles o de Fried e colaboradores, enfatiza os aspectos físicos e fisiológicos da síndrome. No entanto, os aspectos sociais e psicológicos a ela associados também são importantes, uma vez que a fragilidade biológica resulta do agravamento das condições do envelhecimento normal, agravamento esse não somente devido a fatores biológicos, como também socioeconômicos e ecológicos, atuando na velhice e ao longo de todo o curso de vida.

Ao avaliar as condições clínicas do idoso, é necessário considerar também as condições em que vive, que tipo de perdas ou dificuldades enfrenta e quais os recursos psicológicos e sociais de que dispõe. De fato, os idosos são normalmente mais expostos ao risco de perdas nos domínios da saúde, da funcionalidade física, do funcionamento intelectual e do exercício de papéis, assim como aos efeitos de experiências estressantes incontroláveis do que adultos não-idosos. A diminuição da plasticidade comportamental e o enfraquecimento da resiliência biológica que caracterizam a velhice determinam que os idosos sejam particularmente vulneráveis aos efeitos dessas demandas (Baltes & Smith, 2003), que podem ser potencializadas por condições socioeconômicas adversas e por condições de incontrolabilidade (Diehl, 1999).

Depressão

Além das alterações fisiológicas acarretadas pela síndrome da fragilidade biológica, outro fator pode levar à diminuição da boa qualidade de vida na velhice. Trata-se da depressão, doença definida como um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial e que envolve aspectos de ordem biológica, psicológica e social (Gordilho, 2002). A manifestação da depressão em idosos costuma ser sub-diagnosticada (por exemplo, quando os sintomas depressivos são vistos como algo próprio da idade) ou superestimada o que sugere que é necessário melhorar não só critérios e instrumentos de diagnóstico (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009), como também a formação dos profissionais de saúde em relação ao tema.

A depressão é apontada como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, como fonte de elevados custos aos serviços de saúde (Beekman et al., 2002; Ruo et al., 2003), e como fator de risco para morbidade, suicídio, declínio no funcionamento físico, cognitivo e social, sofrimento emocional, autocuidado deficiente e mortalidade (Blazer, 2003). Fiske et al. (2009) afirmam que, diferentemente do que ocorre com adultos jovens, a depressão dos idosos manifesta-se menos por meio de sintomas afetivos do que por alterações cognitivas e de sintomas somáticos. Além desses, outros sintomas relacionados à depressão têm sido relatados por idosos, entre eles a perda de interesse em atividades habituais, a fadiga, as alterações do sono, os problemas cognitivos e de memória, e os pensamentos sobre morte e a desesperança geral (Butters, Whyte, Nebes, Begley & Dew, 2004; Christensen, Jorm, Mackinnon, Korten & Jacomb, 1999; Gallo, Cooper-Patrick & Leiskar, 1998; Reifler, 1994).

Na velhice, a depressão pode ocorrer em continuidade a manifestações de fases anteriores, ou pode ser decorrente de alterações fisiológicas típicas do envelhecimento, caso em que pode ser chamada de depressão de início tardio. A prevalência de depressão entre os idosos varia consideravelmente, dependendo da definição, do critério diagnóstico utilizado e da população estudada (Almeida, Lafer & Miguel-Filho, 1990). Em geral, é maior entre idosos institucionalizados e entre aqueles atendidos em unidades de atenção primária à saúde, e menor entre idosos residentes na comunidade (Blazer, 2003; Djernes, 2006; King, Heisel & Lyness,

2005). Existem diferenças quanto à prevalência de diferentes manifestações da depressão. A depressão maior (diagnosticada clinicamente a partir dos critérios do DSM-IV) é menos comum na população geral, diferentemente de sintomas depressivos (avaliados por instrumentos de rastreio, como a CES-D para a população geral e a GDS para idosos). Estes que podem estar presentes em diversos quadros patológicos ou acompanhar situações de perda e comumente confundem-se com sintomas somáticos (Tavares, 2004).

Recentes publicações têm contribuído para a identificação dos fatores associados à depressão na velhice (Blazer & Hybels, 2005; Fiske et al., 2009; Pinho, Custódio & Makdisse, 2009). Fatores sociodemográficos, biológicos ou sociais, podem servir como protetores ou como risco para o desenvolvimento e para o agravamento de quadros depressivos. Em geral, os estudos apontam para maior presença de sintomas depressivos entre as mulheres (Areán et al., 2005; Geerlings, Beekman, Deeg & van Tilburg, 2000; Heun & Hein, 2005; Roberts, Shema, Kaplan & Strawbridge, 2000); entre os social e economicamente mais vulneráveis (Beekman et al., 2001; Mojtabai & Olfson, 2004); entre os que convivem com doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão, problemas cardíacos, diabetes e artrite (Geerlings et al., 2000; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1998; Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge, 1997); entre os que apresentam escassez ou problemas com sua rede de suporte social (Blazer, 2005; Nagurney, Reich & Newsom, 2004; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002); entre os que sofreram perdas significativas (De Beurs et al., 2001; Prigerson, Reynolds, Machen & Kupfer, 1994), e entre os que possuem baixo senso de controle e de domínio (Beekman, et al., 2001; Jang, Haley, Small & Mortimer, 2002).

Pesquisas que avaliam a funcionalidade em idosos têm encontrado alta prevalência de sintomas depressivos entre os que apresentam incapacidade funcional. Além disso, problemas de saúde, quando percebidos como estressantes, exercem forte impacto sobre a capacidade funcional de idosos residentes na comunidade (Cummings, Neff & Husaini, 2003; Friedman, Lyness, Delavan, Li & Barker, 2008; Geerlings et al., 2000; Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006; Jang et al., 2002; Kessler et al., 2003; Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen & Kempen, 2002; Taylor & Lynch, 2004).

Em estudo nacional conduzido por Baptista, Morais, Rodrigues e Silva (2006), depressão e envolvimento social foram avaliados entre idosos de um serviço de saúde e de um grupo para a terceira idade. Os autores encontraram mais sintomatologia depressiva em idosos menos envolvidos em atividades sociais. Em estudos longitudinais observou-se o mesmo fenômeno em idosos residentes na comunidade (Glass, de Leon, Bassuk & Berkman, 2006). Atividade ocupacional foi apontada como um fator protetor contra depressão entre idosos, em estudo conduzido por Christ et al. (2007).

Eventos de vida estressantes

Situações que desafiam o senso de continuidade no desenvolvimento podem gerar consequências deletérias para a saúde física e mental, a funcionalidade e a qualidade de vida na velhice. De acordo com a perspectiva *life-span*, tais ocorrências são importantes fontes de influência no desenvolvimento e podem ser esperadas em determinada idade ou momento do curso da vida (influências normativas graduadas por idade). Podem ser situações comuns a pessoas da mesma coorte (influências normativas graduadas por história). Também podem ser situações inesperadas (influências não-normativas), que afetam o curso de vida de forma peculiar (Baltes, 1987).

Essas fontes de influências sobre o desenvolvimento compõem o conjunto de eventos de vida que marcam o curso de vida das pessoas e sinalizam aspectos relacionados com a passagem do tempo individual, os estágios evolutivos, o cumprimento de metas e expectativas individuais e sociais e a finitude (Fortes, 2005; Fortes & Neri, 2005). Pelo fato de servirem para assinalar a passagem do tempo individual e o cumprimento de tarefas evolutivas, tais eventos também são chamados de eventos de transição (*turning points*), ou eventos marcadores (*mark events* ou *developmental milestones*) (Chiriboga, 1984). Certos eventos de vida são geralmente vistos como acontecimentos ou desafios positivos, desejados e benignos, como no caso do casamento e do primeiro emprego, acontecendo em momentos social e individualmente esperados ou então de aprendizagem de informática ou de um casamento na velhice, que se por um lado podem parecer tardios, por outro denotam energia, motivação e jovialidade. Podem ser eventos ou desafios que

oferecem risco à integridade psicológica e que por isso tendem a ser considerados como indesejáveis e a serem classificados como perda, dano, ameaça, preocupação ou desafio excessivo aos recursos pessoais.

São exemplos de eventos de vida considerados como perda a morte de pessoas queridas, a demissão do emprego ou a mudança de um familiar para local de difícil acesso; como dano a vitimização por violência física e psicológica ou ao patrimônio; como ameaça o risco de vida ou de incapacidade decorrente de doenças crônicas; como desafio excessivo aos recursos disponíveis lutar contra um câncer; como preocupação a antecipação de males que possam ocorrer consigo ou com os outros. Segundo a literatura, os eventos de vida que apresentam maior potencial para serem vividos como estressantes são os que ocorrem de forma imprevisível ou inesperada, ou então fora de tempo (Baltes, 1987; Neugarten, 1968, 1969); os que apresentam forte teor de incontrolabilidade (Aldwin & Gilmer, 2004; Davies, 1996), ou ainda, os que não são autodeterminados (por exemplo, o divórcio para o parceiro que não o esperava, não o queria ou que não tomou as rédeas da situação) (Diehl, 1999).

Sob o efeito de processos de socialização e de fatores ontogenéticos, os eventos de vida normativos tendem a ser vividos mais ou menos na mesma idade pelos indivíduos que compõem cada coorte (pessoas que nascem na mesma época e que, por isso, convivem ao mesmo tempo com os eventos da história individual e experimentam os mesmos eventos sócio-históricos em épocas similares das suas respectivas vidas). Conviver com eventos de transição junto com os contemporâneos acarreta vantagens para a construção da identidade, para a experimentação de papéis e para a derivação de um senso de normalidade ou de ajustamento (Neugarten, 1968, 1969). Tais aprendizagens sociais dão-se principalmente por meio de processos de modelação e de comparação social. Por meio dos primeiros, as pessoas podem aprender a comportar-se de acordo com o esperado e a regular seus comportamentos mediante processos de observação, sem correr os riscos da exposição ao erro em decorrência de experiências diretas mal-sucedidas. Por meio da comparação social, as pessoas podem igualmente aprender a partir do comportamento de outrem; podem monitorar, avaliar e consequenciar diferencialmente os próprios comportamentos; podem esquivar-se de punição externa ou autogerada e podem proteger a autoestima quando porventura ocorrem resultados indesejáveis (Bandura, 1986).

Com base na literatura psicológica e sociológica clássicas (por exemplo, Dannefer, 1984; Dowd, 1990; Marshall, 1995; Ryff, 1987), Diehl (1999) propôs um modelo explicativo sobre as formas de atuação dos eventos de vida não-normativos, que ele denomina de eventos críticos de vida. Segundo o autor, tais eventos não são uma força isolada sobre o desenvolvimento. Ao contrário, sua ocorrência está intimamente ligada aos papéis sociais e à posição social das pessoas. Sua influência decorre da interação com os recursos pessoais e sociais atuais e com os recursos amealhados ao longo do curso de vida. Dessa importante noção decorre uma outra igualmente relevante: dependendo da exposição precedente a oportunidades sociais, as pessoas podem estar mais ou menos expostas à influência de eventos de vida autodeterminados ou de eventos que estão além do seu controle pessoal e grupal. Quanto melhores as condições econômicas e quanto maior o prestígio do indivíduo e do grupo de referência, maior a controlabilidade dos eventos de vida; quanto piores as condições do contexto sociocultural, menor a controlabilidade e menores as chances de enfrentamento.

Em consonância com a perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*) (Brandstädter, 1984; Labouvie-Vief, 1981) e com o conceito de agência pessoal e coletiva da teoria de aprendizagem social cognitiva e do desenvolvimento (Bandura, 1986), pode-se dizer que as pessoas são agentes ativos, intencionais e planejadores de seu próprio desenvolvimento e que não só são modificadas, como modificam seu ambiente social, quer de forma proativa, quer reativa. O controle proativo é exercido quando as pessoas envolvem-se em ações com o objetivo de otimizar o seu desenvolvimento ou os resultados associados a essa otimização. O controle reativo ocorre em resposta a eventos críticos de vida ou em resposta à discrepância percebida entre o status real e o status individual ou socialmente desejado de desenvolvimento ou de funcionamento. No entanto, grande parte dos eventos de vida ocorre independentemente da decisão e estão fora do controle individual. Nesses casos, a adaptação pode ser favorecida por enfrentamentos antecipatórios, entre eles a promoção de mudanças autodirigidas nas próprias crenças, expectativas e comportamentos.

De modo geral, idosos que enfrentam situações desafiadoras ou que sofrem múltiplas experiências negativas e inesperadas em seu ambiente social mostram-se mais doentes do que os que têm condições mais favoráveis (Beckett, Goldman, Weinstein, Lin & Chuang, 2002). Alguns

dos eventos estressantes ou críticos comumente enfrentados na velhice são problemas de saúde física, incluindo maior número de doenças e incapacidades, problemas de memória, perda de entes queridos, aposentadoria, problemas de ordem financeira, problemas nos relacionamentos e problemas que acometem os descendentes (Aldwin, Yancura & Boeninger, 2007; Baltes & Smith, 1999; Cairney & Krause, 2008; Coleman, 1993; Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987; Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008; Milkie, Bierman & Schieman, 2008; Tak, Hong & Kennedy, 2007).

Estressores ligados a tensões crônicas associadas ao exercício de papéis sociais, tais como os conjugais, os parentais, os profissionais e os de cuidador, podem somar-se aos eventos de vida e aumentar a percepção de incontrolabilidade, de ineficácia do enfrentamento ou de ônus excessivo das demandas. Segundo Aldwin et al. (2007), existe forte expectativa de que, com o envelhecimento, ocorra naturalmente uma diminuição no número de papéis a serem desempenhados, particularmente os que se referem ao cuidado com os filhos e as responsabilidades da vida profissional. Entretanto, os autores argumentam que tais expectativas sofrem efeitos de corte, e que novas gerações de idosos podem estar desempenhando tantos papéis sociais quanto um adulto jovem.

Nos últimos anos, observou-se crescimento expressivo do número de idosos brasileiros que são provedores da família, colocando em pauta a crescente dependência dos membros não-idosos em relação à renda auferida pelos idosos (Camarano, 2005). Vários fatores podem contribuir para o aumento da responsabilidade dos idosos pela descendência, como a instabilidade de seus filhos no emprego e o aumento do número de divórcios que acarretam o retorno dos filhos ao lar de origem, muitas vezes acompanhados de crianças. Este quadro pode contribuir para que a percepção de estresse entre os idosos seja igual ou maior do que entre os adultos jovens (Chiriboga, 1997; Milkie et al., 2008) e à conseqüente piora na sua qualidade de vida percebida.

Estas condições podem ser potencializadas pelo desconforto, pelos sentimentos de inferioridade, pelo senso de desamparo, pelos aborrecimentos e pelo desgosto gerados pela exposição a serviços de saúde e de seguridade social deficientes, que não respeitam as

necessidades dos idosos e os submetem cotidianamente a formas pouco sutis de violência institucional. A escassa proatividade dos idosos em contrapor-se às negligências e aos abusos de que são vítimas pode ser creditada aos danos decorrentes da desinformação, de duradouras experiências de incontabilidade e do senso de ineficácia coletiva decorrente dessas experiências. Em contrapartida, a abundante reatividade operada por meio de enfrentamento religioso e da solidariedade intragrupal e intrafamiliar parecem explicar boa parte de sua adaptação.

Muitas evidências vêm sendo acumuladas sobre a relação entre a experiência de eventos estressantes e a presença de transtornos psiquiátricos em idosos (Chapleski, Kaczynski, Gerbi & Lichtenberg, 2004; De Beurs et al., 2001; Devanand, Kim, Paykina & Sackeim, 2002; Kraaij & De Wilde, 2001; Song & Singer, 2006). Más condições de saúde, pobreza, isolamento social e discriminação por idade expõem os idosos a situações estressantes. No Brasil, elas são representadas, por exemplo, por problemas com moradia, transporte e segurança, que podem potencializar os efeitos de doenças crônicas e de episódios agudos (Rabelo & Neri, 2005, 2006). Populações de risco do ponto de vista social estão mais expostas a eventos incontroláveis (Diehl, 1999), com os quais não podem lidar nem individual e nem coletivamente, conduzindo-as ao conformismo ou gerando atribuições ao destino, à ação de forças sobrenaturais ou à vontade de pessoas ou instituições que detém poder. Eventos que acometem os descendentes também podem representar aumentado risco para o aparecimento de sintomas depressivos entre idosos (Fortes-Burgos et al., 2008; Milkie et al., 2008).

Recursos psicológicos e sociais de proteção contra os riscos sociológicos, biológicos e psicológicos associados ao envelhecimento

De acordo com Baltes (1997), na velhice aumentam as chances de exposição a eventos negativos esperados e inesperados, ao mesmo tempo em que diminuem a resiliência biológica e a plasticidade comportamental, deixando os idosos mais vulneráveis ao estresse. Margareth Gatz

(1998) propôs um modelo para a compreensão da origem dos distúrbios mentais que parece útil para compreender o fenômeno entre idosos. Trata-se do *modelo de desenvolvimento diátese-estresse*, uma aplicação da perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*). De acordo com o modelo, as diferentes trajetórias da vulnerabilidade, dos estressores e dos fatores protetores exercem influência sobre a manifestação de transtornos mentais ao longo do curso da vida.

As vulnerabilidades podem ser de ordem biológica, socioeconômica ou psicológica e não necessariamente caminham na mesma direção em virtude da atuação de fatores protetores de natureza psicológica e social. Os fatores psicológicos são representados por recursos de enfrentamento da personalidade e por outros mecanismos de autorregulação do *self*. Os recursos sociais decorrem da configuração, do tamanho, da frequência, dos tipos de contato e da funcionalidade real e presumida das redes de relações sociais responsáveis pelos vários níveis e tipos de ofertas de suporte formal e informal. Juntos, os recursos psicológicos e sociais podem compensar os efeitos da exposição aos estressores decorrentes das condições de vulnerabilidade biológica, social ou psicológica.

Autocrenças positivas, capacidade de ajustar metas e expectativas, motivação para a atividade e a participação social, motivação para o autocuidado, capacidade de atribuir novos significados à experiência, capacidades de autoavaliação e de autorreação e estratégias de enfrentamento de condições estressantes são exemplos de condições pessoais que funcionam como reservas frente a eventos estressantes tais como doenças, dificuldade de regular emoções, dor crônica, perda de entes queridos, incapacidade física, problemas de memória e preconceitos sociais, dentre outros determinantes de depressão na velhice. Dentre essas condições, foi selecionado para tratamento mais detalhado o tópico estratégias de enfrentamento de eventos estressantes, uma vez que foi objeto de investigação num dos estudos que compõem esta tese.

Estratégias de enfrentamento de eventos estressantes

Nas últimas décadas, a tentativa de compreender a enorme variabilidade das respostas aos estressores, as suas consequências e os mecanismos protetores em relação a seus efeitos prejudiciais, vem ocasionando expressivo crescimento no número de pesquisas sobre os mecanismos envolvidos no enfrentamento do estresse (Aldwin, 2007), definido por Lazarus e Folkman (1984) como o manejo bem-sucedido de elementos que desafiam os recursos do indivíduo. Historicamente, destacam-se nesse campo as visões disposicional, situacional, cognitivista e transacional. No primeiro caso, a ênfase recai sobre as características de personalidade; no segundo, sobre o ambiente; no terceiro, sobre a avaliação cognitiva dos eventos que desafiam a adaptação e dos recursos disponíveis; no quarto, sobre as possibilidades de desenvolvimento subjacentes ao enfrentamento de eventos negativos.

Do ponto de vista disposicional, o enfrentamento é considerado sob três óticas: como mecanismos de defesa, que podem ser mais ou menos adaptativos (Vaillant, 1977, 2002), como traços de personalidade (Reichard, Livson & Peterson, 1962; Wortman & Silver, 1989), ou como estilos perceptuais (Byrne, 1964; Roth & Cohen, 1986). Do ponto de vista situacional, acredita-se que os tipos de estratégias que as pessoas utilizam para lidar com os problemas dependem das demandas do ambiente ou do tipo de contexto (Pearlin & Schooler, 1978). Do ponto de vista cognitivista (Lazarus & Folkman, 1984), considera-se que as estratégias de enfrentamento são disparadas por processos avaliativos em que o indivíduo compara os estressores com suas experiências anteriores e com os recursos de que dispõe para lidar com eles, conclui sobre o grau em que pode suportá-los e lidar com eles, antecipa consequências possíveis e envolve-se em ações de manejo.

A teoria transacional proposta por Aldwin (1994, 2007) sugere o abandono da noção de enfrentamento como algo exclusivamente orientado ao manejo daquilo que é visto como negativo ou a ser evitado. A autora argumenta em favor do enfrentamento como mediador do desenvolvimento do senso de domínio, da integridade do ego, da individuação, da sabedoria e da agência.

O modelo transacional estabelece diferenças entre esforço de enfrentamento e eficácia do enfrentamento, mostrando que situações altamente estressantes podem ativar tanto um grande esforço quanto emoções desagradáveis, que poderão revelar-se prejudiciais ao indivíduo. Paralelamente, fazer grande esforço em circunstâncias triviais pode ser ineficaz e gerar resultados negativos. Ou seja, a funcionalidade do enfrentamento repousa sobre a compatibilidade entre o potencial estressor do evento, a expectativa de resultado, a quantidade de esforço envolvido e o resultado.

As variações no uso de estratégias de enfrentamento são em parte função de fatores individuais, em parte função de influências culturais. Assim, é mais provável que os idosos de modo geral, as mulheres idosas e os idosos mais doentes e mais pobres usem mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção do que os não-idosos, os homens idosos, os idosos saudáveis e os idosos mais ricos, por motivos etários, por falta de recursos e por causa de expectativas de comportamentos associados aos gêneros masculino e feminino.

O uso de estratégias de enfrentamento é contextual, o que implica considerar que as pessoas utilizam diferentes estratégias em diferentes fases de solução do problema. Além disso, estratégias de enfrentamento têm diferentes efeitos. Dependendo das circunstâncias, a esquiva pode ser mais útil em circunstâncias incontroláveis do que em situações controláveis, que geralmente pedem formas de enfrentamento mais ativo.

O modelo cognitivo de enfrentamento assume que os indivíduos são flexíveis na escolha de estratégias de enfrentamento e que são capazes de modificá-las de acordo com as exigências de problemas particulares. Lazarus e Folkman (1984) classificaram-nas de acordo com o seu foco na modificação das condições geradoras do estresse ou na modificação das cognições e dos sentimentos gerados pelos estressores. Os autores não atribuíram qualquer sentido hierárquico a essas estratégias, considerando que tanto o controle das emoções pode facilitar o manejo de um problema, quanto este pode resultar em melhor manejo das emoções. Da mesma forma, não atribuíram superioridade a nenhuma delas com respeito à funcionalidade e nem com relação à qualidade da adaptação por elas gerada (Aldwin, 1994, 2007).

De acordo com Aldwin e Gilmer (2004), na atualidade, a maioria dos instrumentos de avaliação do enfrentamento já incorporou as várias perspectivas sobre o fenômeno e contemplam os seguintes tipos: enfrentamento focalizado no problema, focalizado na emoção, mediado por suporte social, religioso e ligado à busca de um significado para o problema. Com base em análise fatorial desenvolvida sobre um banco de dados de idosos brasileiros, Fortes-Burgos et al. (2008) derivaram uma tipologia de cinco fatores: emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco; tentativas de controle sobre o ambiente; religiosidade como elemento amortecedor; atenuação do potencial estressor do evento mediante comportamentos de esquivia; e inibição das emoções.

Fortes-Burgos et al. (2008) investigaram as relações entre eventos estressantes vividos nos últimos cinco anos, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e sintomas depressivos em 544 idosos residentes na comunidade. Análises de regressão hierárquica revelaram os fatores mais correlacionados com risco para depressão: estratégias de enfrentamento que expressam emoções negativas (como demonstrar hostilidade, gritar e xingar os outros) e comportamentos de risco (como fazer uso de drogas, bebidas); eventos ocorridos com os descendentes, os quais representam alto grau de incontrolabilidade e grande desconforto para o idoso; ter entre 70 e 79 anos e percepção de ineficácia do enfrentamento.

Treze anos depois da publicação de uma ampla revisão das teorias e dos dados empíricos sobre os modelos disposicional, situacional e cognitivista e da proposição de seu modelo transacional, Aldwin (2007) afirmou que essas concepções oferecem visões particulares e segmentadas do problema, ainda insuficientes para explicar o enfrentamento e os dados de pesquisa apoiadas no conceito. A autora argumenta que a natureza e os efeitos do enfrentamento são altamente contextualizados e refletem motivações individuais, dinâmicas interpessoais e aspectos específicos às situações ou às culturas. Nesse novo livro, a autora oferece alternativas teóricas às considerações clássicas sobre o fenômeno, representadas pelo modelo motivacional (Skinner & Wellborn, 1994), pela ideia de busca de significado e de transformação (de inspiração existencial-humanista e aparentados com o modelo transacional da própria autora, proposto em 1994, e pela noção de enfrentamento religioso e espiritual proposto por Pargament, Koenig &

Perez (2000). Aldwin apresenta também a noção de enfrentamento social e reintroduz a questão dos enfrentamentos antecipatório e proativo.

A abordagem motivacional do enfrentamento considera que o estresse surge da ameaça a necessidades psicológicas básicas, como as necessidades de afiliação, autonomia e competência (Skinner & Wellborn, 1994). Segundo os autores, o enfrentamento é um *“construto que descreve como as pessoas regulam seu próprio comportamento, suas emoções e sua orientação motivacional sob condições de desgaste psicológico... engloba lutas para manter, restaurar, prover e reparar a satisfação dessas necessidades”* (1994, p.112). Esta abordagem de desenvolvimento considera que o enfrentamento tem etapas diferentes no curto e no longo prazo. No curto prazo, serve para lidar com o envolvimento da pessoa com a situação, enquanto que, no longo prazo, refere-se ao desenvolvimento da personalidade.

A busca por significado após a experiência de eventos estressantes constitui-se em um tipo particular de enfrentamento. De acordo com Aldwin (2007), as estratégias deste tipo geralmente são consideradas positivas e podem ser caracterizadas como tentativas de derivar benefícios a partir do problema. São úteis em eventos extremamente estressantes, como as situações traumáticas (Mikulincer & Florian, 1996) ou na vivência de perdas significativas (Wortman, Battle & Lemkau, 1997). Do ponto de vista cognitivo, a busca por significado pode ajudar na reorganização cognitiva, especificamente nos processos de reavaliação ou reinterpretação do evento estressante.

Enfoque relevante sobre o enfrentamento é o que considera as práticas ligadas à religiosidade e à espiritualidade como estratégias úteis para lidar com os problemas. De acordo com Aldwin (2007), o enfrentamento religioso pode ser focado no problema (por meio de pedidos de orações pela cura ou de algum tipo de ajuda material), mas também pode ser focado na emoção (por exemplo, através de conforto encontrado na oração). Pode funcionar como suporte social, seja por meio de apoio emocional (por exemplo, quando membros da comunidade oram em favor de outros, ou quando se dialoga com Deus para desabafar ou pedir orientação), seja por meio de apoio material.

Segundo Koenig (1998) e Koenig, McCullough e Larson (2001), o enfrentamento religioso desempenha as seguintes funções: significado, controle, conforto/espiritualidade, intimidade/espiritualidade e transformação. A partir de revisão feita por Harrison (2001), sabe-se que o uso de enfrentamento religioso por amostras clínicas e hospitalizadas associa-se à melhoria das condições de saúde mental.

Numa visão social do enfrentamento, Aldwin (2007) argumenta que o estresse exerce importante impacto não somente sobre a vida do indivíduo, mas também sobre a vida de sua família. Ou seja, as formas de enfrentamento podem ser socializadas (e não somente individualizadas), prevendo intercâmbio e compartilhamento de comportamentos de enfrentamento pelo grupo social, especialmente com situações crônicas. O'Brien e DeLongis (1997) acreditam que indivíduos que enfrentam estresse crônico precisam utilizar estratégias de enfrentamento focadas nos relacionamentos, entendidas como enfrentamento empático e enfrentamento de compromisso.

Lazarus e Folkman (1984), Aspinwall e Taylor (1997) e Schwarzer e Knoll (2003) discriminam entre estratégias de enfrentamento que ocorrem na presença dos estressores e as antecipatórias e proativas. Para os autores, estratégias de enfrentamento são esforços ativos para lidar com o problema e com as emoções negativas presentes no momento em que ocorre o evento. Enfrentamento antecipatório refere-se ao conjunto de estratégias utilizadas para atenuar um evento cuja ocorrência é esperada. Enfrentamento proativo engloba esforços direcionados para a antecipação de um evento potencialmente estressante, de modo a prevenir sua ocorrência ou a forma como ele se manifestará.

De acordo com Aldwin (2007), o enfrentamento proativo inclui cinco estágios: acumulação de recursos, identificação de estressores potenciais, avaliação inicial, esforços iniciais de enfrentamento e surgimento e uso do *feedback*. Dentro da mesma abordagem, Schwarzer e Knoll (2003) classificaram o enfrentamento em quatro tipos: reativo (estratégias utilizadas para lidar com estressores passados ou presentes); antecipatório (estratégias utilizadas para lidar com ameaça iminente); proativo (estratégias utilizadas para alcançar objetivos e criar

oportunidades de crescimento) e preventivo (estratégias direcionadas para a antecipação de um problema).

Os conceitos de enfrentamento antecipatório e proativo trazem à baila o construto de controle em Psicologia, uma vez que a eficácia percebida em situações anteriores estabelece as bases para as expectativas de resultado no futuro. Por exemplo, se com base em experiências passadas, diretas ou vicariantes, um idoso acredita que não tem o prestígio e nem a capacidade de argumentação necessários para levar a melhor numa discussão sobre direitos num hospital público, ele provavelmente desistirá antes de começar. Se souber que, chorando na presença dos profissionais terá chance de conseguir o que deseja, ele tenderá a fazê-lo. Se acreditar que rezar ajuda, é provável que o faça, principalmente se imaginar que não lhe resta outra alternativa. Se pensar que poderá sair-se bem fazendo-se acompanhar por um filho adulto verbalmente articulado e conhecedor do Estatuto do Idoso, possivelmente tentará convencer o filho a ir. Independentemente de sua veracidade, sua justiça ou seu valor intrínseco, o acionamento dessas estratégias implica na presença de crenças de controle.

Percepção de eficácia do enfrentamento

Da infância inicial à velhice avançada, os seres humanos respondem a uma necessidade inata de experimentar competência e domínio (Skinner, 1995). Essa necessidade desencadeia o envolvimento em interações com o ambiente físico e social. Estas geram resultados que, quando percebidos como relacionados com a capacidade ou com o esforço despendido, dão origem a crenças de controle pessoal. No futuro, estas crenças alimentarão expectativas de resultado e de estratégia. Por sua vez, elas orientarão as ações que realimentarão as crenças de controle. Forma-se assim o sistema de competência, que guarda forte relação com a adaptação.

O acionamento de estratégias de enfrentamento depende em parte da percepção de eficácia pessoal ou de autoeficácia, definida como crença na própria capacidade para organizar e executar os comportamentos necessários para lidar com situações que envolvem elementos estressantes, ambíguos e imprevisíveis. No enfrentamento de eventos estressantes, as crenças de

autoeficácia, as expectativas de resultado e a percepção da eficácia do enfrentamento funcionam como instâncias reguladoras do esforço, das reações emocionais, da intensidade das ações e da motivação para iniciar as ações que conduzirão à obtenção dos resultados (Bandura, 1986, 1997).

Consideradas como parte integrante do processo de avaliação e de enfrentamento do estresse, as expectativas de eficácia pessoal influenciam a decisão pessoal quanto ao início de tentativas, à duração e à quantidade de esforço despendido no enfrentamento (Bandura, 1997; Karademas & Kalantzi-Azizi, 2003; O'Leary, 1992). Para estes autores, a percepção de ineficácia pessoal pode ser mais importante para o julgamento da situação como estressante do que as qualidades da situação em si.

Baixo senso de eficácia pessoal está associado com baixa autoestima e com pensamentos pessimistas sobre as próprias habilidades e realizações. Idosos com baixa expectativa de eficácia pessoal evitam quaisquer ações que, em sua opinião, excedem suas habilidades. Em contraste, um forte senso de autoeficácia promove realização e bem-estar subjetivo.

A associação entre o senso de eficácia pessoal, as consequências do enfrentamento e a percepção de eficácia do enfrentamento são um elemento-chave no manejo de estresse, que pode depender mais da percepção do grau de eficácia do enfrentamento do que do tipo de evento. Assim, idosos com incapacidade lidam melhor com essa condição se acreditam que são capazes de alcançar os resultados desejados com as estratégias de enfrentamento de que dispõem (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996). Derivarão senso de bem-estar mais positivo se perceberem que as estratégias funcionam, não importa quão longe elas estejam da forma pela qual lidavam com os problemas no passado, quando não tinham incapacidade.

Relações sociais como recursos de enfrentamento de riscos biológicos e psicossociais associados ao envelhecimento

Um dos resultados da crescente importância conferida ao estudo da influência de fatores psicológicos sobre a saúde física e mental dos idosos foi a emergência das relações sociais como um importante foco de investigação. Cada vez mais se reconhece que as relações sociais ajudam os idosos a se prepararem para, a lidarem com e a se recuperarem dos efeitos das inúmeras demandas associadas ao envelhecimento. Como o conceito de relações sociais guarda forte relação com as noções de rede de relações sociais e de suporte social, é importante defini-los e descrever suas funções quanto ao bem-estar dos idosos.

Relações sociais são padrões recorrentes de interação de pessoas com os seus semelhantes (Krause, 2006); são formas habituais de interação de uma pessoa com outras que lhe são significativas (Neri, 2007a). Suas funções incluem: oferecer garantias de pertencimento a uma rede de relações comuns e mútuas; ajudar as pessoas a encontrar sentido nas experiências de desenvolvimento, principalmente quando são não-normativas e adversas; ajudá-las a interpretar expectativas pessoais e grupais e a avaliar as próprias realizações e competências; dar chance para que as pessoas desenvolvam estratégias de comparação social; dar e receber apoio instrumental, material, afetivo e informativo; permitir às pessoas crer que são cuidadas, amadas e valorizadas (Antonucci, 2001; Krause, 2006).

Os indivíduos organizam-se em redes para efeito da realização de trocas sociais que os ligam à estrutura social mais ampla (Hall & Wellman, 1985) e os protegem das adversidades e do isolamento que, eventualmente, ameaçam sua adaptação (Neri, 2007a). Conforme proposição de Moren-Cross e Lin (2006), as redes de relações sociais podem ser analisadas quanto a três amplas dimensões: formato, posição e recursos oferecidos.

A análise das redes das relações sociais quanto ao seu formato comporta a consideração de sua densidade (extensão em que os membros são conectados, indicada pela relação entre o número de laços possíveis e o número real de relações mantidas por cada membro); de seu

tamanho (número de indivíduos direta ou indiretamente conectados dentro de uma dada rede); de sua homogeneidade (extensão em que os laços são estabelecidos entre indivíduos parecidos ou diferentes em relação a certas características, tais como idade, raça, profissão, status socioeconômico, relações de parentesco ou de amizade) e de suas características sociodemográficas (indicadores demográficos descritivos e agregados da rede, tais como distribuição por idade, sexo, renda e escolaridade).

Analisá-las quanto à posição implica em levar em conta: a extensão ou o grau em que cada membro da rede é ligado aos demais; a força dos laços entre os membros; a frequência das interações; a sua duração; o grau de intimidade envolvida; o seu grau de complexidade, ou seja, se os parceiros são somente vizinhos ou companheiros de trabalho ou se são também amigos; a reciprocidade, ou a extensão em que os recursos são tanto oferecidos como recebidos, e sua acessibilidade, ou número médio de relações necessárias para ligar dois membros da rede. Finalmente, levar em conta os recursos das redes implica em aquilatar os recursos materiais ou emocionais nelas entranhados, os quais podem ser acessados ou mobilizados pelos membros para realizar ações propositivas. Trata-se do capital social das redes para mediar as relações entre a estrutura social e os benefícios para a saúde e o bem-estar de seus componentes.

O conceito de relações sociais é inclusivo e comporta pelo menos quatro modalidades de trocas: suporte social, companheirismo, laços sociais fracos e interações negativas (Krause, 2006). Elas não se constituem em categorias exclusivas, mas sobrepostas, como se verá a seguir.

Suporte social percebido

O caráter central do suporte social repousa sobre a evidência de que os indivíduos podem depender dos outros ou dos recursos coletivos. Há dois modelos sobre o suporte social: o dos efeitos diretos e o de proteção ao estresse. O modelo dos efeitos diretos sugere que o suporte social contribui para a melhoria da saúde e do bem-estar, independentemente de a pessoa estar exposta a estressores. Já o modelo de proteção ao estresse propõe que os apoios sociais protegem os indivíduos dos danos do estresse em relação à saúde e ao bem-estar subjetivo (Samuelsson,

Therlund & Ringström, 1996). A análise do suporte social sob esta ótica, no contexto gerontológico, envolve a consideração da oferta de apoios ou ajudas de natureza emocional, instrumental e informativa.

Todos os três tipos de apoio podem ser avaliados tomando-se como base as condições estruturais, que, na tipologia de Moren-Cross e Lin (2006) correspondem aos elementos da dimensão formato. Segundo a literatura, elas são muito menos importantes para influenciar a saúde e o bem-estar dos idosos do que as condições funcionais das redes de suporte (Antonucci & Jackson, 1987; Blazer, 1982; Kessler & McLeod, 1985; Lazarus & Folkman, 1984; Wethington & Kessler, 1986). Outro dado importante é que as avaliações positivas da rede de suporte social são fator de proteção no enfrentamento das adversidades (Krause, Liang & Yatomi, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). A própria essência do conceito de funcionalidade repousa sobre a possibilidade de as relações sociais contribuírem para a adaptação dos envolvidos. A funcionalidade do suporte social corresponde aos elementos da dimensão posição, segundo a tipologia de Moren-Cross e Lin (2006).

Tanto as condições estruturais como as funcionais podem ser analisadas objetivamente ou segundo normas e expectativas externas. Podem também ser analisadas subjetivamente, por meio de medidas da satisfação com a assistência oferecida ou por meio de medida da expectativa de suporte (crença em que os outros estão prontos a ajudar no futuro, quando a necessidade se fizer presente). Conforme a literatura, a qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante à adaptação dos idosos do que a quantidade de membros da rede e a frequência de contatos.

Para Rook (1987), o companheirismo consiste em interações cujo principal escopo é a busca de prazer derivado do desfrute de atividades recreativas e de lazer ou do compartilhamento de interesses comuns. A maior parte das interações sociais dos idosos independentes e dos não expostos a grandes eventos estressantes é dessa natureza. Rook (1987) afirma que companheirismo é diferente de suporte social. Na verdade, ele se expressa por trocas afetivamente significativas com forte potencial de apoio emocional, principalmente entre idosos que se conhecem de longa data e mantêm relações de intimidade que permitem fazer confidências

e derivar informações sobre si mesmo e sobre os eventos de vida. O ambiente do companheirismo é marcado pela benevolência e por pouca ameaça à autoestima. Mesmo entre idosos cujo relacionamento é recente, as trocas sociais podem representar oportunidades de alívio, novidade, desfrute e divertimento, até mesmo porque acontecem em ambientes menos comprometidos com os problemas cotidianos.

O terceiro tipo de relações sociais é relativo ao que Granovetter (1973) denomina de laços sociais fracos, caracterizadas pela falta de intimidade e de interações regulares típicas das relações familiares e de amizade, como as que se estabelecem com profissionais da saúde, padres e pastores, vendedores, prestadores de serviços, conhecidos e vizinhos, ou ainda, COM relacionamentos casuais ou com companheiros de trabalho. Há sobreposição entre as relações sociais fracas e as relações que se estabelecem entre os idosos e os membros das redes de suporte formal que os atendem; entre elas e as relações de pouca intimidade afetiva.

No dizer de Rook (1998), as interações negativas envolvem relações sociais desprazerosas, caracterizadas por desacordos, exigências descabidas, críticas, rejeição e invasão de privacidade que prejudicam a saúde e o bem-estar dos idosos, ou então por ajuda ineficaz, por excesso de ajuda ou ajuda não requisitada, que fazem com que os idosos se vejam e eventualmente se comportem como mais doentes ou dependentes do que realmente são e que sofram ameaças à autoestima e ao senso de autoeficácia (Avlund, Lund, Holstein & Due, 2004; M. M. Baltes, 1996; Neri, 2009, no prelo; Pavarini & Neri, 2000). Sentimentos de dependência e de menos-valia dão origem a desprazer e a outros sentimentos negativos, comprometendo não só as relações como também o bem-estar dos idosos. Outro aspecto de interesse das interações negativas diz respeito às interações dos idosos com as relações sociais obrigatórias e as eletivas, as primeiras representadas por relações familiares, conjugais e com profissionais de saúde das quais não podem escapar, e as segundas pelas relações com amigos escolhidos. Segundo dados da literatura e evidências clínicas e da vida cotidiana, as primeiras têm mais potencial de risco para o bem-estar subjetivo e a saúde dos idosos do que as últimas.

É importante analisar as relações sociais na velhice a partir da perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*), tendo em vista os ganhos advindos das

comparações entre idosos e não idosos. A partir dessa perspectiva, a análise das relações sociais na velhice é fundamentada em duas microteorias. Uma é a do comboio social (Antonucci, 1991); a outra é a da seletividade socioemocional (Carstensen, 1991, 1993).

Para a microteoria do comboio social, as bases prototípicas das relações sociais ao longo de toda a vida são estabelecidas ainda na fase bebê, por meio da ligação afetiva entre a mãe e a criança. Essa ligação afetiva é importante porque fornece uma base segura para que o bebê explore o mundo e aprenda a vê-lo como um contexto ordenado, previsível e interessante (Ainsworth, 1979), ou ainda, como um contexto não-ameaçador e estimulante no qual suas necessidades são satisfeitas e sobre o qual pode atuar (Bowlby, 1951). Formam-se desde esse momento as estruturas básicas das relações sociais, que são fundamentais ao desenvolvimento afetivo, social e cognitivo. A criança e depois o adolescente, o jovem e o adulto desenvolvem-se num contexto de estabilidade e de continuidade das suas relações sociais estabelecidas desde a infância.

Kahn e Antonucci (1980) cunharam o termo *comboio social* para designar conjuntos de pessoas que se movem ao longo da vida protegidas por grupos de referência formados por pessoas que têm significado em suas vidas. Os comboios cumprem desde funções de proteção física e assistência instrumental até funções de oferecer apoio emocional, facilitar a derivação de senso de pertencimento ao mundo social e facilitar a emergência de sentimentos de bem-estar e ajustamento, sendo estes últimos mais importantes do que as funções instrumentais. Ou seja, a função primordial do comboio social é a ligação afetiva.

Não se pressupõe uniformidade de papéis ou de funções para os membros dos comboios, embora se acredite que eles cumpram um modelo hierárquico, ou seja, são compostos por grupos de parceiros com os quais os idosos se relacionam com diferentes e decrescentes graus de intimidade. Os parceiros afetivamente mais próximos, apontados pelos idosos como os mais queridos ou importantes em sua vida, são os que mais influenciam o seu bem-estar, seguidos pelos que lhes parecem sucessivamente menos importantes em termos afetivos. Ocorre também uma especialização dentro dos comboios, ou seja, os indivíduos aprendem a quem recorrer, quando necessitam de diferentes tipos de suporte. Assim, o suporte instrumental tende a ser mais

esperado e solicitado às mulheres do que aos homens e mais a pessoas da família do que de fora, por força de injunções culturais. Também por motivos culturais, o apoio informativo tende a ser mais solicitado e esperado de profissionais e de pessoas do sexo masculino. Já o apoio afetivo tende a ser mais esperado a partir de amigos (Nogueira, 2001).

De modo geral, os comboios sociais são formados por indivíduos de idades comparáveis, uma vez que sua força reside na possibilidade de derivar conforto emocional e informações de pessoas similares, num contexto de ajuda mútua e não de competição, onde o compartilhamento de experiências atuais e passadas tem um efeito facilitador sobre as interações. Não por acaso, na velhice os melhores amigos são os velhos amigos, cujas relações já sofreram os efeitos depuradores da experiência.

De acordo com a microteoria de seletividade socioemocional, à medida que envelhecem as pessoas realizam uma redução seletiva em sua rede social, ou seja, passam a preferir relações sociais emocionalmente significativas, em lugar das mais periféricas. Como consequência, afastam-se dos laços sociais superficiais e investem num círculo de relações emocionalmente mais apoiador. Segundo a mesma autora, essas mudanças são adaptativas no sentido em que respondem à redução da perspectiva de tempo futuro típica dos anos mais avançados da vida adulta com investimentos em domínios selecionados, quer para compensar perdas, quer para manter reservas de capacidade. Significam também a mudança de preferência por relações sociais baseadas na busca de informações e na luta por autoafirmação por outras fornecedoras de conforto emocional. As primeiras são mais compatíveis com a juventude e a vida adulta inicial, ao passo que as últimas são mais compatíveis com as motivações dos adultos mais velhos e dos idosos (Carstensen, 1991, 1993; Lang & Carstensen, 1994).

Isso significa que, com o envelhecimento, as redes de suporte social mudam em estrutura e em funções, uma vez que a quantidade de membros da rede passa a ser menos relevante ao bem-estar e que os contatos socioemocionais com parceiros escolhidos tornam-se mais relevantes para assegurar o bem-estar subjetivo. Embora os dados de pesquisa indiquem diminuição do tamanho da rede de relações na velhice, sabe-se que há estabilidade das relações sociais mais próximas e da quantidade de suporte emocional que as pessoas derivam ao longo da vida. Ao

mesmo tempo, os idosos tornam-se mais positivos e menos negativos em relação aos seus parceiros sociais (Carstensen, Gross & Fung, 1997).

O estabelecimento e a continuidade das relações sociais na velhice dependem da presença de habilidades sociais que promovam relações eficazes e benéficas com os outros. Com base em recursos de personalidade e na afetividade, os idosos negociam com o ambiente as condições de seu relacionamento social, que incluem interações e intercâmbios caracterizados por ações de dar e receber afeto, informação, ajuda física, dinheiro, bens materiais e oportunidades para comportamento. Na base dessas negociações estão a empatia, a comunicação, a expressividade, a assertividade, a autorrevelação e a gratidão. Empatia é a capacidade de se colocar no lugar dos outros, levando em conta seus conhecimentos ou seu sistema de valores e empregando exemplos, idéias e dados que façam sentido para eles. As relações sociais dependem fortemente das habilidades de comunicação e da expressividade, que consistem na habilidade de confirmar os pensamentos, os sentimentos e as necessidades dos outros (Schlenker, 2003).

Autorrevelação diz respeito à capacidade de oferecer informações sobre si mesmo a outrem, mesmo que essa informação acarrete alguma perda, por exemplo em autoestima (Aron, 2003). Existe uma longa trajetória da autorrevelação desde a adolescência até a velhice, mas não há dúvidas quanto a que a capacidade de abrir-se para pessoas emocionalmente significativas ou confidentes, pode trazer grande conforto emocional aos idosos, que costumam derivar senso de bem-estar dessa atividade.

Assertividade é a capacidade de fazer proposições claras, com forma e conteúdo socialmente aceitáveis, no contexto social imediato, sobre os próprios sentimentos, desejos, valores e expectativas, de modo a orientar o comportamento social dos outros (Lange & Jakubowski, 1978). Existem claras diferenciações de natureza cultural e associadas a gênero, idade, classe social e posição social com relação à aceitação de respostas assertivas. Elas tendem a ser menos aceitas quando derivam de mulheres, de idosos, de pessoas de classe social baixa e com pouco prestígio social. No entanto, é desejável que os idosos desenvolvam a assertividade na comunicação, pois isso tende a favorecer as trocas sociais, mormente em situações de solicitação, de oferta e de recusa de ajuda.

A gratidão é uma forma de expressão de assertividade que indica para os parceiros que a ajuda oferecida foi útil e que será bem aceita em ocasiões futuras. Significa também reconhecimento do valor da ajuda prestada e, nesse sentido, pode funcionar como estímulo reforçador e como estímulo discriminativo para interações futuras.

Os idosos geralmente declaram que estão satisfeitos com sua rede de relações sociais e com os apoios dela recebidos. Raramente se queixam das relações que são obrigados a manter com parentes próximos ou distantes ou com cuidadores profissionais. No entanto dor, doenças crônicas e depressão prejudicam a atividade e causam redução dos contatos sociais. O declínio típico dos anos mais tardios da velhice impõe limites à seletividade emocional utilizada para regular as relações sociais e limita o uso das habilidades sociais e de enfrentamento.

Relações sociais persistentemente estressantes guardam forte relação com depressão (Krause & Rook, 2003) e esta com problemas de saúde (Ormel et al., 2002). São motivos suficientes para tentar compreender que recursos de enfrentamento podem ajudar os idosos a lidar eficazmente com esses tipos de relações. Birditt e Fingerman (2005) sugerem estratégias focalizadas no problema, como por exemplo: compromisso com o parceiro de sempre buscar soluções que lhes pareçam mutuamente satisfatórias; asserção ou confrontação (esforços verbais direcionados à alteração dos comportamentos do parceiro) e solicitação de ajuda. Sugerem também enfrentamento focado na emoção: distanciamento cognitivo (esforços para minimizar o significado dos problemas ou evitar pensar sobre eles); autocontrole (esforços para restringir o problema a si mesmo); autorresponsabilização (esforços para aceitar que tem parte da culpa pelo que está acontecendo); e perdão (desistir da raiva e de outros sentimentos negativos nutridos por uma pessoa que se envolveu em alguma transgressão, e assim, ter menos necessidade de evitá-la ou de procurar vingar-se dela).

O suporte social informal derivado da família e das amigas, a educação ao longo da vida e os recursos farmacológicos, terapêuticos, tecnológicos e materiais derivados da atuação das redes de suporte formal são exemplos de recursos sociais que podem ajudar os idosos a lidar com a necessidade de ajuda, o risco de dependência, a solidão, a rejeição social e o isolamento associados ao aumento da fragilidade biológica e à continuidade da vulnerabilidade social.

Arranjos de moradia

Nos países da América Latina de modo geral, e no Brasil em particular, é altamente insuficiente a presença de instituições de longa permanência destinadas a domiciliar idosos, o que significa que a família é a grande responsável pela sua proteção, principalmente quando são frágeis e incapazes. Hoje predominam padrões de ajuda mútua em todos os estratos sociais e são fortes os laços de solidariedade que unem as gerações, principalmente nos contextos de pobreza. Prevê-se que as alterações na estrutura das famílias e nas relações intergeracionais atualmente em curso na sociedade brasileira, possam modificar esse quadro para pior, na medida em que diminua a oferta de cuidados informais até hoje proporcionados pelos membros da família. Então, a menos que ocorra a criação de uma rede ampla e eficaz de suporte formal, que deverá incluir a presença de instituições domiciliares e de atendimento aos vários níveis de fragilidade biológica, prevê-se um futuro pouco feliz para boa parcela dos idosos brasileiros.

A estrutura da família brasileira mudou de forma expressiva nas últimas décadas. Os principais agentes propulsores dessas mudanças foram: o declínio das taxas de natalidade e de fertilidade; o crescimento do número de mulheres que trabalham fora de casa; o aumento das taxas de separação e de divórcio que, muitas vezes, recambiam filhos e netos para a casa paterna; o crescimento das uniões consensuais e o abandono mais tardio da casa paterna pelos filhos adultos, em virtude de problemas de emprego (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004). Semelhantes ocorrências sugerem que está havendo uma diminuição na capacidade da família para prestar apoio a seus membros idosos, de forma mais acentuada em contextos de pobreza.

Em contrapartida, a universalização dos benefícios previdenciários determinada pela Constituição de 1988; a ampla oferta atual de apoio financeiro pelos programas assistenciais do governo; as facilidades oferecidas, no passado, pelo Sistema Nacional de Habitação; a maior empregabilidade dos atuais idosos quando em idade produtiva e a vigência de certas práticas de poupança, de acumulação de patrimônio e de consumo nas coortes mais velhas, colocam-nas em situação vantajosa em comparação com seus filhos e netos e permitem que sejam provedores de apoios para as gerações mais novas. Cerca de 90% dos idosos que são chefes de família possuem

casa própria quitada e uma expressiva parcela tem reservas financeiras acumuladas ao longo da vida para prover suas necessidades na velhice (M. C. Neri, 2007).

Analisando dados de vários países da América Latina, Engler (2007) mostra que existe forte e generalizado intercâmbio de apoios entre as gerações. Ao chamar a atenção para o lado positivo dessa realidade, o autor diz que mais importante do que analisar as relações de dependência física e econômica dos idosos em relação aos não-idosos, é reconhecer que existe interdependência entre as gerações. Essa interdependência poderá não se manter quando as coortes que hoje são jovens envelhecerem, uma vez que as condições a elas oferecidas não são idênticas às de seus avôs. Então, prevê-se que serão necessários mais investimentos sociais em educação, emprego, habitação, saúde e seguridade social para garantir o seu bem-estar no futuro.

É interessante examinar dados do último censo brasileiro, realizado em 2000, analisados por sociólogos e demógrafos. A proporção de domicílios chefiados por idosos cresceu de 17,7% em 1980 para 20,9% no ano 2000. Em compensação, a proporção de domicílios brasileiros que tinham idosos na condição de pais e sogros ou de outros parentes diminuiu de 4,5% para 3,3% no mesmo período. As famílias que tinham idosos eram menores e mais envelhecidas. Os chefes de famílias com idosos tinham em média 65,2 anos, ao passo que as famílias sem idosos tinham chefes com a média de 39,3 anos. Enquanto que nas famílias sem idosos predominavam arranjos do tipo casais com filhos (65,7%), nas famílias com idosos essa presença foi da ordem de 36,3%. Entre as famílias com idosos, 19,9% não tinham filhos; 23,1% dos idosos viviam sozinhos. Foi encontrada maior proporção de mulheres sozinhas e de viúvas vivendo com filhos do que de homens nas mesmas condições. Em 1980, 25,2% das famílias com idosos eram extensas, taxa que subiu para 43% em 2000. Em 2000, os idosos eram os principais responsáveis pelo sustento de 86,5% das famílias em que viviam.

O número médio de pessoas por domicílio chefiado por idosos decresceu de 3,7 para 3,25 pessoas em 2000, sendo que os idosos representavam apenas 35% dos residentes desses domicílios em que foram encontrados, além do casal, 1,03 filho adulto e 0,45 neto, uma proporção maior do que a verificada em 1980. Nos domicílios chefiados por idosos, os netos representavam 14% dos membros e nos domicílios onde havia idosos que não eram chefes de

família, apenas 2,2%; 72,5% dos netos que residiam em domicílios chefiados pelos idosos tinham menos de 15 anos, 24,2% tinham entre 15 e 24 e 3,4% tinham mais de 25 anos; nos domicílios em que os idosos não eram chefes, a proporção de crianças de 0 a 14 anos foi bem maior (94,6%) (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004).

Em consonância com as observações de M. C. Neri (2007), as famílias brasileiras com idosos são menos pobres. As que não continham idosos apresentavam uma proporção de famílias com renda per capita menor do que um salário mínimo mensal duas vezes maior do que as famílias com idosos (27,8% e 15%). Os membros das primeiras dependiam muito mais da renda do chefe do que os membros das segundas (59,7% e 70%), embora contassem com menos membros trabalhando e maior número de beneficiários da seguridade social. Além disso, a proporção de chefes idosos que moravam em casa própria era maior do que a de chefes não idosos (87% dos homens chefes de família e 81% das mulheres na mesma condição). Mesmo que muito idosos e dependentes fisicamente, os homens tinham mais chance de serem considerados como chefes de família, ao passo que as mulheres nas mesmas condições, e principalmente se viúvas, tinham mais chance de serem consideradas como “outros parentes” que moravam com a família de um filho ou filha, isto é, não-chefes. Nas famílias de idosos existe um percentual mais alto de idosos com incapacidade e sem renda do que em famílias com idosos não-chefes (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004; Camarano, Kanso, Leitão e Mello & Pasinato, 2004).

Desses dados podem ser tiradas conclusões importantes para a compreensão dos mecanismos de apoio familiar e intergeracional. Em primeiro lugar, nas famílias que têm membros idosos, quer como chefes, quer como co-residentes, a renda dos mais velhos é muito importante no orçamento familiar. Ao mesmo tempo, a contribuição de outros membros da família para a renda dos idosos é muito pequena. Em estudo conduzido por Lloyd-Sherlock (2001), idosos residentes em favelas da cidade de São Paulo, tendiam a gastar a maior parte de sua renda com outros membros da família do que consigo mesmos. Ou seja, não é sempre verdadeiro que os idosos são economicamente dependentes e que representam ônus para suas respectivas famílias.

Saad (2004) estudou idosos de um bairro de classe média de São Paulo, com baixos níveis de migração, e idosos de Fortaleza, com relação às transferências de apoios intergeracionais. O autor relata que essa transferência é fortemente mediada pelas suas características, recursos, oportunidades e necessidades. O número de filhos relaciona-se positivamente com a probabilidade de o idoso receber ajuda financeira, mas não com probabilidade de ele prestar esse tipo de auxílio. Ser casado é um importante recurso de proteção, pois os idosos casados são mais saudáveis, mais independentes e prestam mais ajuda do que os não-casados. Mães e filhas prestam mais ajuda do que pais e filhos, refletindo valores culturais solidamente arraigados.

Quanto melhor a situação financeira dos idosos, maior a independência funcional, melhor a saúde e maior a chance de contribuírem com ajuda monetária para os filhos; quanto mais baixo o nível social, maior a demanda por ajuda instrumental. Idosos que não viviam em família conjugal, com ou sem filhos, tinham mais chance de serem instrumentalmente cuidados por outros familiares, em situação de co-residência, embora filhos não-residentes tendam a contribuir financeiramente para o seu sustento. Idosos que viviam sozinhos geralmente apresentaram melhores condições de saúde e eram mais independentes do que os que residiam em domicílios familiares. Os intercâmbios de apoio mostraram-se muito mais intensos e generalizados em Fortaleza do que em São Paulo, apontando para a possível mediação de valores culturais.

O estudo populacional Saúde e Bem-Estar em Idosos (SABE), realizado em São Paulo, teve como um de seus objetivos identificar os arranjos domiciliares e os padrões de transferência de apoio informal entre os idosos e suas famílias. Vinte e seis por cento residiam com o cônjuge, 41% com filhos não-casados, 11% com filhos casados, 13% sozinhos e 9% com outros. Havia mais idosos vivendo sozinhos entre as mulheres (17%) do que entre os homens (7%), assim como havia mais idosos mais velhos do que mais novos vivendo nessa condição. Esses dados replicam os encontrados pelo Censo 2000, assim como os que indicam que os idosos que vivem com o cônjuge são mais jovens, saudáveis e independentes do que os que vivem com a família de um filho; que a co-residência com filhos e não o número de filhos esteve associada à maior probabilidade de receber ajuda para atividades de vida diária e que a transferência de ajuda financeira, de bens e de serviços entre idosos e seus familiares é uma via de mão dupla (Saad, 2003).

Cristophe (2009) realizou análises comparativas entre a situação familiar dos idosos das regiões Nordeste e Sul (com base em microdados do IBGE, Censo 2000 e PNAD 2007, e no DataSUS / IDB 2009), no contexto de um trabalho sobre a identificação de demandas por instituições de longa permanência. Suas análises confirmaram que há diferenças nas características, recursos, oportunidades e necessidades dos idosos de diferentes regiões (no caso, o Nordeste e o Sul são contrastantes, o que amplia o interesse pelos dados). A autora relatou que nas duas regiões há uma proporção maior de mulheres vivendo sozinhas e que a diferença entre homens e mulheres é maior no Sul do que no Nordeste (12,5% das mulheres e 6,2% dos homens vivem sozinhos no Nordeste e 15,8% das mulheres e 6,2% dos homens vivem sozinhos no Sul). No Sul, o arranjo de moradia mais frequente é de casais sem filhos (34,8%), ao passo que no Nordeste é de casais com filhos (39,5%). Esses dados sugerem que os idosos da região Sul podem ter mais dificuldades de serem cuidados em família do que os da região Nordeste.

As mudanças documentadas pelos especialistas citados foram acompanhadas por expressivo aumento da longevidade e da proporção de idosos na população geral. Coincidiram, também, com a emergência de novos padrões de envelhecimento, caracterizados pelo prolongamento da independência física e por mais motivação para a atividade, a participação social e o autocuidado, mesmo nos estratos socialmente menos favorecidos. São efeitos dos progressos médico-sociais dos últimos 60 anos e da disseminação das novas ideologias sobre a possibilidade e a obrigatoriedade de se ter uma velhice ativa, saudável e feliz, ocorrida nos últimos 40 anos. Tais mudanças não são triviais e estão se associando a alterações importantes nas práticas de suporte familiar e de suporte formal, cujo impacto sobre a saúde física e mental dos idosos ainda não foi suficientemente estimado.

Velhice bem-sucedida e funcionalidade indicada por envolvimento social

A capacidade funcional é um dos aspectos centrais da independência dos idosos e, por essa via, da possibilidade de envelhecimento bem-sucedido. É definida como o conjunto de competências comportamentais relacionadas ao manejo da vida diária. Envolve a integridade física, o funcionamento na vida cotidiana, o status cognitivo, as atitudes em relação a si mesmo, o

estado emocional, as atividades sociais e o exercício de papéis. Em sua melhor expressão, capacidade funcional significa um nível de habilidades que permitem ao indivíduo funcionar sem ajuda, ou seja, ser fisicamente independente. A melhor expressão da independência exige um nível de habilidades intelectuais que permitam ao indivíduo compreender o mundo externo e interno, planejar o curso de suas ações, avaliá-las e, fundamentalmente, tomar decisões concernentes a si próprio (Lawton, 1991).

Do ponto de vista clínico, a medida da capacidade funcional dos idosos é dada pela quantidade de ajuda instrumental de que necessitam para realizar atividades de vida diária hierarquizadas em três níveis - básicas, instrumentais e avançadas -, conhecidas respectivamente pelas siglas ABVDs, AIVDs e AAVDs. Um dos principais indicadores de fragilidade é a perda da capacidade funcional, que está relacionada à medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDs) referentes ao autocuidado, e do grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relativas ao manejo da vida prática em casa e na vizinhança (Baltes, Mayr, Borchelt, Mass & Wilms, 1993).

As atividades básicas de vida diária (ABVDs) são associadas à sobrevivência. Segundo a tipologia estabelecida por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963) compreendem seis categorias de comportamentos: banho, vestir-se, cuidar da higiene pessoal/toalete, transferência/mudança de posição, controle de esfíncteres e alimentação. Cada uma delas compreende uma complexa cadeia estímulo-resposta, na qual é possível interferir com ajuda física, instruções, modelos e estímulos verbais.

O estudo populacional Saúde e Bem-estar em Idosos (SABE) realizado em São Paulo (Lebrão & Duarte, 2003) revelou que 80,7% dos idosos não apresentavam dificuldade em nenhuma das ABVDs, 13,6% apresentavam dificuldade em uma ou duas, e 5,6% em três ou mais. Os idosos com melhor funcionalidade eram os de 60 a 74 anos (81,4% não tinham nenhuma dificuldade, 69,3% tinham uma ou duas e 47,9% tinham três ou mais). O quadro foi bem diferente entre os de 75 anos e mais: 18,6% eram completamente independentes para ABVDs, 30,7% eram dependentes para 1 ou 2 e 52,1% para 3 ou mais ABVDs. As mulheres e os idosos

mais velhos apresentaram taxas mais altas de incapacidade. Em todos os grupos, a ABVD mais comprometida era vestir-se, depois mobilidade (deitar e levantar da cama), locomoção, banho, uso do toalete e alimentar-se. Esses dados replicam os da literatura internacional.

As atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) dizem respeito ao exercício de atividades práticas no ambiente imediato. Não são diretamente associadas à sobrevivência, mas precursoras do exercício de papéis sociais e da autonomia em termos cognitivos, pois ligam o idoso ao seu entorno físico e social. Incluem as seguintes classes de comportamentos: uso do telefone, fazer tarefas domésticas de limpeza e arrumação da casa, lavar roupas, usar transporte público ou táxi, tomar medicação e manejar o dinheiro e as compras (Lawton & Brody, 1969).

Segundo dados do SABE em São Paulo, igualmente comparáveis aos da literatura internacional, 73,2% dos idosos não tinham nenhuma incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, 15,6% apresentaram 1 ou 2 e 11% apresentaram 3 ou mais. Os idosos de 75 anos e mais apresentaram mais incapacidade (25,14% em 3 ou mais atividades, 38,2% em 1 ou 2 e 14,4% em nenhuma) do que os de 60 a 74 anos (6,98% em 3 ou mais, 6,18% em 1 ou 2 e 85,6% em nenhuma), assim como as mulheres, entre elas as mais velhas, mostraram-se mais incapazes do que os homens. A AIVD mais prejudicada entre as mulheres foi fazer tarefas domésticas pesadas (20,2% entre as de 60 a 74 anos e 25,4% entre as de 75 anos e mais) e depois sair de casa sozinha (16,2% entre as de 65 a 74 anos e 42,7% entre as de 75 anos e mais). Entre os homens, a mais prejudicada foi sair de casa sozinho (6,3% dos de 65 a 74 e 28,4% entre os de 75 anos e mais) (Duarte, 2003).

Análises longitudinais mostram que a incapacidade em ABVDs é o segundo preditor mais importante de mortalidade (o primeiro é idade). A razão de mortalidade aumenta de 15,2% entre idosos com comprometimentos apenas em AIVDs para 20,7% entre os que têm incapacidades em uma ou duas ABVDs, para 24% entre os que têm três ou quatro e para 37,2% para os que apresentam cinco ou seis (Guralnik et al., 1994; Guralnik et al., 2000).

No SABE, a expectativa de ajuda apresentada pelos idosos foi bem maior para as AIVDs do que para ABVDs, o que significa que idosos funcionalmente mais capazes tendem a estar mais envolvidos socialmente, provavelmente porque ainda desempenham papéis sociais úteis, entre

eles os de ajuda às gerações mais novas e de cuidado aos cônjuges. Os homens têm mais expectativa de cuidados em AIVDs do que as mulheres, ou seja, são mais ajudados pelas esposas, que geralmente são mais longevas, embora mais doentes e incapacitadas. As mulheres são mais longevas, mas mais doentes e oneradas por AIVDs do que os homens, em grande parte por força de hábitos culturais. As mulheres e os mais idosos relataram ter menos expectativas de serem ajudados do que os mais novos (Duarte, 2003).

As atividades avançadas de vida diária (AAVDs) correspondem a funções físicas e sociais realizadas no ambiente social mais amplo. A diminuição dessas atividades, que implicam em menos participação e envolvimento social, pode ser um indicador importante de declínio funcional, antes mesmo que as perdas em AIVDs e em ABVDs tornem-se evidentes, daí a importância de prestar atenção a elas na avaliação geriátrica global. São exemplos de AAVDs de natureza social: trabalho remunerado ou voluntário, viajar, manter passatempos e participar de grupos sociais, religiosos e políticos. O exercício dessas atividades aproxima o idoso dos papéis sociais adultos. São exemplos de AAVDs de natureza física: o artesanato em madeira e a jardinagem, o bordado, a pintura e os trabalhos manuais de modo geral. Algumas AAVDs tais como a prática de esportes em grupo são consideradas tanto sociais como físicas (Reuben, Laliberte, Hiris & Mor, 1990). Em virtude do efeito de variáveis ligadas a história de vida, ao gênero, à classe social, ao nível educacional, à cognição e à personalidade, ocorre variação muito maior em relação a elas do que em relação às ABVDs e às AIVDs.

A perda progressiva e irreversível de capacidades cognitivas que ocorre no envelhecimento cognitivo patológico impõe restrições de crescente gravidade ao funcionamento global do idoso. Qualquer que seja a condição do idoso no contínuo de funcionalidade, que percorrer uma escala da maior à menor condição de independência e autonomia, sempre são necessárias condições ambientais adequadas para que a competência no desempenho de atividades de vida diária se expresse (Lawton & Nahemow, 1973).

O idoso portador de alguma incapacidade física pode ser beneficiado por um ambiente físico e social amigável, ou pode ser impedido de se comportar por causa de barreiras arquitetônicas ou sociais. Além das condições ambientais para a facilitação de comportamentos

que denotam funcionalidade física, psicológica e social, são necessárias condições motivacionais, entre as quais a eficácia percebida, que é a crença em que as próprias capacidades são suficientes para atingir uma dada finalidade (Bandura, 1997).

Na velhice, essa crença tende a ser desafiada pelo declínio real ou presumido das capacidades físicas e cognitivas, pelas restrições ambientais e pelos preconceitos sociais e dos próprios idosos. A continuidade e a eficácia do funcionamento têm muito a ganhar da mediação desempenhada por mecanismos de auto-observação, automonitoramento, autoavaliação referenciada a comparação temporal e social, e autorreforçamento. Além disso, os idosos são agentes na negociação das condições de suporte social instrumental, material, informativo e afetivo, que podem ajudá-los a funcionar e a se sentir melhor no ambiente físico e social.

Embora Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002) não tenham se valido desses conceitos sobre a influência de mecanismos de autorregulação para explicar seus dados, eles parecem perfeitamente ilustrativos dessas possibilidades. Nessa investigação, as autoavaliações feitas por 867 idosos de 65 a 99 anos sobre suas condições de saúde, seus riscos biológicos e seu envolvimento social foram comparadas com as avaliações objetivas feitas com base nos critérios de Rowe e Kahn (1998), que definem velhice bem-sucedida em termos dos critérios ausência de doenças, ausência de incapacidade e ausência de condições de risco.

Na pesquisa de Strawbridge e colaboradores, ausência de doenças levou em conta moléstias cardíacas, derrame, bronquite, diabetes, câncer e enfisema ou asma. Ausência de incapacidade foi definida como independência total para o desempenho das seis atividades básicas de vida diária (banho/toaleta, transferência, vestir-se, locomover-se numa sala, alimentar-se e controle de esfínteres). Ausência de fatores de risco levou em conta tabagismo, alcoolismo, hipertensão e obesidade. Manutenção de funcionamento físico e mental incluiu as capacidades de caminhar ¼ de milha, de subir um lance de sacadas sem pausar, de levantar-se sem sentir tontura, de recordar sem dificuldade, de lembrar onde colocou as coisas e de encontrar as palavras certas enquanto fala. Envolvimento ativo foi indicado por ter contato com três ou mais amigos próximos ou parentes pelo menos uma vez por mês e ser produtivo, cumprindo uma das seguintes tarefas: trabalho remunerado, cuidar de neto ou bisneto, trabalho voluntário ativo, limpar a casa. As 15

medidas subjetivas foram: sentir-se envelhecendo bem ou com sucesso; características da melhor x da pior velhice possível; felicidade nos últimos 7 dias; senso de auto-realização na vida como um todo; energia em comparação com outros idosos; desfrute do tempo livre; depressão; saúde mental ou emocional; sentir-se amado; satisfação com as relações sociais; satisfação no casamento; otimismo; controle percebido; equilíbrio entre afetos positivos e negativos e hostilidade.

Os resultados do estudo supracitado mostraram que 50% dos idosos avaliaram-se como bem-sucedidos, enquanto que pelos critérios objetivos de Rowe e Khan, somente 18,8% haviam atingido esse critério. Dentre estes, 36,8% consideraram que não estavam envelhecendo bem. Entre os que não estavam envelhecendo bem pelos critérios de Rowe e Kahn, 47,3% relataram que eram idosos bem-sucedidos em termos de ausência de doenças, riscos e falta de envolvimento social. As mulheres, os idosos mais jovens, os que não tinham problemas financeiros, os brancos e os mais educados foram os que se avaliaram de forma mais positiva. Condições de saúde deficientes associaram-se com bem-estar subjetivo mais baixo. A maior discrepância entre as avaliações ocorreu na relação entre número de doenças (avaliação objetiva) e manutenção da funcionalidade física e mental (avaliação subjetiva). As autoavaliações foram mais preditivas de bem-estar subjetivo do que as medidas objetivas, exceto para os idosos com depressão.

As atividades avançadas de vida diária (AAVDs) excedem o funcionamento independente do indivíduo em casa e na vizinhança e incluem ações ligadas à vontade e à motivação para executar ações ligadas a papéis sociais, à produtividade e ao envolvimento social. São atividades relacionadas à participação social (como frequentar igrejas, grupos de estudo ou lazer, associações, fazer atividade física), a relacionamentos sociais e com familiares (por exemplo, cuidar de netos, ou de outro adulto, receber e fazer visitas), à realização de trabalho voluntário ou remunerado, a atividades ligadas ao lazer de modo geral (ir a passeios, ao cinema, a festas, ao teatro, assistir TV) e a habilidades específicas (por exemplo, artesanato e jardinagem) (Reuben et al., 1990). A presença desse tipo de atividade no envelhecimento é indicativa de maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental (Aykawa & Neri, 2005), além de representar um dos critérios que definem o envelhecimento bem-sucedido, de acordo com Rowe e Kahn

(1998). Dificuldades em participar dessas atividades podem até não indicar perda funcional atual, mas significam risco para importantes perdas futuras (Hedrick, 1995; Neri, 2009, no prelo; Reuben, Wieland & Rubenstein, 1993).

O ponto de vista central aos dois estudos planejados para esta tese de doutorado é que o uso, o monitoramento e a avaliação de estratégias de enfrentamento de eventos estressantes, assim como os apoios sociais de que os idosos dispõem ou percebem que dispõem, podem contribuir para a continuidade de seu funcionamento ou para os seus esforços de recuperação da funcionalidade física e psicossocial, mesmo sob condições de fragilidade biológica e de vulnerabilidade social. Ou seja, acredita-se que, mesmo na presença de fragilidade biológica e de vulnerabilidade social os idosos podem funcionar bem no ambiente social, desde que tenham condições de enfrentamento de estressores de natureza biológica, psicológica e social de alta probabilidade de ocorrência na velhice, e desde que disponham de recursos sociais suficientes para garantir seu bem-estar e sua funcionalidade. Acredita-se também que essa funcionalidade reflete ajustes em expectativas e em autocrenças sobre as próprias capacidades, assim como no ritmo, na intensidade e na topografia das respostas envolvidas nas tarefas.

Dito de outra forma, esses mecanismos psicológicos e sociais têm potencial protetor, podendo contribuir para a qualidade de vida dos idosos, mesmo na presença de condições de risco biológico e psicossocial. Esse ponto de vista é compatível com as proposições da teoria de desenvolvimento ao longo da vida (teoria *life span* em Psicologia) sistematizadas por Baltes (1987, 1997) e que vêm sendo confirmadas pela literatura empírica. O autor usa a expressão “paradoxo da velhice bem-sucedida” para referir-se à discrepância frequentemente observada entre as condições de saúde e a funcionalidade e o bem-estar subjetivo dos idosos na vida real (Baltes & Smith, 2003).

Paul B. Baltes e Margret M. Baltes (1990) definem velhice bem-sucedida como fenômeno dependente do equilíbrio entre a compensação das perdas associadas ao envelhecimento e da otimização das potencialidades individuais por meio de ações educativas, médicas, sociais ou arquitetônicas iniciadas por outrem e por meio de ações iniciadas pelo próprio indivíduo. Acreditam que uma velhice bem-sucedida não se restringe às circunstâncias dessa fase, mas é

produto da interação de influências genético-biológicas e sócio-culturais ao longo de toda a vida. Na velhice, processos de seleção, otimização e compensação, bem como os recursos do *self* em interação com o apoio social disponível, podem promover a resiliência, a manutenção e até o aumento da funcionalidade em domínios selecionados, mesmo na presença de perdas e de declínio. Segundo Baltes e Carstensen (1996), envelhecer com sucesso é fazer o melhor possível com os recursos físicos, sociais e psicológicos disponíveis.

O estudo da prevalência, dos perfis e das condições de risco para fragilidade biológica não se completa sem considerar que condições psicológicas e sociais podem interferir nas relações entre as condições objetivas de saúde e de interação social e a funcionalidade dos idosos. Além de ter forte apelo intuitivo, essa noção encontra respaldo crescente na literatura gerontológica referenciada a dados obtidos em vários países. Ou seja, pesquisar sobre esse tema no contexto de um estudo populacional sobre fragilidade e variáveis associadas, em idosos brasileiros, pode oferecer contribuições teóricas e empíricas interessantes à Psicologia do Envelhecimento e à Geriatria.

As contribuições teóricas podem fortalecer o pensamento psicológico brasileiro sobre a velhice e podem beneficiar a acumulação de conhecimentos na teoria social-cognitiva do desenvolvimento proposta por Bandura, em especial no que tange aos mecanismos de autorregulação do *self* na velhice (Bandura, 1986, 1997). As contribuições empíricas poderão beneficiar o campo da atenção à saúde do idoso, feita não só por psicólogos, como também por profissionais de áreas afins. Novos e melhores instrumentos diagnósticos poderão ser derivados dos dados produzidos por estas pesquisas. Novas formas de intervenção sobre os mecanismos de autorregulação dos idosos e sobre as relações familiares que incluem membros envelhecidos poderão derivar dos mesmos dados.

CAPÍTULO 2

DOIS ESTUDOS SOBRE CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL, RECURSOS SOCIAIS E PSICOLÓGICOS E FUNCIONALIDADE NO CONTEXTO DO “FIBRA - ESTUDO SOBRE FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS

O objetivo deste capítulo é descrever as duas pesquisas integrantes da presente tese de doutorado e uma investigação maior da qual elas fazem parte. Esta diz respeito ao “Estudo da fragilidade em idosos brasileiros”, de caráter multicêntrico, multidisciplinar e populacional sobre condições de saúde e bem-estar em pessoas com 65 anos e mais, conduzido pela Rede FIBRA, integrada por pesquisadores de várias universidades brasileiras. FIBRA é o acrônimo de fragilidade em idosos brasileiros e foi adotado para identificar a pesquisa.

O Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) apoiou a projeto da Rede FIBRA, mediante verbas específicas para cada um de seus quatro polos (Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual do Rio de Janeiro). O projeto da Unicamp recebeu o No. 555082/2006-7. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas mediante o parecer 208/2007 e tem número CAAE 0151.1.146.000-07 (Anexo A).

Em primeiro lugar serão apresentadas informações sobre os objetivos, a definição operacional da sua variável principal, as justificativas, as características gerais da amostra, os critérios de inclusão e exclusão, as variáveis investigadas, os procedimentos de recrutamento e de coleta de dados e os procedimentos de análise de dados do Estudo FIBRA como um todo, ou seja, assumidos pelos quatro polos da Rede. Em segundo lugar será apresentada a metodologia adotada nas duas investigações que compõem esta tese. Elas foram realizadas em Campinas (SP) e em Parnaíba (PI), integrantes do polo Unicamp.

Estudo FIBRA: objetivos, definição do termo principal, justificativas e visão geral da metodologia

Objetivos

A Rede FIBRA definiu dois objetivos gerais para a investigação sobre condições de saúde e bem-estar em idosos brasileiros:

1) Estabelecer a prevalência, identificar fatores de risco e derivar perfis de fragilidade, considerando-se variáveis sociodemográficas, de saúde, cognição, capacidade funcional e psicológicas em idosos residentes em cidades e regiões brasileiras caracterizadas por diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDHs).

2) Derivar indicadores de validade de medidas diagnósticas de fragilidade para uso na atenção primária em saúde na velhice.

Definição de fragilidade adotada pelo FIBRA

O FIBRA adotou a definição de fragilidade que Linda M. Fried e colaboradores operacionalizaram a partir de dois estudos populacionais prospectivos, o *Cardiovascular Health Study* e o *Women's Health and Aging Studies* (Fried et al., 2001; Fried & Walston, 2003). São cinco os elementos da definição operacional da síndrome ou do fenótipo de fragilidade: 1) perda de peso não intencional igual ou superior a 4,5 kg ou a 5% do peso corporal no ano anterior); 2) fadiga avaliada por autorrelato evocado por duas questões de uma escala para rastreio de depressão (Batistoni et al., 2007; Radloff, 1977), sendo considerada manifestação de fadiga a afirmação que em três dias ou mais da semana o idoso sentiu que precisou fazer muito esforço para dar conta das tarefas ou que não conseguiu levar avante as suas tarefas habituais; 3) baixa força de prensão medida com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante, ajustada por sexo e por índice de massa corporal (IMC) (Rauen, Moreira, Calvo & Lobo, 2008); 4) baixo nível

de dispêndio de energia medido em kilocalorias e ajustado ao sexo, avaliado a partir de autorrelato de exercícios físicos e trabalhos domésticos desempenhados nos últimos sete dias, com base no *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire* (Ainsworth et al., 2000; Lustosa, Pereira, Dias, Britto & Pereira, no prelo; Taylor et al., 1978); 5) baixa velocidade da marcha indicada pelo tempo médio gasto para percorrer três vezes a distância de 4,6 m, com ajustes segundo sexo e altura (Guralnik et al., 1994; Nakano, 2007). Para os três últimos critérios, pontuam para fragilidade os indivíduos que obtêm resultados localizados entre os 20% mais baixos da amostra.

Segundo os mesmos autores, a presença de três ou mais das cinco características do fenótipo significam fragilidade e uma ou duas significam pré-fragilidade. No *Cardiovascular Health Study* (Fried et al., 2001), 6,3% dos idosos eram frágeis, 45,3% eram pré-frágeis e 48,3% não pontuaram para nenhum dos critérios de fragilidade. A prevalência da fragilidade foi maior nas idades mais avançadas: 32% no grupo de 90 anos ou mais versus 2,5% entre os de 65 e 70 anos. Dos idosos classificados como frágeis 59% foram hospitalizados em três anos, contra 33% dos não-frágeis; 28% dos frágeis e 15% dos não-frágeis sofreram quedas; 39% dos frágeis e 8% dos não-frágeis apresentaram piora nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e 18% dos frágeis morreram, contra 3% dos não-frágeis. As diferenças entre os três grupos permaneceram estatisticamente significativas após sete anos. Em virtude desses resultados o modelo de fragilidade baseado nos cinco indicadores relatados é apontado como útil para prever os desfechos quedas, hospitalização e morte em populações de idosos.

Justificativas

A principal justificativa social para a realização desse estudo populacional pioneiro sobre fragilidade em idosos brasileiros prende-se à possibilidade de usar os dados resultantes para orientar políticas em relação aos vários níveis de atenção à saúde do idoso. Em segundo lugar, os dados do FIBRA poderão ajudar os sistemas públicos de saúde federal, estaduais e municipais a eleger prioridades. Esse é um foco de forte relevância social, dadas as crescentes demandas da

população idosa brasileira, num contexto de fortes carências que se somam às dos segmentos mais jovens.

O FIBRA tem relevância metodológica pelo seu potencial para a geração e para a validação de instrumentos diagnósticos que poderão servir para orientar a prevenção e a reabilitação nos vários domínios da saúde e da qualidade de vida dos idosos, principalmente dos que vivem sob condições de fragilidade biológica em combinação com vulnerabilidade social.

Essas contribuições metodológicas não são independentes das contribuições teóricas que os estudos derivados do FIBRA poderão gerar, ao aumentar o conhecimento hoje disponível sobre o peso relativo de variáveis biológicas, psicológicas, sociais e econômicas sobre os vários desfechos clínicos e comportamentais possíveis na velhice. Esses desfechos são representativos da forte variabilidade existente entre idosos e entre experiências de envelhecimento.

Características gerais da amostra do FIBRA e da amostra do polo Unicamp

Os idosos que participaram do FIBRA foram homens e mulheres com 65 anos e mais, recrutados em seu domicílio, em setores censitários urbanos sorteados ao acaso dentre os existentes em cada uma das seguintes 17 cidades brasileiras: Belém, Parnaíba, Campina Grande, Fortaleza, Santa Cruz, Recife, Aracaju, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Campinas, São Paulo (Distrito de Ermelino Matarazzo e bairro Butantã), Barueri, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro (Zona Norte) e Ivoti. Como já explanado, essas cidades foram nucleadas por quatro instituições universitárias: a Universidade Estadual de Campinas, a Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. O critério utilizado pela Rede FIBRA para comparar os dados das 17 cidades é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de cada uma delas (IDH-M) ².

² O IDH é um indicador geral e sintético de desenvolvimento humano criado pelo economista paquistanês Mah bub ul Haq (1934-1998), com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de economia em 1998. É usado anualmente pela Organização das Nações Unidas para classificar os países em termos de

O tamanho mínimo da amostra estimada para as cidades com mais de 1 milhão de habitantes foi de 601 idosos, para um erro amostral de 4%. Para as cidades com menos de 1 milhão de habitantes, a estimativa foi de 385 idosos, para um erro amostral de 5%. Para o estabelecimento desses valores foi estimado o tamanho amostral necessário para se ter uma proporção de 50% de ocorrência de uma determinada característica da população idosa (valor em que o tamanho amostral obtido é o máximo possível para $p=0.50$ e $q=0.50$). A fórmula utilizada foi: $n = \{z^2 \times [p \times q / (d)^2]\}$. O município de Ivoti foi exceção a essa regra, uma vez que sua população urbana de idosos somava 646 indivíduos. Nesse caso, o cálculo amostral utilizado foi o de estimativa de uma proporção numa população finita, com alfa fixado em 5%, erro amostral de 5% e estimativa de 50% para a distribuição da variável em estudo. Dessa forma, a amostra foi estimada em 235 idosos (Fonseca & Martins, 1994). Assim, decidiu-se recrutar 900 idosos em Campinas e em Belém, 235 em Ivoti e 600 em cada uma das outras cinco localidades, à razão de 10 idosos por setor censitário em cada uma delas.

Para iniciar a seleção aleatória dos setores censitários de cada cidade, foi sorteado um número entre 1 e 1000, o qual correspondeu ao primeiro setor sorteado. A esse número foi somado um número constante, correspondente ao intervalo entre um setor e o seguinte selecionado da listagem dos números dos setores censitários fornecida pelo IBGE, e assim sucessivamente, até se chegar ao total de setores censitários desejados. O intervalo correspondeu à quantidade de setores existentes dividido pelo número de pontos desejados em cada cidade. O uso de um intervalo fixo garante a proporcionalidade, contemplando todas as regiões da cidade, mesmo quando não se tem uma divisão prévia, por exemplo, por critério administrativo ou sanitário.

seu nível de desenvolvimento humano, numa escala que varia de 0 a 1. É publicado em dezenas de idiomas em mais de cem países. Leva em conta o Produto Interno Bruto do país, corrigido pelo poder de compra da moeda local; a longevidade indicada pela esperança de vida ao nascer, e a educação, indicada pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. O IDH-M leva em conta os mesmos critérios usados para calcular o IDH de países, mas os indicadores foram adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores. Para avaliar educação, o IDH-M considera dois indicadores: a taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (com peso dois) e a taxa bruta de frequência à escola (com peso um). Para avaliar longevidade o indicador é esperança de vida ao nascer. Para avaliar renda, o critério é a renda média de cada residente no município, ou renda municipal per capita. A fonte de dados para todos os indicadores é o questionário expandido dos Censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Brasil, 2008).

Em caso de absoluta impossibilidade de realizar o recrutamento num dado setor censitário, em virtude de condições geográficas ou sociais adversas, a estratégia de amostragem permitia a substituição pelo setor subsequente da lista de setores enumerados pelo IBGE. Porém, essa estratégia foi planejada para ser utilizada apenas excepcionalmente.

Na Tabela 1, são apresentados dados sobre as sete cidades que compõem o polo Unicamp e na Tabela 2, os dados sobre a população de idosos urbanos das mesmas localidades. Na Tabela 3, são apresentadas as cotas esperadas por sexo e por idade, para cada localidade do polo Unicamp.

Tabela 1. Caracterização das cidades e do distrito integradas à Rede FIBRA – polo Unicamp, com relação ao IDH-M, segundo o PNUD/2000, e com relação à população e aos setores censitários, conforme dados do IBGE/2000. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.

| Cidades e Distrito | IDH-M* | População | Total de setores censitários | Total de setores censitários urbanos | Setores censitários sorteados |
|-----------------------------------|---------------|------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Belém, PA | 0, 797 | 1.272.354 | 1196 | 1178 | 90 |
| Parnaíba, PI | 0, 674 | 124.988 | 114 | 104 | 60 |
| Campina Grande, PB | 0, 721 | 337.484 | 362 | 334 | 60 |
| Poços de Caldas, MG | 0, 841 | 130.826 | 158 | 151 | 60 |
| Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP | 0, 730 | 106.838 | 144 | 144 | 60 |
| Campinas, SP | 0, 852 | 1.039.297** | 1204 | 835 | 90 |
| Ivoti, RS | 0,851 | 13.785 | 29 | 23 | 23 |

*Fonte: PNUD (2008).

** Estimativa (IBGE, 2007).

As amostras obtidas nas sete localidades do polo Unicamp totalizaram 3.537 idosos, sendo 900 em Campinas, 779 em Belém, 484 em Parnaíba, 403 em Campina Grande, 390 em Poços de Caldas, 384 em Ermelino Matarazzo e 197 em Ivoti.

Tabela 2. População idosa residente na zona urbana das cidades do polo Unicamp segundo dados do IBGE/2000. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.

| Município e Distrito | Grupos de idade (em anos) | Total | Homens | Mulheres |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------|---------|----------|
| Belém - PA | Total | 1.272.354 | 604.015 | 668.339 |
| | 65 a 69 | 21.505 | 8.835 | 12.670 |
| | 70 a 74 | 16.271 | 6.416 | 9.855 |
| | 75 a 79 | 10.255 | 4.009 | 6.246 |
| | 80 e + | 11.684 | 3.625 | 8.059 |
| Parnaíba - PI | Total | 124.988 | 59.030 | 65.958 |
| | 65 a 69 | 2.777 | 1.188 | 1.589 |
| | 70 a 74 | 2.197 | 926 | 1.271 |
| | 75 a 79 | 1.448 | 619 | 829 |
| | 80 e + | 1612 | 642 | 970 |
| Campina Grande - PB | Total | 337.484 | 159.318 | 178.166 |
| | 65 a 69 | 6.734 | 2.610 | 4.124 |
| | 70 a 74 | 5.786 | 2.268 | 3.518 |
| | 75 a 79 | 4.403 | 1.871 | 2.532 |
| | 80 e + | 4955 | 1.869 | 3086 |
| Poços de Caldas - MG | Total | 130.826 | 63.641 | 67.185 |
| | 65 a 69 | 3.361 | 1.521 | 1.840 |
| | 70 a 74 | 2.579 | 1.115 | 1.464 |
| | 75 a 79 | 1.640 | 687 | 953 |
| | 80 e + | 1.670 | 635 | 1035 |
| Ivoti - RS | Total | 13.785 | 6.895 | 6.890 |
| | 65 a 69 | 250 | 114 | 136 |
| | 70 a 74 | 149 | 58 | 91 |
| | 75 a 79 | 128 | 51 | 77 |
| | 80 e + | 119 | 24 | 95 |
| Ermelino Matarazzo - São Paulo – SP | Total | 106.838 | 51.912 | 54.926 |
| | 65 a 69 | 1.870 | 790 | 1.080 |
| | 70 a 74 | 1.378 | 563 | 815 |
| | 75 a 79 | 825 | 317 | 508 |
| | 80 e + | 699 | 224 | 460 |
| Campinas - SP | Total* | 1.073.021 | 519.699 | 553.322 |
| | 65 a 69 | 22.990 | 10.224 | 12.766 |
| | 70 a 74 | 17.877 | 7.494 | 10.383 |
| | 75 a 79 | 11.305 | 4.470 | 6.835 |
| | 80 e + | 11.196 | 3.977 | 7.219 |

*População estimada em 2007 (IBGE, 2007)

Tabela 3. Cotas esperadas de homens e mulheres, segmentados por idade, nas localidades integrantes do polo Unicamp, segundo dados do IBGE/2000. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.

| Cidades e Distrito | Grupos de idade (em anos) | Homens | Mulheres | Total |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|-----------------|--------------|
| Belém, PA | 65-69 | 131 (40,4%) | 193 (59,5%) | 324 (36%) |
| | 70-74 | 96 (39,1%) | 150 (60,9%) | 246 (27,3%) |
| | 75-79 | 59 (38,1%) | 96 (61,9%) | 155 (17,2%) |
| | 80 e + | 54 (30,9%) | 121 (69,1%) | 175 (19,5%) |
| | Total | 340 (37,8%) | 560 (62,2%) | 900 (100%) |
| Parnaíba, PI | 65-69 | 89 (42,8%) | 119 (57,2%) | 208 (43,6%) |
| | 70-74 | 69 (42,1%) | 95 (57,9%) | 164 (27,4%) |
| | 75-79 | 46 (42,6%) | 62 (57,4%) | 108 (18%) |
| | 80 e + | 48 (40%) | 72 (60%) | 120 (20%) |
| | Total | 252 (42%) | 348 (58%) | 600 (100%) |
| Campina Grande, PB | 65-69 | 72 (39%) | 113 (41%) | 185 (30,9%) |
| | 70-74 | 62 (25,6%) | 97 (47,4%) | 159 (26,5%) |
| | 75-79 | 51 (33,8%) | 70 (66,2%) | 121 (20,1%) |
| | 80 e + | 51 (37,7%) | 84 (62,3%) | 135 (22,5%) |
| | Total | 236 (39,3%) | 364 (60,7%) | 600 (100%) |
| Poços de Caldas, MG | 65-69 | 99 (45,2%) | 120 (54,8%) | 219 (36,5%) |
| | 70-74 | 73 (43,5%) | 95 (56,5%) | 168 (28%) |
| | 75-79 | 44 (41,5%) | 62 (58,5%) | 106 (17,7%) |
| | 80 e + | 41 (38,1%) | 66 (61,9%) | 107 (17,8%) |
| | Total | 257 (42,8%) | 343 (57,2%) | 600 (100%) |
| Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP | 65-69 | 99 (42%) | 136 (58,%) | 236 (39,3%) |
| | 70-74 | 70 (40,6%) | 102 (59,4%) | 172 (28,6%) |
| | 75-79 | 40 (38,4%) | 64 (61,6%) | 104 (17,3%) |
| | 80 e + | 29 (32,5%) | 60 (67,5%) | 89 (14,8%) |
| | Total | 238 (39,6%) | 362 (60,4%) | 600 (100%) |
| Campinas, SP | 65-69 | 145 (44,3%) | 182 (53,7%) | 327 (36,3%) |
| | 70-74 | 106 (41,8%) | 148 (58,2%) | 254 (42,2%) |
| | 75-79 | 63 (39,3%) | 97 (60,7%) | 160 (17,8%) |
| | 80 e + | 57 (35,5%) | 102 (64,5%) | 159 (17,7%) |
| | Total | 341 (38%) | 529 (62%) | 900 (100%) |
| Ivoti, RS | 65-69 | 43 (45,6%) | 50 (54,4%) | 92 (38,7%) |
| | 70-74 | 22 (38,6%) | 29 (61,4%) | 54 (23,3%) |
| | 75-79 | 19 (39,8%) | 28 (69,2%) | 46 (19,7%) |
| | 80 e + | 9 (20%) | 35 (80%) | 43 (18,3%) |
| | Total | 93 (25,2%) | 142 (74,8%) | 235 (100%) |

Critérios de inclusão e de exclusão

Por ocasião do recrutamento, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário.

Os critérios de exclusão seguiram as recomendações metodológicas de Ferrucci e colaboradores (2004). Foram os mesmos adotados pela equipe de Linda M. Fried, cuja definição operacional de fragilidade foi utilizada pelo FIBRA. Assim, foram considerados inelegíveis para a pesquisa: a) os idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e comunicação ou observados pelos recrutadores; b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; c) os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; e) os portadores de graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação; e f) os que estivessem em estágio terminal.

No início da sessão de coleta de dados, os idosos foram submetidos à avaliação de seu status cognitivo mediante um teste de rastreio, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & Mc Hugh, 1975). Os idosos que pontuaram abaixo da nota de corte para seu nível de escolaridade participaram das medidas de identificação, sociodemográficas, antropométricas, de pressão arterial, de saúde bucal e de fragilidade e, em seguida, foram dispensados. Os idosos que pontuaram acima da nota de corte no MEEM para seu nível de escolaridade, realizaram essas medidas e outras relativas a um outro conjunto de variáveis, cuja medida estava prevista pelo delineamento.

No polo Unicamp, as notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Estes pontos de corte foram baseados nos critérios de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto (2003).

Correspondem à nota de corte média obtida por esses autores para cada faixa de escolaridade, menos um desvio padrão.

A opção por tais notas de corte foi feita em face da complexidade de vários instrumentos, que aparentemente os tornava incompatíveis com as possibilidades de idosos com déficit cognitivo responderem de forma confiável. A escolha dos critérios de Brucki et al. (2003) foi determinada pelo fato de serem relativos a idosos recrutados na comunidade. A diminuição de um desvio-padrão ocorreu depois que os resultados de testes-piloto feitos em idosos analfabetos e com baixa escolaridade revelaram frequência mais alta de exclusões do que o esperado e desejado para o Estudo.

O Mini-Exame do Estado Mental consiste num questionário de 20 itens e avalia sete categorias de funções cognitivas. Sua pontuação total pode atingir 30 pontos assim distribuídos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata para 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação atrasada das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e praxia construtiva (1 ponto). Sofre influência da escolaridade (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994; Juva et al., 1997) e do meio social e econômico (Hoffman, Rocca & Bryne, 1991; Kukull, 1998). Na prática clínica, o ponto de corte 23 ou 24 é o mais comumente empregado, apresentando alta sensibilidade e especificidade para a detecção de comprometimento cognitivo e demência.

Aos idosos excluídos por ocasião do recrutamento ou da coleta de dados ou aos seus familiares, os recrutadores e entrevistadores ofereceram explicações compatíveis com o respeito à dignidade das pessoas, tais como “a pesquisa tem algumas exigências para participação”, ou, “a coleta de dados pode ser muito longa e cansativa para as suas condições” ou “para as condições do seu familiar”.

Variáveis investigadas pelo FIBRA

No delineamento do Estudo da Rede FIBRA foi estabelecido que um conjunto de variáveis fosse investigado em todas as cidades dos quatro polos, para que se cumprissem os objetivos principais da Rede. Além desse conjunto comum, cada polo teve liberdade para definir objetivos específicos para a totalidade de suas cidades e para cada uma em particular.

As variáveis investigadas pela Rede FIBRA em todas as cidades foram as seguintes:

- Identificação pessoal
- Sociodemográficas
- Status mental
- Pressão arterial
- Medidas antropométricas
- Fragilidade
- Variáveis de saúde e psicossociais
- Acesso a serviços médicos e odontológicos
- Condições funcionais da alimentação
- Capacidade funcional e expectativa de cuidado
- Depressão
- Satisfação

O polo Unicamp elegeu os seguintes temas específicos que foram investigados por seus diferentes parceiros:

- Autoavaliação de memória e rastreio cognitivo breve (Ermelino Matarazzo)
- Autorrelato sobre medicamentos consumidos para tratamento de diabetes e hipertensão (Campinas)
- Saúde bucal percebida e exame clínico bucal (Campinas),
- Medo de quedas (todas as cidades do polo Unicamp)
- Autoeficácia para quedas (Belém e Poços de Caldas)
- Afetos positivos e negativos (Campina Grande)
- Senso de ajustamento psicológico (Campina Grande)

- Percepção e autoimagem (Ermelino Matarazzo)
- Significados atribuídos à velhice bem-sucedida e a termos correlatos (todas as cidades do polo Unicamp, com exceção de Campina Grande)
- Suporte social percebido (todas as cidades do polo Unicamp),
- Experiência de eventos estressantes (Campinas, Parnaíba e Ivoti)
- Enfrentamento (Parnaíba e Ivoti)
- Percepção de eficácia do enfrentamento (Parnaíba e Ivoti).

Procedimentos de recrutamento e de coleta de dados

Em todas as cidades, o recrutamento, a oferta de informações sobre os objetivos da pesquisa, o caráter da participação e o convite para participar foram feitos aos idosos em seus respectivos domicílios. Foi dada preferência a contatos com os próprios idosos, mas em casos em que eram verificadas dificuldades motivadas por limitações cognitivas ou sensoriais, aceitava-se que familiares ou outros residentes dessem informações e que se manifestassem sobre a impossibilidade de o idoso participar.

Os recrutadores seguiram um roteiro para a apresentação pessoal, para a apresentação da pesquisa e para o convite aos idosos. Tinham formulários padronizados para preencher com dados dos idosos incluídos e excluídos, de recusas e domicílios fechados. Foram previamente treinados nos procedimentos de recrutamento, compareciam uniformizados e com crachá da Rede FIBRA e receberam remuneração por esse trabalho.

Os responsáveis pelo recrutamento receberam um manual de instruções que foi construído para o estudo e previamente testado. Além disso, tiveram treinamento de 24 horas de duração, no qual receberam informações teóricas sobre o Estudo FIBRA e sobre os procedimentos de recrutamento e de coleta de dados, de forma a conhecerem a finalidade de seu trabalho e a poderem realizá-lo de forma precisa e padronizada. Além de instruções sobre como operacionalizar o recrutamento dos idosos, as equipes de recrutamento e de coleta de dados foram instruídas sobre o uso de critérios de inclusão e de exclusão a serem adotados.

No polo Unicamp, o treinamento teve duração de 24 horas e foi oferecido por duas profissionais da equipe de coordenação do Estudo FIBRA – polo Unicamp³. Precedendo esse treinamento, todas as cidades foram visitadas pela coordenadora do polo⁴. Nessa ocasião, de comum acordo com o coordenador local, era oferecida uma palestra aberta aos idosos e a outros interessados da cidade, outra aberta à comunidade universitária e um seminário de 4 horas em que a pesquisa era apresentada à equipe local de alunos e professores.

Os recrutadores e os entrevistadores foram orientados a portar crachás contendo nome e fotografia, bem como o símbolo de identificação visual da Rede FIBRA, da universidade sede do polo e o da universidade local que patrocinava a pesquisa, quando fossem recrutar. Deveriam usar a camiseta, a bolsa, a pasta, canetas e impressos igualmente identificados com os logotipos da pesquisa e das universidades parceiras. Além de convidar os idosos, os recrutadores foram orientados a mencionar os objetivos da pesquisa, o local, a duração e o conteúdo da sessão de coleta de dados e a ressaltar o caráter voluntário da participação. No polo Unicamp, os recrutadores entregavam aos idosos visitados um folheto impresso com breve explicação sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o direito ao sigilo e a forma de devolução dos dados clínicos aos idosos (Anexo B).

Deveriam dizer que a informação global sobre os resultados de cada idoso não seria um diagnóstico, que não havia compromisso de atendimento clínico posterior à sessão de coleta de dados e que cada idoso receberia uma cartilha de saúde, ao final da sua participação. Foram instruídos a informar que os dados da amostra total seriam analisados e que os resultados correspondentes a cada cidade seriam impressos e enviados à secretaria de saúde do município, mas que nenhum idoso seria identificado nesse processo.

O recrutamento foi realizado somente em domicílios familiares⁵. Assim, não foram considerados como locais elegíveis para recrutamento casas de comércio, fábricas, oficinas, escolas, escritórios, sedes sociais, sindicatos, consultórios, clínicas, instituições de longa

³ A psicóloga e Mestre em Gerontologia Andréa Cristina Garofe Fortes-Burgos e a professora e Mestre em Educação Física Efigênia Passarelli Mantovani.

⁴ A psicóloga e professora Dra. Anita Liberalesso Neri.

⁵ Definidos como “locais estruturalmente separados e independentes, destinados a servir de habitação a uma ou mais pessoas” (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2003, p.7).

permanência, academias de ginástica, salões de beleza, centros de saúde ou grupos de ginástica e caminhada. Cada recrutador recebia um mapa de cada setor censitário que deveriam visitar e foram orientados a percorrê-lo do centro para a periferia, em caracol, em sentido horário, percorrendo primeiro as casas do lado direito da rua e depois as do lado esquerdo. A instrução foi de visitar todos os domicílios até obter a cota de idosos especificada. Quando, eventualmente, atuaram dentro da estratégia de convidar os idosos no seu local de fluxo (igrejas ou serviço educacionais e de lazer), os recrutadores receberam mapas para orientá-los na seleção dos idosos conforme seu endereço residencial. Havia uma ficha de registro na qual os recrutadores anotavam o nome, a idade, o gênero, o endereço e o telefone do idoso, assim como o nome de outra pessoa para contato, a cada idoso recrutado.

O recrutamento foi realizado em ondas sucessivas, ou seja, os recrutadores iam a campo, convidavam idosos nos setores censitários que integravam o plano de coleta de dados para a semana seguinte e agendavam sessões com os idosos que concordavam em participar. Uma vez vencida essa etapa, outro segmento da amostra era buscado, e assim sucessivamente, até todos os setores censitários serem percorridos.

O recrutamento dos idosos foi precedido de uma fase de divulgação em emissoras de rádio e TV, jornais, igrejas, clubes, associações de moradores e centros de saúde. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CEP/FCM/Unicamp) aprovou o conteúdo dessa divulgação. Ela mencionava que a Unicamp iria desenvolver uma pesquisa com o objetivo de investigar perfis de saúde e bem-estar em idosos de 65 anos e mais. Dizia que os dados seriam úteis para subsidiar políticas de saúde e para orientar a população sobre os cuidados em saúde que podem promover boa qualidade de vida na velhice (ver modelo da divulgação em Campinas no Anexo C).

Os anúncios falavam da presença de recrutadores treinados, que percorreriam os domicílios de áreas previamente sorteadas, convidando os idosos a participar de uma sessão de coleta de dados a realizar-se em local previamente estabelecido, a qual incluiria medidas de pressão arterial, peso, altura, força dos braços e das pernas, saúde física, saúde bucal, cognição e depressão, entre outras. Especificavam que a participação seria voluntária e sem custos e oferecia

o telefone do projeto na Unicamp para contato. Integrantes da equipe do projeto, padres, pastores, dirigentes de clubes e de associações de moradores, líderes comunitários e agentes comunitários de saúde foram acionados e instruídos para ajudar a fazer essa divulgação.

Em todas as cidades do polo Unicamp os dados foram coletados em sessão única realizada em locais previamente combinados com os idosos. Esses locais podiam ser ambulatórios de hospitais universitários, clínicas associadas a cursos superiores da área da saúde, unidades básicas de saúde, centros de referência de idosos, centros de convivência, clubes, associações de moradores, igrejas, escolas ou parques.

Os colaboradores que participaram da coleta de dados eram alunos de graduação e de pós-graduação e passaram por treinamento, juntamente com os recrutadores, como já mencionado. Um manual de coleta de dados foi construído e testado, com o objetivo de uniformizar e de aumentar a precisão dos procedimentos. Os instrumentos que propiciariam a coleta de dados de autorrelato foram previamente testados e adequados em todos os polos da Rede, assim como os relativos aos testes clínicos e de execução foram testados e calibrados em todas as cidades de cada polo. Os equipamentos – dinamômetros hidráulicos modelo Jamar, esfigmomanômetros digitais portáteis, balanças digitais e fitas métricas milimetradas – foram comprados todos no mesmo fornecedor e eram todos da mesma marca. Em cada polo, os cronômetros digitais foram comprados num mesmo fornecedor. Em cada cidade, as equipes foram orientadas a realizar calibrações periódicas dos equipamentos, para garantir comparabilidade entre os dados.

Análise de dados

Em cada cidade foram construídos bancos de dados eletrônicos com base nos aplicativos disponíveis no mercado. Em Campinas, o banco foi construído e digitado no SPSS versão 13.1. A análise de dados será feita com apoio no SPSS versão 13.1 e no SAS versão 8.02. Além disso, profissionais do Departamento de Matemática e Estatística da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP de Ribeirão Preto construíram um banco eletrônico *on line* para uso de toda a

Rede, o qual recebe os registros correspondentes às variáveis de interesse comum aos quatro polos.

Para o alcance do primeiro objetivo geral da Rede FIBRA, os dados de cada cidade estão sendo submetidos a análises estatísticas descritivas simples mediante contagens de frequência simples e percentuais e mediante o cálculo de medidas de posição e dispersão; a análises de correlação bivariada; a análises de variância simples e múltipla; a análises de regressão univariada e multivariada e a análises de caminhos (*path analysis*). Para a comparação das mesmas variáveis entre as cidades serão tomados como referência as variáveis sociodemográficas e os IDH-*Ms*.

Para o alcance do segundo objetivo geral da Rede FIBRA serão utilizados: o cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* para medida da consistência interna das escalas; cálculos de associação e correlação para aferir a confiabilidade interna e, onde couberem, análises fatoriais para aferir a validade de construto de medidas.

A escolha de alternativas paramétricas ou não-paramétricas para os testes estatísticos será feita com base na análise prévia da natureza das distribuições.

Relações entre condições de risco biológico e psicossocial e funcionalidade, mediadas por recursos sociais e psicológicos, no contexto dos estudos FIBRA Campinas e FIBRA Parnaíba

Como já explicitado, neste item serão apresentadas as justificativas, os objetivos, as amostras e a metodologia de coleta e de análise de dados dos dois estudos selecionados para compor a presente tese de doutorado.

Justificativas

O estudo da prevalência, dos perfis e das condições de risco para fragilidade biológica não se completa sem considerar que condições psicológicas e sociais podem interferir nas relações entre as condições objetivas de saúde e de interação social e a funcionalidade dos idosos. Além de ter forte apelo intuitivo, essa noção encontra respaldo crescente na literatura gerontológica referenciada a dados obtidos em vários países. Ou seja, pesquisar sobre esse tema no contexto de um estudo populacional sobre fragilidade e variáveis associadas, em idosos brasileiros, pode oferecer contribuições teóricas e empíricas interessantes à Psicologia do Envelhecimento e à Geriatria.

As contribuições teóricas podem fortalecer o pensamento psicológico brasileiro sobre velhice e podem beneficiar a acumulação de conhecimentos na teoria social-cognitiva do desenvolvimento proposta por Bandura, em especial no que tange aos mecanismos de auto-regulação do *self* na velhice (Bandura, 1986, 1997). As contribuições empíricas poderão beneficiar o campo da atenção à saúde do idoso, feita não só por psicólogos, como também por profissionais de áreas afins. Novos e melhores instrumentos diagnósticos poderão ser derivados dos dados produzidos por estas pesquisas. Novas formas de intervenção sobre os mecanismos de auto-regulação dos idosos e sobre as relações familiares que incluem membros envelhecidos poderão derivar dos mesmos dados.

Objetivos

1. Descrever o perfil das amostras do FIBRA Campinas e do FIBRA Parnaíba em relação a gênero, idade e renda familiar, sendo usados como indicadores de risco social; à fragilidade, à experiência de eventos estressantes e a sintomas depressivos, assumidas como condições de risco biológico e psicossocial; aos recursos sociais, indicados por suporte social percebido e por arranjos de moradia; aos recursos psicológicos, indicados por variáveis associadas ao enfrentamento de eventos estressantes, e à funcionalidade, indicada por desempenho independente de atividades de vida diária que implicam em manutenção de papéis e em envolvimento social.

2. Descrever relações bivariadas entre as variáveis fragilidade, sintomas depressivos e enfrentamento, controladas por gênero, idade, renda familiar e arranjo de moradia.
3. Na amostra de Campinas, analisar o impacto relativo das variáveis de risco biológico e psicossocial sobre a funcionalidade, mediadas por suporte social percebido em interação com os arranjos de moradia.
4. Na amostra de Parnaíba, analisar o impacto relativo das variáveis de risco biológico e psicossocial sobre a funcionalidade, mediadas por estratégias de enfrentamento e por percepção da eficácia do enfrentamento.

Materiais e métodos

Neste tópico serão descritos aspectos específicos das amostras, do recrutamento, da instrumentação, da coleta e da análise de dados nas cidades de Campinas e de Parnaíba

Amostras

Em Campinas, foram percorridos 88 dentre os 90 setores censitários sorteados ao acaso entre os setores censitários urbanos da cidade. Foram recrutados de 10 a 15 idosos em cada um. Do total de idosos recrutados, 1055 compareceram à coleta de dados e 900 compuseram a amostra. As 155 exclusões foram determinadas pelas seguintes razões: idade inferior a 65 anos e não-residência em setores censitários sorteados, excessivo número de itens não respondidos ou desistências. O número de idosos entrevistados por setor censitário variou entre 6 e 15, com média de 10 idosos por setor.

Em Parnaíba, foram percorridos 58 dos 60 setores censitários sorteados dentre o total de 104 existentes na zona urbana. Foram recrutados de 10 a 15 idosos em cada um; 487 compareceram à coleta de dados, dentre os quais três foram excluídos porque seus protocolos

estavam incompletos. O número de comparecimentos por setor censitário variou entre 7 e 11, com média de 8,3 idosos por setor.

Em Campinas, o recrutamento compreendeu duas estratégias. Uma foi a de visitação dos domicílios nos setores censitários sorteados com o objetivo de identificar e recrutar os idosos para participação na pesquisa. Sob essa estratégia de recrutamento domiciliar atuaram agentes comunitários de saúde (AGSs) e alunos de graduação dos cursos de Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e do curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Campinas. Os AGSs recrutaram 72,4% dos idosos da amostra e os alunos 10,7%. A segunda foi a de acionar agentes pastorais de cinco igrejas católicas e uma profissional de Educação Física que trabalhava no SESC (Serviço Social do Comércio), para recrutarem idosos residentes em setores censitários sorteados para a pesquisa, dentre os que frequentavam as igrejas ou os programas onde atuavam. Os agentes pastorais foram responsáveis pelo recrutamento de 10,6% da amostra e a profissional da instituição de serviços educacionais e de lazer pelo recrutamento de 6,3%.

A estratégia de solicitar ajuda aos agentes pastorais e à profissional do SESC foi decidida como forma de enfrentamento das dificuldades de recrutamento encontradas em bairros de alto e médio padrão de vida, com baixos índices de SUS - Dependência, onde predominam prédios de apartamentos, condomínios horizontais e casas isoladas que não se abriam aos recrutadores.

Os AGSs e os alunos foram remunerados pelo seu trabalho e os demais colaboradores não. A participação dos AGSs foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Campinas, assim como a dos agentes pastorais e da profissional da instituição que presta serviços educacionais e de lazer a idosos foram permitidas pelos respectivos gestores. Os alunos participaram mediante convite feito por seus professores que participavam do projeto FIBRA Campinas.

Em Parnaíba, o recrutamento dos idosos foi realizado por estudantes universitários dos cursos de Psicologia, Biologia, Biomedicina e Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Para efeito da análise de dados, os idosos de Campinas foram agrupados segundo os Distritos de Saúde e os Centros de Saúde a que pertenciam os setores censitários em que residiam. Além disso, os setores censitários em que residiam foram classificados segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e segundo o índice de SUS - Dependência característicos das regiões de abrangência dos centros de saúde que agregam os setores censitários que compuseram a amostra.

Não foi utilizado nenhum procedimento similar em Parnaíba, porque a Prefeitura não dispunha de dados compatíveis com esse objetivo.

Caracterização da amostra de Campinas

Em 2007, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas criou o Mapa de Vulnerabilidade Social do Município de Campinas que classificou as áreas de abrangência dos seus Centros de Saúde em cinco níveis de vulnerabilidade social e em níveis de SUS - Dependência; 16,3% delas foram classificadas como de grande vulnerabilidade social (Prefeitura Municipal de Campinas, 2006-2007). Esses mapas foram tomados como base para tratar os dados do FIBRA Campinas.

Nas Figuras 1, 2 e 3, aparecem as distribuições de Campinas pelos Distritos de Saúde, por grau de vulnerabilidade social indicado pelos (IVS) e por índices de SUS - Dependência das áreas abrangidas pelos Centros de Saúde aos quais se referenciavam os setores censitários percorridos. Na Figura 4, aparece a distribuição da amostra pelos Centros de Saúde.

Ocorreram pequenas discrepâncias entre o número esperado e o obtido de idosos pelos Distritos de Saúde: na região Leste eram esperados 32,5%, na Região Norte, 18,5%, na Região Noroeste, 10,3%, na Região Sul, 26,6% e na Região Sudoeste, 12,1%. Quando do tratamento do conjunto dos dados do polo Unicamp, serão feitas ponderações desses valores de forma a ajustar as sub-amostras dos setores censitários aos valores esperados em termos sociodemográficos, compensando os efeitos do delineamento (Silva, 2001).

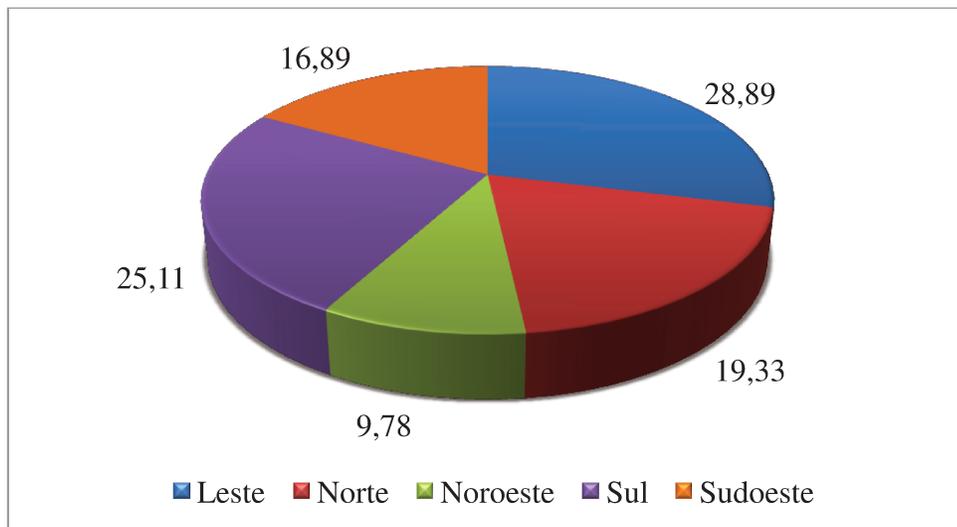


Figura 1. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme os Distritos de Saúde.

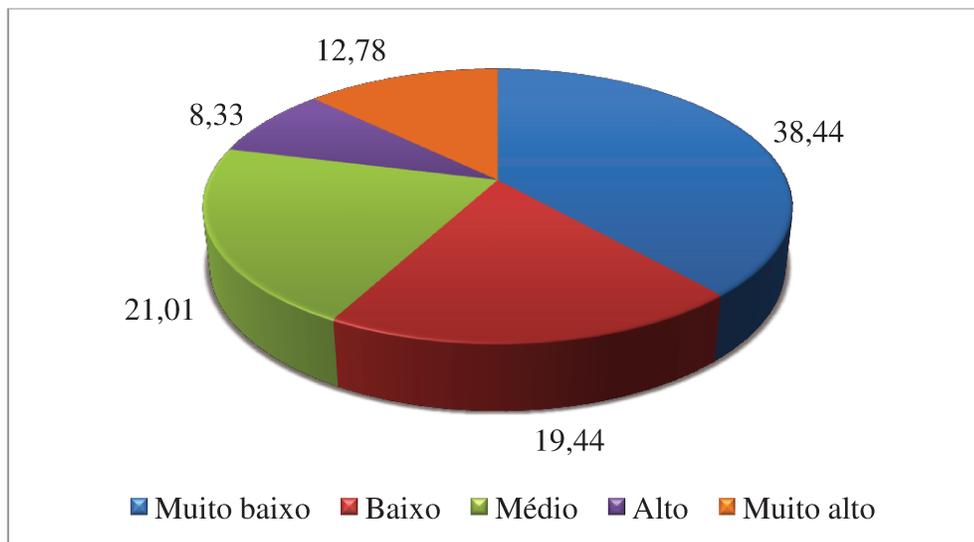


Figura 2. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme o Índice de Vulnerabilidade Social.

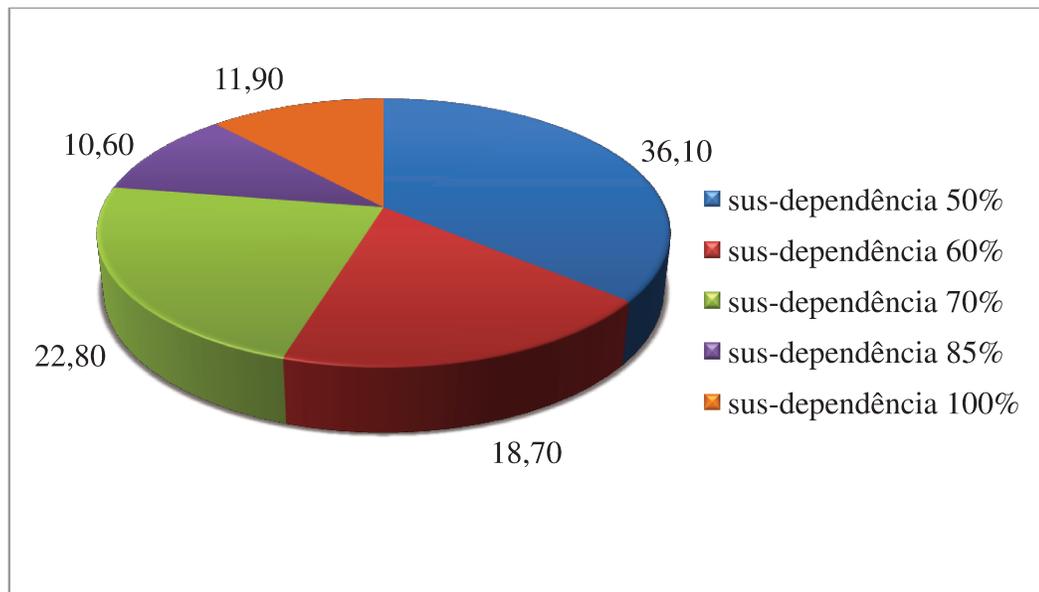


Figura 3. Distribuição percentual da amostra de Campinas, conforme o Índice de SUS - Dependência.

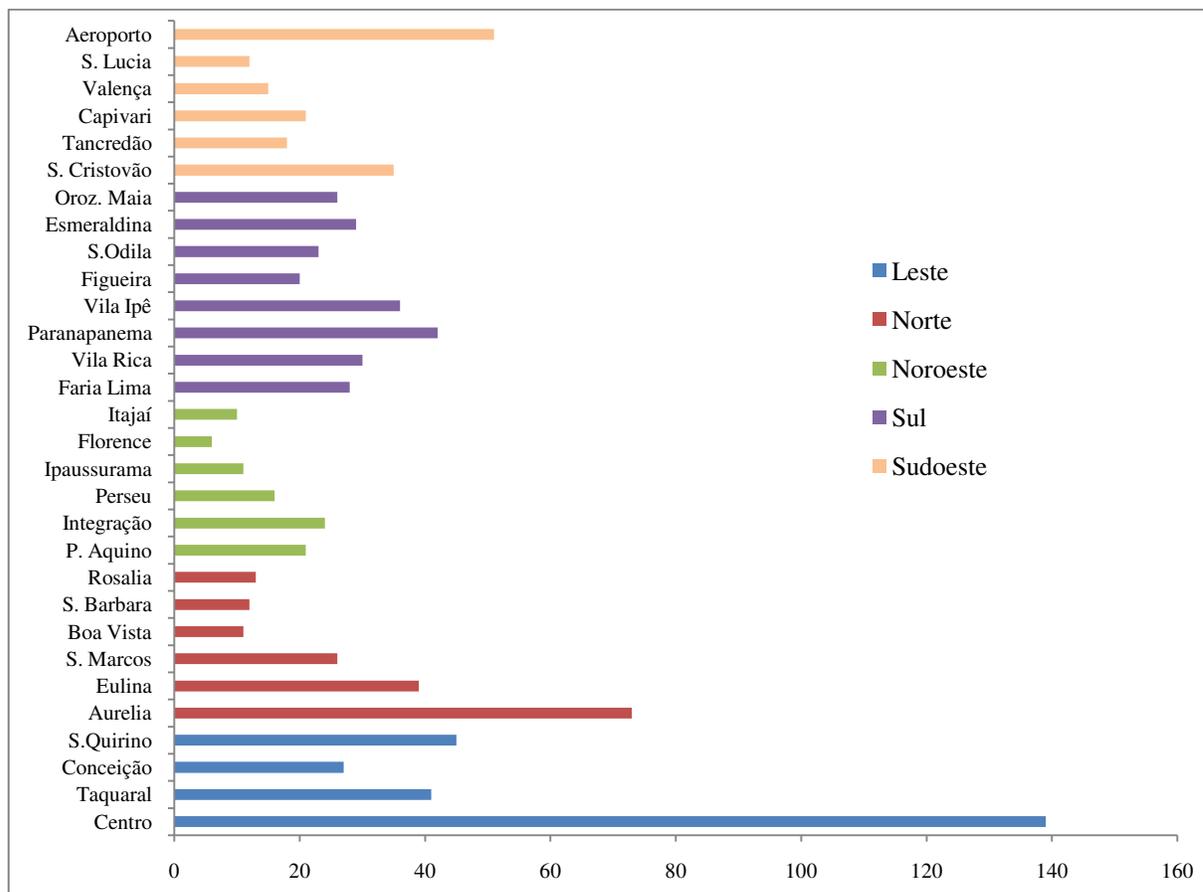


Figura 4. Número de idosos da amostra de Campinas conforme os Centros de Saúde aos quais se referenciam os setores censitários onde residem (N=900).

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentados os dados descritivos da distribuição da amostra de Campinas e de Parnaíba, segundo as variáveis sociodemográficas. Observa-se que, em Campinas, a frequência percentual de mulheres foi 7,33% superior à esperada pela distribuição natural da população. A frequência de idosos de 65 a 69 anos e de 70 a 74 foi inferior à esperada, ao passo que a de idosos de 75 anos e mais foi superior. Em Parnaíba também as mulheres excederam a cota esperada, assim como os grupos etários mais velhos.

Tabela 4. Distribuição das variáveis sociodemográficas. FIBRA Campinas, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Frequência | % |
|---|--------------------------------------|------------|-------|
| Gênero | Masculino | 276 | 30,67 |
| | Feminino | 624 | 69,33 |
| Grupos de idade (em anos) | 65-69 | 309 | 34,33 |
| | 70-74 | 286 | 31,78 |
| | 75-79 | 185 | 20,56 |
| | 80+ | 120 | 13,33 |
| Estado civil | Casados ou vivem com companheiro | 464 | 51,79 |
| | Solteiros | 53 | 5,92 |
| | Divorciados, separados, desquitados | 66 | 7,37 |
| | Viúvos | 313 | 34,93 |
| Cor ou raça | Branca | 636 | 70,90 |
| | Preta | 97 | 10,81 |
| | Mulata, cabocla, parda | 141 | 15,72 |
| | Indígena | 9 | 1,00 |
| | Amarela, oriental | 14 | 1,56 |
| Trabalho | Sim | 121 | 13,40 |
| | Não | 777 | 86,30 |
| Aposentadoria | Sim | 634 | 70,76 |
| | Não | 262 | 29,24 |
| Pensão | Sim | 277 | 32,28 |
| | Não | 581 | 67,72 |
| Escolaridade | Nunca foram à escola | 165 | 18,35 |
| | Alfabetização de adultos | 23 | 2,56 |
| | Primário | 469 | 52,17 |
| | Ginásio | 102 | 11,35 |
| | Científico, Curso Normal ou Clássico | 65 | 7,23 |
| | Superior | 75 | 8,35 |
| Propriedade da residência | Sim | 738 | 82,00 |
| | Não | 162 | 18,00 |
| Chefia familiar | Sim | 516 | 57,30 |
| | Não | 381 | 42,30 |
| Renda pessoal (em faixas de SM) | 0.0-1.0 SM | 311 | 35,91 |
| | 1.1-3.0 SM | 330 | 38,11 |
| | 3.1-5.0 SM | 145 | 16,74 |
| | 5.1-10.0 SM | 58 | 6,70 |
| | >10.0 SM | 22 | 2,54 |
| Renda familiar (em faixas de SM) | 0.0-1.0 SM | 70 | 8,94 |
| | 1.1-3.0 SM | 314 | 40,10 |
| | 3.1-5.0 SM | 207 | 26,44 |
| | 5.1-10.0 SM | 130 | 16,60 |
| | >10.0 SM | 62 | 7,92 |

Tabela 5. Distribuição das variáveis sociodemográficas. FIBRA Parnaíba, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Frequência | % |
|---|--------------------------------------|------------|-------|
| Gênero | Masculino | 173 | 35,74 |
| | Feminino | 311 | 64,26 |
| Grupos de idade (em anos) | 65-69 | 166 | 34,30 |
| | 70-74 | 125 | 25,83 |
| | 75-79 | 104 | 21,49 |
| | 80+ | 89 | 18,39 |
| Estado civil | Casados ou vivem com companheiro | 231 | 47,83 |
| | Solteiros | 39 | 8,07 |
| | Divorciados separados, desquitados | 29 | 6,00 |
| | Viúvos | 184 | 38,10 |
| Cor ou raça | Branca | 145 | 30,33 |
| | Preta | 42 | 8,79 |
| | Mulata, cabocla, parda | 284 | 59,41 |
| | Indígena | 2 | 0,42 |
| | Amarela, oriental | 5 | 1,05 |
| Trabalho | Sim | 73 | 15,10 |
| | Não | 409 | 84,50 |
| Aposentadoria | Sim | 433 | 90,02 |
| | Não | 48 | 9,98 |
| Pensão | Sim | 162 | 34,32 |
| | Não | 310 | 65,68 |
| Escolaridade | Nunca foram à escola | 164 | 34,02 |
| | Alfabetização de adultos | 17 | 3,53 |
| | Primário | 167 | 34,65 |
| | Ginásio | 64 | 13,28 |
| | Científico, Curso Normal ou Clássico | 55 | 11,41 |
| | Superior | 15 | 3,11 |
| Propriedade da residência | Sim | 395 | 81,60 |
| | Não | 89 | 18,40 |
| Chefia familiar | Sim | 379 | 78,30 |
| | Não | 104 | 21,50 |
| Renda pessoal (em faixas de SM) | 0.0-1.0 SM | 261 | 54,72 |
| | 1.1-3.0 SM | 156 | 32,70 |
| | 3.1-5.0 SM | 33 | 6,92 |
| | 5.1-10.0 SM | 15 | 3,14 |
| | >10.0 SM | 12 | 2,52 |
| Renda familiar (em faixas de SM) | 0.0-1.0 SM | 67 | 16,54 |
| | 1.1-3.0 SM | 242 | 59,75 |
| | 3.1-5.0 SM | 54 | 13,33 |
| | 5.1-10.0 SM | 24 | 5,93 |
| | >10.0 SM | 18 | 4,44 |

Os resultados das duas cidades quanto ao estado civil de seus idosos mostram uma distribuição comparável à do Censo, embora em Parnaíba exista um número um pouco menor de casados, o que pressupõe, teoricamente, menos proteção. Os números sobre trabalho são comparáveis, mas há grande diferença quanto às taxas de aposentadoria: em Parnaíba há cerca de 20% mais aposentados do que em Campinas. Esses números tornam-se mais eloquentes para sugerir condição de maior vulnerabilidade, quando observadas as faixas de rendimento pessoal e familiar nas duas cidades. Por qualquer um dos dois critérios os idosos de Parnaíba e suas famílias são mais pobres. O número expressivamente mais alto de idosos chefes de família em Parnaíba, em comparação ao de Campinas, reforça a impressão de maior vulnerabilidade social. Nas duas cidades há a mesma taxa de idosos proprietários de residência. Ou seja, na cidade do Nordeste, os idosos estão em condições de ajudar os filhos, num contexto em que possivelmente precisam do apoio dos pais idosos.

Coleta de dados

Em Campinas e em Parnaíba, assim como nas demais cidades do polo Unicamp, os idosos participaram de uma única sessão de coleta de dados, realizada em local determinado por ocasião do recrutamento. Em Campinas esses locais foram os seguintes: salões paroquiais ou templos de igrejas católicas e protestantes (24), centros de saúde (11), associações ou clubes de moradores (10), núcleos ou centros comunitários ligados a igrejas católicas (3), escolas (3), sedes de condomínios (2), área construída do Bosque São José, Centro de Referência do Idoso e Serviço Social do Comércio. Com exceção destes dois últimos locais, de quatro igrejas católicas, de um núcleo comunitário e de um condomínio que foram selecionados pela coordenação do projeto, coube aos recrutadores procurar os locais para coleta de dados e conseguir autorização para que fossem utilizados, sempre tendo em vista o critério de proximidade geográfico dos domicílios dos idosos recrutados. Em Parnaíba, metade dos dados foi coletada em salas de atendimento clínico e em salas de aula da Universidade Federal de Parnaíba. A outra metade foi coletada em recintos de três escolas privadas de segundo grau da cidade de Parnaíba. Em Campinas os idosos

locomoveram-se com recursos próprios para os locais de coleta de dados. Em Parnaíba a Universidade ofereceu transporte para os que quiseram dele fazer uso.

Os procedimentos de coleta de dados foram previamente testados, cronometrados e padronizados. Foi construído um manual de coleta de dados que foi utilizado por ocasião do treinamento das equipes e que foi por elas utilizado para orientar seu trabalho.

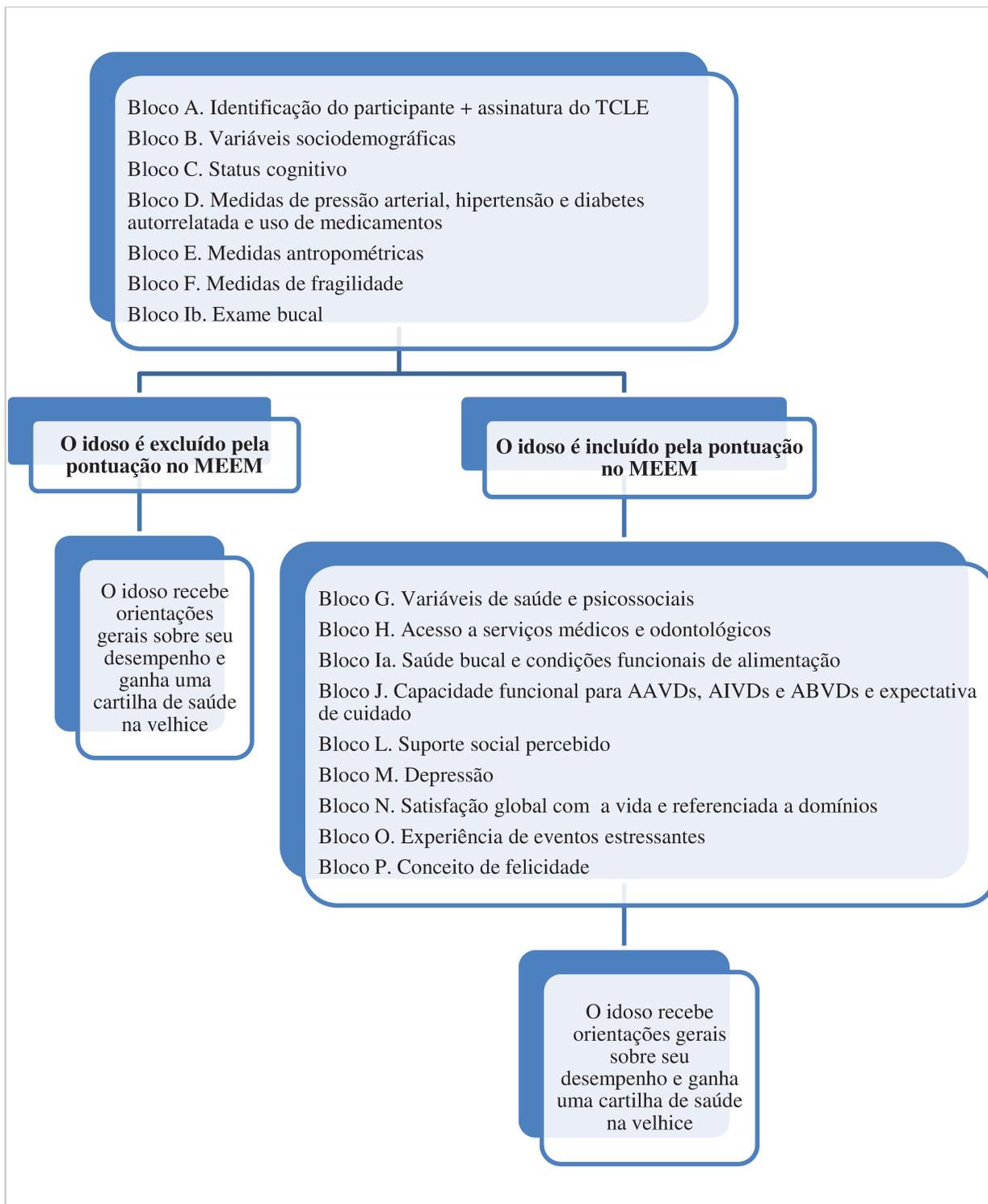
Em Campinas, as sessões de coleta de dados tiveram entre 40 e 150 minutos de duração. Em Parnaíba, a duração variou entre 30 e 130 minutos. Em ambas as cidades, as sessões de coleta foram presididas por equipes treinadas, compostas por cinco a oito pessoas. Em Campinas, os componentes das equipes de coleta de dados eram alunos e ex-alunos (fisioterapeutas, médicos, professores de educação física, nutricionista, dentistas e psicólogos) e por uma docente (psicóloga) do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Tomou parte nesse grupo, uma dentista que trabalhava na coleta de dados de seu pós-doutorado em desenvolvimento na Faculdade de Saúde Pública da USP. Participaram, igualmente, alunos de graduação dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Em Parnaíba, as equipes de coleta de dados foram compostas por alunos e professores dos cursos de Psicologia, Fisioterapia, Biomedicina e Biologia da Universidade Federal do Piauí.

As equipes de coleta de dados administravam os instrumentos num sistema que foi denominado de carrossel, porque os idosos percorriam os diferentes entrevistadores numa sequência determinada pela disponibilidade deles. Esta dependia do ritmo das entrevistas e medidas de cada grupo de idosos. Nesse sistema, de um período de cinco horas de duração, eram agendados cinco idosos na primeira hora, cinco na segunda e cinco na terceira hora, para cada grupo potencial de 15 idosos.

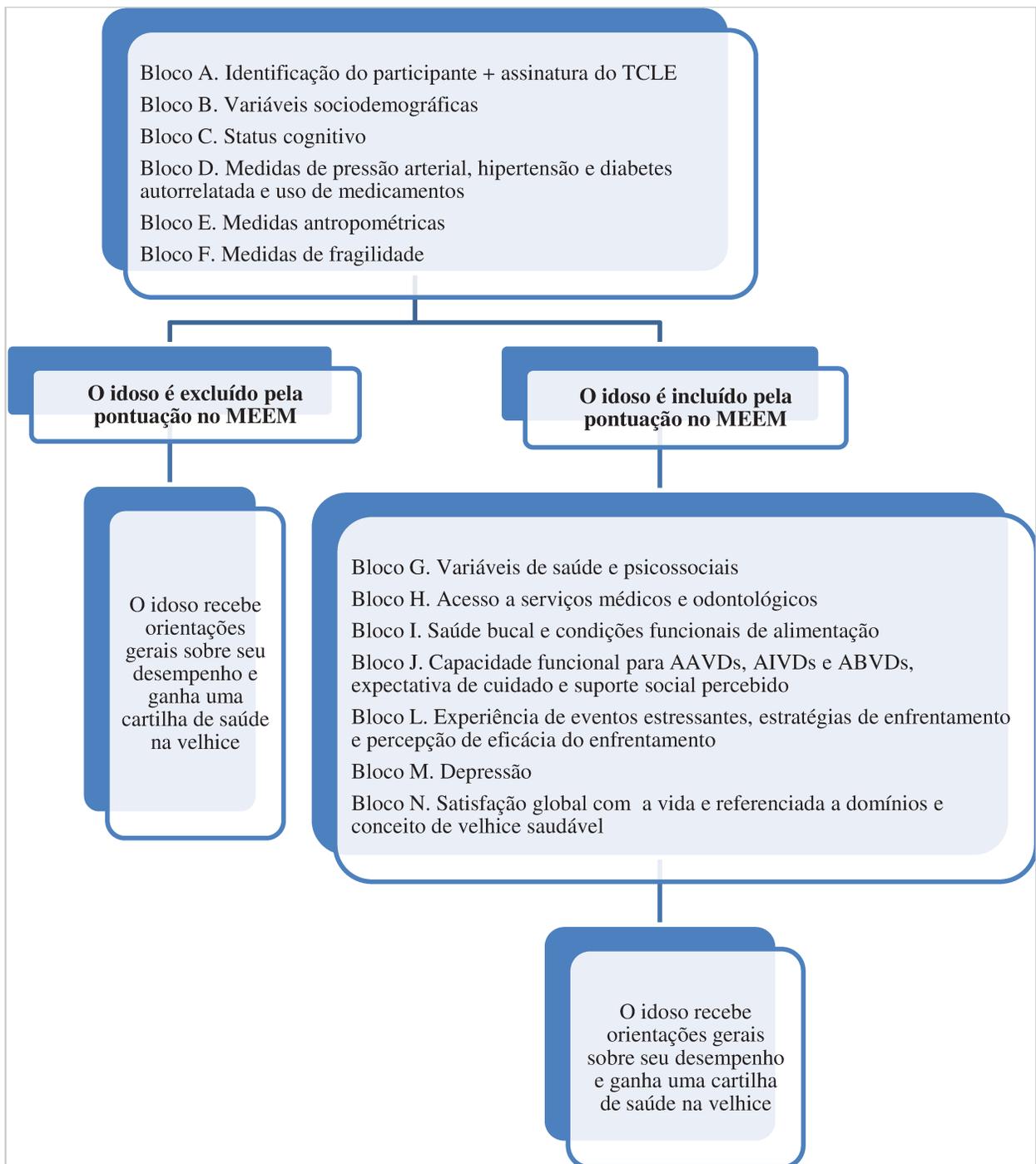
Cada idoso começava sendo informado e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). Seguiam-se os questionários de identificação e de dados sociodemográficos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), as medidas de pressão arterial, as medidas antropométricas, o exame bucal (em Campinas) e as medidas de fragilidade. Os que atingiam a nota de corte no MEEM realizavam as demais medidas, até o final do protocolo. Em

qualquer dos dois casos, ao final da sua participação, os idosos recebiam informações de caráter genérico sobre seus resultados e eram agraciados com uma cartilha de saúde (Teixeira & Guariento, 2008; Coimbra, Ricci & Costallat, 2007). Nos Quadros 1 e 2, são apresentadas as trajetórias de coleta de dados em Campinas e em Parnaíba.

Quadro 1. Fluxograma da sessão de coleta de dados FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.



Quadro 2. Fluxograma da sessão de coleta de dados FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.



Fazia parte do compromisso das equipes de coleta de dados chegar ao local com pelo menos 30 minutos de antecedência e organizar o ambiente de coleta de dados, dispondo mesas e cadeiras para os entrevistadores e os idosos se sentarem, colocando biombos ou anteparos improvisados com os recursos locais para garantir privacidade para os exames bucais e as medidas antropométricas; garantindo tranquilidade para as medidas de pressão arterial; distribuindo materiais, protocolos, fichas de registro de sessão e cartilhas. Tudo foi feito de forma a favorecer a agilidade e a precisão dos procedimentos e a proporcionar conforto aos idosos e seus eventuais acompanhantes. Eram oferecidas aos idosos e aos seus eventuais acompanhantes, cadeiras, água e bolachas, num local próximo à entrada.

Instrumentos e materiais

A seguir são detalhadas as variáveis investigadas, a natureza das medidas, os instrumentos e os equipamentos empregados pelo FIBRA Campinas e pelo FIBRA Parnaíba.

Quadro 3. Variáveis, instrumentos, materiais e equipamentos utilizados nos estudos FIBRA Campinas e FIBRA Parnaíba.

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|--------------|---|--|--|
| A | IDENTIFICAÇÃO PESSOAL Nome, endereço, telefone e tipo de domicílio | 6 itens de resposta estruturada pelo idoso | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| B | SOCIODEMOGRÁFICAS Idade, data de nascimento, gênero, raça, ocupação, trabalho, aposentadoria, pensão, alfabetização, escolaridade, número de filhos, arranjo de moradia, propriedade da residência, chefia familiar, renda mensal individual, renda mensal familiar, suficiência do dinheiro mensal para a sobrevivência | 26 itens dicotômicos ou de resposta estruturada pelo idoso | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| C | STATUS MENTAL 20 itens dicotômicos ou de resposta estruturada pelo idoso | Mini-Exame do Estado Mental (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003) | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| D | PRESSÃO ARTERIAL | 3 medidas de PAS e PAD em posição sentada e ortostática, conforme protocolos clássicos | Aparelho Omron HEM 705 CP IT |
| | * Hipertensão autorrelatada * Tratamento para hipertensão (autorrelato) | 2 itens sobre hipertensão e tratamento de hipertensão; 1 item de resposta estruturada pelo idoso sobre horários de medicação e 1 sobre tipos de medicamentos consumidos para hipertensão | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| | * Diabetes autorrelatada * Tratamento para diabetes (autorrelato) | 2 itens dicotômicos sobre diabetes | |
| E | ANTROPOMÉTRICAS Peso, altura, IMC, circunferência de cintura e de quadril | Antropometria conforme protocolos clássicos | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|-------|---|--|---|
| F | FRAGILIDADE 1) Perda de peso não intencional, conforme autorrelato | Um item dicotômico e um item de resposta estruturada pelo idoso | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| | 2) Fadiga avaliada por autorrelato | Itens 7 e 20 da CES-D (Radloff, 1977; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007), com 4 pontos cada | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| | 3) Força de preensão manual | Medida de execução com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante. Três tentativas | Dinamômetro manual hidráulico JAMAR Modelo J00105, marca Lafayette Instruments Inc. + formulário impresso |
| | 4) Nível de atividade física avaliado por autorrelato : tipos de atividades praticadas nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses; quantos meses no ano, quantos dias na semana e quanto tempo por dia. | Minnesota Leisure Activity Questionnaire (H. L. Taylor et al., 1978; B. E. Ainsworth et al., 2000; Lustosa et al., no prelo) adaptado para esta pesquisa – 37 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso | Formulário impresso para registro por entrevistador treinado |
| | 5) Velocidade da marcha | Medida de execução – percurso 4,6 m em linha reta, com marcação do tempo em milésimos de segundos (Guralnik et al., 1994; Nakano, 2007). Três tentativas | Cronômetro manual digital, uma faixa adesiva de 8,6 m colada à superfície, com marca aos 2 e outra aos 6,6 m + formulário de registro |
| F | Atividades de lazer passivo e de descanso avaliadas por autorrelato: tipos de atividades praticadas nas duas últimas semanas e nos últimos 12 meses; quantos meses no ano, quantos dias na semana e quanto tempo por dia. | 8 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|-------|---|---|---|
| G | SAÚDE FÍSICA 1) Número de doenças autorrelatadas que, segundo o idoso, foram diagnosticadas por médico no último ano: Doenças cardíacas, hipertensão, derrame, diabetes mellitus, câncer, artrite ou reumatismo, bronquite ou enfisema, depressão e osteoporose. | 9 itens dicotômicos (Lebrão & Duarte (2003)) | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| | 2) Problemas de saúde autorrelatados no último ano: incontinência urinária e fecal, tristeza ou depressão, ganho involuntário de peso, perda de apetite, quedas, fraturas e medo de quedas, ficarem de cama no último ano, dificuldade de memória recente. | 17 itens dicotômicos ou de resposta estruturada pelo idoso | |
| | (3) Problemas de sono | 5 itens escalares do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) avaliando a qualidade do sono autorrelatada (5, 13, 22, 29 e 33) (Teixeira-Salmela et al., 2004) | |
| | 4) Uso de medicamentos nos últimos 3 meses: sim x não, número, acesso. | 7 itens dicotômicos ou de resposta estruturada pelo idoso | |
| | 5) Dificuldade auditiva autorrelatada e compensação por aparelho/s. | 2 itens dicotômicos | |
| | 6) Dificuldade visual autorrelatada e compensação por lente/s. | 2 itens dicotômicos | |
| | 7) Hábitos de vida - Tabagismo - Alcoolismo | 2 itens dicotômicos e 1 de resposta estruturada pelo idoso 3 itens escalares com 5 pontos cada (Dawson, Grant, Stinson & Zhou, 2005) | |
| | 8) Avaliação subjetiva de saúde - Global atual, comparada com outros, comparada com 1 ano atrás; - Atividade comparada com 1 ano atrás; - Autocuidado em saúde | 3 itens escalares com 3 pontos cada 1 item - 3 pontos 1 item - 3 pontos | |

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|-------|---|--|--|
| H | <p>ACESSO A SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internação hospitalar - Visita de profissional de saúde em domicílio - Número de consultas médicas e motivo de não ter ido - Tipo de serviço médico mais usado médico (público x privado x misto) - Posse de convênio particular de serviços médicos e odontológicos e seu custeio - Vacinação contra gripe (ano) e tétano (10 anos) - Tipo de serviço odontológico mais usado (público x privado x misto) - Posse de convênio particular de serviços médicos e odontológicos e seu custeio - Número de consultas odontológicas e motivo de não ter ido | 15 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso (Boult et al., 1993) | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| I | <p>SAÚDE BUCAL E CONDIÇÕES FUNCIONAIS DA ALIMENTAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorrelato sobre número de dentes, uso e condições de uso de dentadura, dor de dente, ferida na cavidade oral e auto-avaliação da saúde bucal. | 5 itens dicotômicos, 1 de resposta estruturada pelo idoso e 1 escalar (4 pontos) | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| | - Autorrelato sobre paladar, mastigação, deglutição e dor de dentes | 9 itens dicotômicos (Bellini, 2006) | |
| | ** - Autorrelato avaliativo sobre saúde oral percebida | 7 itens dicotômicos e um escalar, a partir do GOHAI (Atchinson & Dolan, 1990) | |
| | ** - Exame clínico (mucosa oral, gengivas, placa dental, número de dentes perdidos, cariados e obturados, condições das próteses) | Conforme protocolos clássicos | Lâmpada, espelho, espátulas, depressor de língua, algodão, gase, luvas, cotonetes, toalhas de papel, material antisséptico |

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|-------|---|--|---|
| J | INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA AAVDs, AIVDs E ABVDs - 13 itens para AAVDs com respostas nunca fiz, parei de fazer e ainda faço (visitar e receber visita; ir à igreja, a reuniões sociais e a eventos culturais; guiar automóvel; fazer viagens de 1 dia ou longas; trabalho voluntário e remunerado, participar de diretorias, universidades da terceira idade e grupos de convivência. | Construídos a partir de M. M. Baltes et al., 1993, Reuben et al., 1990, Strawbridge et al., 2002; Souza, Magalhães e Teixeira-Salmela, 2006. | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| | - 7 itens para AIVDs com três possibilidades de respostas de autorrelato sobre ajuda necessária para: telefonar, usar transportes, compras, cozinhar, serviços domésticos, uso de medicação, manejo de dinheiro – nenhuma, parcial ou total. | Lawton e Brody, 1969, Brito, Nunes e Yuaso, 2007 | |
| | - 6 itens para ABVDs com três possibilidades de respostas de autorrelato sobre ajuda necessária para: banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfíncteriano e alimentação – nenhuma, parcial ou total. | Katz et al., 1963; Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro e Buckman, 2008 | |
| | EXPECTATIVA DE CUIDADO (acreditar que tem quem possa ajudar caso precise, e quem seria essa pessoa - cônjuge, descendência, cônjuge e descendentes, outros parentes, amigos ou pessoas de fora da família) | 7 itens dicotômicos (Lebrão & Duarte, 2003) | |
| L | SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO (instrumental, informativo e afetivo) | 5 itens escalares (4 pontos) - Interpersonal Support Evaluation List – ISEL (Cohen et al., 1985; Martire, Schulz, Mittelmark & Newson, 1999) | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| M | DEPRESSÃO | Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15 (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999) | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |

| BLOCO | VARIÁVEIS DE INTERESSE | INSTRUMENTOS | MATERIAIS |
|-------|--|--|---|
| N | SATISFAÇÃO COM A VIDA - Satisfação global hoje | 1 item escalar com 3 pontos | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| | - Satisfação global hoje em comparação com outros da mesma idade | 1 item escalar com 3 pontos | |
| | - Satisfação referenciada aos domínios memória, solução de problemas, amizades e relações familiares, ambiente construído, acesso a serviços de saúde e transportes. | 6 itens escalares com 3 pontos cada (A. L. Neri, 2001; Strawbridge et al., 2002; Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999; Ware & Sherbourne, 1992) | |
| O | EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES | 40 itens com resposta dicotômica e escalar (5 pontos) + um item de resposta estruturada pelo idoso, sendo 32 itens traduzidos e adaptados do <i>The Elders Life Stress Inventory</i> – ELSI (Aldwin, 1990) (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008), acrescidos de 8 itens construídos para o FIBRA - Unicamp, segundo a realidade brasileira | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |
| | **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO | 19 itens escalares (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996; Fortes-Burgos et al., 2008) | |
| | **PERCEPÇÃO DE EFICÁCIA DO ENFRENTAMENTO | 1 item dicotômico relacionado à eficácia das estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o evento estressante | |
| P | *CONCEITO DE FELICIDADE | 1 item de resposta estruturada pelo idoso | Formulário de registro para uso de entrevistador treinado |

*Medidas não realizadas em Parnaíba.

**Medidas realizadas somente em Parnaíba.

Os questionários, escalas, inventários e medidas de desempenho utilizados em Campinas e Parnaíba aparecem na íntegra no Anexo E. Os procedimentos para sua aplicação foram padronizados e transpostos para um manual. Por ocasião do término de cada sessão de coleta de dados, o coordenador da equipe conferia todos os protocolos para verificar eventuais falhas de preenchimento. Havia um campo em cada protocolo que permitia a anotação das alternativas: "completo", "retornar ao campo" ou "perdido". Em seguida, o supervisor encaminhava os protocolos para a equipe de digitação.

O supervisor da equipe de digitação inspecionava novamente o material, codificava os itens que necessitavam dessa providência e remetia o material para digitação. A digitação era feita por pessoas treinadas e acompanhadas pelo supervisor. Uma vez digitadas todas as variáveis dos protocolos de cada cidade, era feito um teste da confiabilidade da digitação. Para tanto, as amostras foram divididas em blocos de 50 casos e de cada um foram sorteados 10. À ocorrência de qualquer erro em qualquer variável, o bloco era inteiramente conferido por dois digitadores.

Análise de dados

O cálculo do nível de fragilidade levou em conta a recomendação de Fried et al. (2001) de considerar apenas os idosos que respondem aos itens de pelo menos três dos critérios. De acordo com Fried et al. (2001), os idosos podem ser classificados segundo seu nível de fragilidade, sendo considerados não-frágeis quando não pontuam para nenhum dos critérios, pré-frágeis quando pontuam em 1 ou 2 critérios e frágeis quando pontuam em 3, 4 ou 5 critérios.

A presença de sintomas depressivos foi avaliada por meio da escala GDS, desenvolvida especificamente para aplicação na população idosa. De acordo com estudos de validação o ponto de corte para presença de sintomas depressivos é ≥ 6 (Almeida & Almeida, 1999; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007; Yesavage et al., 1983).

Da lista de 40 eventos estressantes foram derivadas cinco categorias, as quais serão utilizadas nas análises posteriores. Estas categorias foram criadas em estudo anterior para uma

lista de 31 eventos (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008), e adaptadas à lista atual, da seguinte forma:

- 1) Finitude (7 itens): envolve situações de morte de pessoas próximas, ou enfermidade do próprio idoso ou de alguém próximo de seu grupo etário ou acima.
- 2) Descendência (8 itens): são situações com as quais o idoso não pode lidar diretamente, como problemas de saúde dos filhos, morte de um(a) filho(a) ou neto(a), divórcio de filho(a), algum tipo de violência contra parente próximo ou situações onde o familiar precisou de remédio ou socorro médico e não conseguiu.
- 3) Cuidado (5 itens): refere-se a situações onde o idoso precisou cuidar do cônjuge ou dos pais, seja como práticas diretas de cuidado, ou colocando o familiar em alguma instituição, ou assumindo o cuidado material de filhos, netos ou de outro parente.
- 4) Bem-estar (15 itens): são eventos de perdas em diversos âmbitos, as quais afetam diretamente o bem-estar pessoal. Entre elas estão: perda de contatos sociais ou de poder aquisitivo, ter tido a própria moradia danificada por chuva ou enchente, ter vivido conflitos com familiares, situações de violência como assaltos ou roubo, ter sido enganado ou ridicularizado ou ter vivido situações onde o próprio idoso precisou de remédio ou socorro médico e não conseguiu.
- 5) Transição (5 itens): eventos que marcam o curso do desenvolvimento humano, e podem ser esperados ou não em determinado momento da vida, como a aposentadoria do idoso e/ou do cônjuge, casamento de um filho ou do próprio idoso e divórcio do idoso.

Além da classificação em categorias, os eventos estressantes foram avaliados em termos da sua intensidade. A cada evento relatado cada idoso atribuía uma nota, que variou de 1 a 5, sendo 1 nada estressante e 5 extremamente estressante.

Para avaliar o suporte social percebido foram aplicados cinco itens semanticamente adaptados para o português da ISEL (*Interpersonal Support Evaluation List*, Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985; Batistoni et al., 2007), os quais representam quatro

funções do suporte percebido: suporte tangível (assistência material ou suporte instrumental), pertencimento ou suporte afetivo (identificação com alguém da rede de suporte), autoestima (comparações positivas com os outros) e suporte informativo (oferece informações, sugestões e conselhos). Foi calculado um escore com base nos tercís das amostras (T1=16 e T2=20), resultando na seguinte classificação: aqueles que pontuaram ≤ 16 foram considerados com baixo suporte social percebido, entre 17 e 19 pontos, médio suporte social percebido e 20 pontos, alto suporte social percebido.

Os arranjos de moradia foram avaliados por meio da pergunta: “Com quem o (a) senhor (a) mora?”. As respostas eram registradas a partir das opções ‘sozinho’, ‘com cônjuge/companheiro (a)’, ‘com filho(s)’, etc. Para efeitos das análises deste estudo, as respostas foram combinadas formando as seguintes categorias: sozinho, só com cônjuge, só com descendentes, com cônjuge e descendentes.

As estratégias de enfrentamento foram avaliadas por meio de 19 itens escalares, referentes a comportamentos ou atitudes tomadas para lidar com o evento mais estressante. Por exemplo, uma das estratégias era “Queixou-se ou desabafou com alguém”, cujas opções de respostas eram 1. Nunca, 2. Algumas vezes, 3. Quase sempre, e 4. Sempre. Os resultados foram obtidos através das médias obtidas nesta escala. Para efeito das análises posteriores, os itens foram agrupados em cinco categorias de estratégias, a partir das categorias derivadas de anterior com o mesmo instrumento (Fortes-Burgos, Neri e Cupertino, 2008): 1) Emoções negativas (por exemplo, “*demonstrou hostilidade*”); 2) Controle ambiental (por exemplo, “*Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão*”); 3) Religiosidade (por exemplo, “*Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior*”); 4) Esquiva (por exemplo, “*Tentou esquecer que o problema existia*”); e 5) Inibição emocional (“*Guardou seus sentimentos para si mesmo*”).

A eficácia do enfrentamento foi avaliada através da seguinte pergunta: “O(a) senhor(a) acha que essas coisas que fez para lidar com a situação que lhe pareceu a mais estressante deram certo ou funcionaram bem?”, cujas opções de respostas eram ‘sim’ ou ‘não’.

Os dados foram submetidos a análises estatísticas no SPSS versão 13.1 e no SAS versão 8.02. Para os dados ordinais foram feitas medidas de frequência, posição e dispersão, testes de comparação entre médias de grupos com os testes Mann Whitney, Kruskal Wallis, Dunn e Duncan e testes de correlação (Spearman). Para a análise de frequência dos dados categóricos foram feitos testes Q² e Exato de Fischer. Análises de regressão univariada e multivariada (estas por critério *stepwise*) foram realizadas para testar a força das associações entre as variáveis antecedentes sobre a variável critério, moderadas por suporte social percebido e arranjos de moradia, ou por mecanismos de enfrentamento, conforme os modelos operacionais que aparecem nas Figuras 5 e 6.



Figura 5. Modelo operacional do Estudo FIBRA Campinas.



Figura 6. Modelo operacional do Estudo FIBRA Parnaíba.

CAPÍTULO 3

CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL, RECURSOS SOCIAIS E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE: FIBRA CAMPINAS.

Mesmo convivendo com situações que desafiam a manutenção da integridade física e emocional, os idosos podem contar com recursos sociais provenientes dos seus relacionamentos. Lemos e Medeiros (2002) argumentam que os relacionamentos mais próximos, com familiares e vizinhos, auxiliam no enfrentamento das dificuldades cotidianas. A qualidade das relações sociais que o indivíduo mantém ao longo da vida e na velhice é fator fundamental para seu envolvimento em atividades realizadas fora do ambiente doméstico e para a manutenção da capacidade funcional.

Relações que caracterizam apoio são chamadas de suporte social e podem funcionar como fator de proteção contra condições adversas. Redes de suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber (A. L. Neri, 2001). Segundo a literatura, as condições estruturais do suporte social percebido são muito menos importantes para influenciar a saúde e o bem-estar dos idosos do que as condições funcionais (Antonucci & Jackson, 1987; Blazer, 1982; Kessler & McLeod, 1985; Lazarus & Folkman, 1984; Wethington & Kessler, 1986).

As avaliações positivas da rede de suporte social também são fator de proteção no enfrentamento das adversidades (Krause et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984). A percepção de suporte social está relacionada com melhores condições de saúde e de bem-estar (Bowling, 1994; Cacioppo et al., 2002; Havens & Hall, 2001; Jang et al., 2002; Krause, 1995; Li & Liang, 2007; Moraes & Souza, 2005; Ryan & Willits, 2007; Sarason, Sarason & Gurung, 2001), com melhor funcionamento cognitivo (Cohen, 2004; Ficker, MacNeill, Bank & Lichtenberg, 2002; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad, 2000), com capacidade funcional maior

(Avlund et al., 2004; Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Seeman, 2000) e com menores níveis de estresse psicológico (Cohen & Wills, 1985; Evans, 2003; Kruger, Reischl & Gee, 2007; Peirce, Frone, Russell, Cooper & Mudar, 2000).

As condições de moradia são frequentemente relacionadas com sua qualidade de vida e o seu bem-estar (Cesar et al., 2008; Ramos, 2007). Tanto as condições físicas do lugar em que vivem quanto a disponibilidade de boas relações familiares e de vizinhança podem operar como fatores de proteção para a funcionalidade dos idosos. Podem contribuir para o senso de autoeficácia e de domínio sobre o ambiente (Clark et al., 2009; Khoury & Gunther, 2008).

No estudo SABE (Lebrão & Duarte, 2003), em São Paulo, 26% dos idosos residiam com o cônjuge, 41% com filhos não-casados, 11% com filhos casados, 13% sozinhos e 9% em outros arranjos. Mais mulheres idosas viviam sozinhas (17%) do que homens (7%), assim como mais idosos mais velhos do que mais novos. Esses dados replicam os encontrados pelo Censo 2000, assim como os dados de Saad (2003), que indicam que os idosos que vivem com o cônjuge são mais jovens, saudáveis e independentes do que os que vivem com a família de um filho. O mesmo autor aponta que a co-residência com filhos e não o número de filhos é mais determinante de receber ajuda para atividades de vida diária e que a transferência de ajuda financeira, de bens e de serviços entre idosos e seus familiares é uma via de mão dupla. Duarte, Lebrão e Lima (2005) estudaram os tipos de arranjos de moradia que mais oferecem apoio aos idosos com limitações funcionais. Concluíram que os homens são mais beneficiados pois vivem mais com o cônjuge e/ou filhos, ao passo que as mulheres têm maior probabilidade de viverem com a família de um filho ou sozinhas. Além disso, a presença de não-familiares, por exemplo, de cuidadores contratados, aumentava a chance de cuidados aos idosos

Problemas na saúde física ou emocional, más condições sociais e econômicas e convivência com situações estressantes podem representar risco para o funcionamento independente na velhice. Conseqüentemente, podem afetar a qualidade de vida e o bem-estar nesta fase da vida. Outra condição de risco para a capacidade funcional é a fragilidade biológica (Gallucci, Ongaro, Amici & Regini, 2008; Levers et al., 2006), que pode ser definida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia

e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associado ao envelhecimento. A fragilidade foi operacionalizada por cinco critérios: perda de peso não intencional no ano anterior; fadiga autorrelatada; lentidão da marcha; baixa força de preensão manual; e baixa taxa de gasto metabólico em atividades físicas. O idoso frágil é aquele que apresenta pelo menos três dos critérios acima, e o idoso pré-frágil, apresenta um ou dois critérios. A presença de fragilidade acarreta importantes alterações fisiológicas no organismo do idoso, e pode levar a diminuição da participação em atividades mais complexas ou avançadas, indicando uma condição de risco para a funcionalidade na velhice (Fried et al., 2001; Fried et al., 2004; Fried & Walston, 2003).

Estados depressivos também representam condição de risco para a manutenção de bons níveis de funcionamento na velhice. A depressão é um dos principais problemas de saúde pública para a população geral no mundo todo (Beekman et al., 2002). Na velhice, é indicada por sintomas somáticos, alterações cognitivas, perda de interesse em atividades do dia a dia, fadiga, alterações do sono e pensamentos sobre morte e desesperança geral (Butters et al., 2004; Christensen et al., 1999; Gallo et al., 1998; Reifler, 1994), que podem manifestar-se de forma ocasional, intermitente ou crônica. Vulnerabilidade social e econômica (Areán et al., 2005; Beekman et al., 2001; Mojtabai & Olfson, 2004) e problemas com a rede de suporte social (Blazer, 2005; Nagurney et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002) são indicados como fatores de risco para depressão, além de doenças crônicas, dor crônica e de fatores endógenos.

Quando associada com a experiência de eventos críticos ou eventos de vida, a depressão pode acarretar consequências importantes para a vida social do idoso. Por exemplo, idosos que estão experimentando perdas significativas podem apresentar sintomas depressivos como desinteresse e falta de prazer, sentimentos esses que podem colaborar para o isolamento social e o afastamento das atividades (De Beurs et al., 2001). Eventos desse tipo são grandes acontecimentos que marcam a trajetória de vida das pessoas, e que de modo geral são vividos como estressantes, particularmente quando apresentam certo grau de incontabilidade, ou quando ocorrem de maneira inesperada (Baltes, 1997; Diehl, 1999). Os idosos têm grande probabilidade de enfrentar eventos críticos relacionados à saúde física, à morte de entes queridos, à aposentadoria, a problemas financeiros, a problemas nos relacionamentos e a problemas que

acometem os descendentes (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996; Baltes & Smith, 1999; Cairney & Krause, 2008; Coleman, 1993; Folkman et al., 1987; Fortes-Burgos et al., 2008; Milkie et al., 2008; Tak et al., 2007). A experiência de eventos estressantes por si só pode representar uma condição de risco para a funcionalidade, particularmente se tais situações afetarem diretamente a saúde física ou emocional do idoso (Fagerstrom, Holst & Hallberg, 2007; Patel, Peek, Wong & Markides, 2006; Rosa, Benício, Latore & Ramos, 2003; Tinetti, Allore, Araujo & Seeman, 2005).

A capacidade funcional está relacionada ao grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDs), referentes ao autocuidado, e do grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relativas ao manejo da vida prática em casa e na vizinhança (Baltes et al., 1993). A realização dessas atividades está diretamente relacionada com a manutenção da autonomia e da independência, possível e desejável até a velhice avançada. As chamadas atividades avançadas de vida diária (AAVDs), que excedem o funcionamento independente em casa e na vizinhança e a sobrevivência pessoal, incluem ações ligadas à vontade e à motivação para executar comportamentos ligados ao exercício de papéis sociais, à produtividade e ao envolvimento social. São atividades relacionadas à participação, a relacionamentos sociais e com familiares, à realização de trabalho voluntário ou remunerado, atividades de lazer e desempenho de papéis sociais (Reuben et al., 1990). A presença desses tipos de atividades é indicativa de maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental (Aykawa & Neri, 2005), além de serem um dos critérios que definem o envelhecimento bem-sucedido, de acordo com Rowe e Kahn (1998). Dificuldades em participar dessas atividades podem até não indicar perda funcional atual importante, mas significam risco para importantes perdas futuras (Hedrick, 1995; Reuben et al., 1993).

O presente estudo parte do pressuposto de que os apoios sociais de que os idosos dispõem ou percebem que dispõem, podem contribuir para a continuidade de seu funcionamento ou para os seus esforços de recuperação da funcionalidade física e psicossocial, mesmo sob condições de fragilidade biológica e de vulnerabilidade social.

Dados que esclareçam essa relação representam contribuição teórica à compreensão da adaptação dos idosos, principalmente os que vivem sob condições de risco biológico, psicológico e social. Essa é uma tendência inovadora na Psicologia brasileira, na medida em que focaliza as condições positivas e protetoras em vez de tratar do envelhecimento simplesmente na perspectiva do declínio. No âmbito da intervenção clínica e das políticas públicas, os dados podem sugerir caminhos para investimentos mais eficazes em promoção e reabilitação da saúde física e mental na velhice.

Objetivos

1. Descrever as variáveis: gênero, idade, renda familiar, fragilidade biológica, eventos estressantes, sintomas depressivos, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade na amostra como um todo.
2. Analisar as variáveis: fragilidade biológica, experiência de eventos estressantes, sintomas depressivos, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, em relação às variáveis sociodemográficas gênero, idade e renda familiar.
3. Analisar as relações entre as variáveis: fragilidade biológica, eventos estressantes, sintomas depressivos, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade.
4. Estabelecer perfis de risco para incapacidade funcional, indicada por menor envolvimento social, considerando todas as variáveis estudadas.

MÉTODO

Participantes e procedimentos

Como se viu no Capítulo 2, a presente investigação foi desenvolvida a partir de dados pertencentes ao banco de dados eletrônico do Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros - Rede FIBRA no município de Campinas (SP), coletados entre setembro de 2008 e junho de 2009.

Da amostra total de 900 idosos do FIBRA Campinas, 624 foram selecionados pelo critério de desempenho no MEEM. Esses idosos completaram todo o protocolo de coleta de dados, incluindo as variáveis específicas ao presente estudo. Duzentos e onze (23,4%) apresentaram pontuação sugestiva de déficit cognitivo. Não houve diferença significativa em relação à pontuação do MEEM entre os homens e entre as mulheres ($p=0.060$). No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre grupos segmentados por idade, por índice de vulnerabilidade social e por escolaridade. A pontuação acima da nota de corte foi menor entre os idosos mais velhos ($p<0.001$), entre os mais expostos à vulnerabilidade social indicada pelo IVS ($p<0.001$) e entre os de escolaridade mais baixa ($p<0.001$): a média dos idosos com 80 anos e mais foi 21.8 e a dos de 65 a 69 foi 24.78; a dos idosos com IVS muito alto foi 20,59 e a dos com IVS muito baixo foi 25.31; 30,3% ($n=57$) dos idosos com baixa escolaridade, 27,7% dos idosos com ensino médio e 25,3% dos idosos com ensino superior pontuaram abaixo da nota de corte no MEEM. A média de pontos apresentada pela amostra no MEEM foi 23.83 (d.p.= 4.33).

Instrumentos

Do conjunto de variáveis investigadas no FIBRA Campinas foi selecionado um grupo de variáveis que atendem aos objetivos específicos deste estudo, conforme mostra o Quadro 4. Os instrumentos, na íntegra, bem como a forma de aplicação das medidas de fragilidade encontram-se no Anexo E. Neste Anexo é igualmente apresentado o MEEM, com instruções de aplicação.

Quadro 4. Variáveis e instrumentos utilizados no estudo sobre relações entre condições de risco biológico e psicossocial, recursos sociais e funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| | <i>Variáveis</i> | <i>Instrumentos</i> |
|---|---|--|
| <i>Identificação pessoal</i> | Nome e endereço completo | Seis itens de autorrelato. |
| <i>Condições de risco psicossocial</i> | Gênero Idade Renda familiar Sintomas depressivos Eventos estressantes | Três itens de autorrelato. Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15 (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007). 40 itens com resposta dicotômica e escalar (5 pontos) + um item de resposta estruturada pelo idoso, sendo 32 itens traduzidos e adaptados do <i>The Elders Life Stress Inventory</i> – ELSI (Aldwin, 1990) (ver Fortes-Burgos et al., 2008), acrescidos de 8 itens construídos para o FIBRA - Unicamp, segundo a realidade brasileira. |
| <i>Condições de risco biológico</i> | <i>Fragilidade biológica</i> 1. Perda de peso não-intencional 2. Fadiga 3. Força de preensão manual 4. Nível de atividade física 5. Velocidade da marcha | Um item dicotômico e um item de resposta estruturada pelo idoso. Itens 7 e 20 da CES-D (Radloff, 1977; Batistoni et al., 2007), com 4 pontos cada. Medida de execução com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante. Três tentativas. Minnesota Leisure Activity Questionnaire (H. L. Taylor et al., 1978; B. E. Ainsworth et al., 2000; Lustosa et al., no prelo) adaptado para esta pesquisa – 37 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso. Medida de execução – percurso 4,6 m em linha reta, com marcação do tempo em milésimos de segundos (Guralnik et al., 1994; Nakano, 2007). Três tentativas. |
| <i>Recursos sociais</i> | Suporte social percebido Arranjos de moradia | 5 itens da ISEL - <i>Interpersonal Support Evaluation List</i> (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985; Batistoni et al., 2007). 6 itens dicotômicos |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Funcionalidade | Envolvimento social definido pela participação em atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e em três atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) realizadas fora de casa. | 13 itens estruturados a partir de M. M. Baltes et al., 1993; Reuben et al., 1990; Strawbridge et al., 2002; Souza, Magalhães e Teixeira-Salmella, 2006; Bellini, 2006. 3 itens da escala de Lawton e Brody (1969) referentes a atividades realizadas fora do ambiente doméstico e o grau de independência para realizá-las (Brito, Nunes & Yuaso, 2007). |
|-----------------------|--|---|

Análise de dados

Os dados foram submetidos a análises estatísticas no SPSS versão 13.1 e no SAS versão 8.02. Para os dados ordinais foram feitas medidas de frequência, posição e dispersão, testes de comparação entre médias de grupos com os testes Mann Whitney, Kruskal Wallis, Dunn e Duncan e testes de correlação (*Spearman*). Para a análise de frequência dos dados categóricos foram feitos testes Q^2 e Exato de Fischer. Análises de regressão univariada e multivariada (estas por critério *stepwise*) foram realizadas para testar a força das associações entre as variáveis antecedentes sobre a variável critério, moderadas por suporte social percebido e arranjos de moradia. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

O MEEM, a GDS e a ISEL foram submetidas à análise de consistência interna. Foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach* para as escalas ordinais (GDS e ISEL) e o coeficiente KR20 de Kuder-Richardson para a medida nominal (MEEM). Observou-se consistência interna satisfatória para a GDS (*Escala de Depressão Geriátrica*) e para a ISEL (*Interpersonal Support Evaluation List*) e consistência intermediária para o MEEM (*Mini-Exame do Estado Mental*). Os demais instrumentos não foram submetidos à análise de consistência interna porque os construtos que lhes são subjacentes não permitem a pressuposição de unidimensionalidade.

Tabela 6. Índices de consistência interna do MEEM, da GDS e da ISEL. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Escala | Nº de Itens | Coefficiente* | Itens com menor consistência | Correlação com o total* | Coefficiente (após retirada dos itens)** |
|-----------------------|-------------|---------------|------------------------------|-------------------------|--|
| MEEM / Total | 30 | 0.654 | C4 - Dia semana | 0.005 | 0.662 |
| | | | C22 - Relógio | 0.038 | 0.668 |
| | | | C8 - Bairro | 0.060 | 0.673 |
| GDS / Total*** | 15 | 0.760 | --- | --- | --- |
| ISEL / Total | 5 | 0.735 | --- | --- | --- |

* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

** Coeficiente de consistência após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

*** Itens invertidos na escala GDS para o cálculo do alfa: 1, 5, 7, 11 e 13.

Dos 624 idosos da amostra campineira, 67,79% eram mulheres. A idade variou de 65 a 88 anos (M=72.20; d.p.=5.28). Setenta por cento tinham entre 65 e 75 anos. A renda familiar calculada em salários mínimos (SM) variou entre 0,36 SM e 57,83 SM (M=4.74; d.p.=5.44). Os resultados das análises descritivas simples das variáveis de interesse estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da amostra segundo as variáveis indicadoras de risco social, biológico e psicossocial, de proteção social e de funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | N=624 % |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| Gênero | Masculino | 32,21 |
| | Feminino | 67,79 |
| Idade (em anos) | 65-69 | 36,22 |
| | 70-74 | 33,65 |
| | 75-79 | 19,71 |
| | 80+ | 10,42 |
| Renda familiar (em SM) | ≤1.0 SM | 6,63 |
| | 1.1-3.0 SM | 39,59 |
| | 3.1-5.0 SM | 27,26 |
| | 5.1-10.0 SM | 18,78 |
| | >10.0 SM | 7,73 |
| Fragilidade biológica | Não-frágeis (nenhum critério) | 46,07 |
| | Pré-frágeis (1-2 critérios) | 49,28 |
| | Frágeis (3-5 critérios) | 4,65 |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 19,34 |
| | Sem (GDS ≤5) | 80,66 |
| Eventos estressantes | Finitude | 90,66 |
| | Descendentes | 50,82 |
| | Cuidado | 40,82 |
| | Bem-estar | 79,18 |
| | Transição | 28,36 |
| Suporte social percebido | Baixo (≤16) | 36,39 |
| | Médio (17-19) | 27,21 |
| | Alto (20) | 36,39 |
| Arranjos de moradia | Sozinho | 17,45 |
| | Só cônjuge | 30,53 |
| | Só descendentes | 24,88 |
| | Cônjuge+descendentes | 27,14 |
| Funcionalidade | Menor (≤8) | 50,00 |
| | Maior (≥9) | 50,00 |

Metade dos idosos classificou-se como pré-frágeis e 4,65% como frágeis. Utilizando o ponto de corte ≥ 6 verificou-se que 19,34% dos idosos pontuaram para presença de sintomas depressivos. Os eventos relatados com maior frequência foram os relacionados à finitude e os que afetam o bem-estar. Metade da amostra relatou eventos que afetaram os descendentes. A intensidade média dos eventos estressantes vivenciados pela amostra, segundo autorrelato, foi de 3.63 (d.p.=0.96). Quando consideradas as categorias de eventos, aqueles que afetam os descendentes foram avaliados como mais intensamente estressantes ($M=4.06$; d.p.=1.21),

seguidos por eventos relacionados à finitude ($M=3.84$; $d.p.=1.13$) e por aqueles ligados ao exercício do cuidado ($M=3.75$; $d.p.=1.36$).

Os idosos pontuaram alto para suporte social percebido ($M=16.91$; $d.p.=3.40$), numa escala de 1 a 20 pontos. Baixo suporte social percebido foi relatado por 36,39% dos idosos. Igual frequência foi observada entre aqueles que relataram alto suporte social percebido. Com relação aos arranjos de moradia, o mais comum foi o correspondente à família conjugal, em seguida a de cônjuges e descendentes e em terceiro lugar a de moradia com a família de um filho ou filha (moradia só com descendentes). A minoria (17,45%) declarou que morava sozinha.

Foi calculada a mediana da distribuição dos escores de funcionalidade indicada por envolvimento social. Em Campinas, 50% dos idosos pontuaram igual ou menor do que 8 e 50% igual ou maior do que 9.

A seguir serão apresentadas as análises comparativas com relação às variáveis de interesse a este estudo e as variáveis sociodemográficas gênero, idade e renda familiar.

Tabela 8. Frequência de respostas relativas a idade, renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável gênero. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Masculino % | Feminino % |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Idade (em anos) | 60-69 | 32,84 | 37,83 |
| | 70-74 | 39,30 | 30,97 |
| | 75-79 | 16,92 | 21,04 |
| | 80+ | 10,95 | 10,17 |
| Renda familiar (em SM) | <1.0 | 4,40 | 7,76^a |
| | 1.1-3 | 33,52 | 42,66^a |
| | 3.1-5 | 28,57^a | 26,59 |
| | 5.1-10 | 21,43^a | 17,45 |
| | >10 | 12,09^a | 5,54 |
| Fragilidade biológica | Não-frágeis | 51,50 | 43,50 |
| | Pré-frágeis | 44,50 | 51,54 |
| | Frágeis | 4,00 | 4,96 |
| Sintomas depressivos | Com (GDS \geq 6) | 15,15 | 21,36 |
| | Sem (GDS \leq 5) | 84,85 | 78,64 |
| Eventos - Finitude | Sim | 91,41 | 90,29 |
| | Não | 8,59 | 9,71 |
| - Descendentes | Sim | 41,92 | 55,10^b |
| | Não | 58,08^b | 44,90 |
| - Cuidado | Sim | 37,37 | 42,48 |
| | Não | 62,63 | 57,52 |
| - Bem-estar | Sim | 75,76 | 80,83 |
| | Não | 24,24 | 19,17 |
| - Transição | Sim | 33,33 | 25,97 |
| | Não | 66,67 | 74,03 |
| Suporte social percebido | Baixo (\leq 16) | 33,85 | 37,62 |
| | Médio (17-19) | 29,23 | 26,24 |
| | Alto (20) | 36,92 | 36,14 |
| Arranjos de moradia | Sozinho | 7,04 | 22,38^c |
| | Só cônjuge | 41,21^c | 25,48 |
| | Só descendentes | 4,02 | 34,76^c |
| | Cônjuge+descendentes | 47,74^c | 17,38 |
| Funcionalidade | Menor (\leq 8) | 47,98 | 50,97 |
| | Maior ($>$ =9) | 52,02 | 49,03 |

^a Sign. para $p=0.014$ ($X^2=12.52$; $GL=4$); ^b Sign. para $p=0.002$ ($X^2=9.29$; $GL=1$); ^c Sign. para $p<0.001$ ($X^2=126.3$; $GL=3$)

Houve diferença significativa entre os gêneros para as seguintes variáveis: os homens com renda familiar maior do que as mulheres (acima de 3 salários mínimos); eventos estressantes que afetam a descendência (maior frequência entre as mulheres); maior frequência de mulheres vivendo sozinhas e com os descendentes e maior frequência de homens vivendo só com o

cônjuge ou com a esposa e descendentes. As comparações entre as variáveis relativas à experiência de eventos estressantes ligados à finitude, à descendência, ao cuidado e ao bem-estar revelaram que as mulheres os avaliaram de forma significativamente mais intensa do que os homens.

Tabela 9. Frequência de respostas relativas a renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável idade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | 65-69 % | 70-74 % | 75-79 % | 80 e + % |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Renda familiar | ≤1.0 | 3,88 | 6,11 | 8,41 | 16,00 |
| | 1.1-3 | 38,35 | 38,33 | 42,99 | 42,00 |
| | 3.1-5 | 34,47 | 24,44 | 20,56 | 22,00 |
| | 5.1-10 | 16,50 | 22,22 | 20,56 | 12,00 |
| | >10 | 6,80 | 8,89 | 7,48 | 8,00 |
| Fenótipo de Fragilidade | Não-frágeis | 51,33^a | 48,10^a | 37,70 | 36,92 |
| | Pré-frágeis | 47,79 | 46,19 | 55,74^a | 52,31^a |
| | Frágeis | 0,88 | 5,71 | 6,56 | 10,77^a |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 17,43 | 19,81 | 23,14 | 17,19 |
| | Sem (GDS ≤5) | 82,57 | 80,19 | 76,86 | 82,81 |
| Eventos - Finitude | Sim | 91,74^b | 92,27^b | 93,39^b | 76,46 |
| | Não | 8,26 | 7,73 | 6,61 | 23,44^b |
| - Descendentes | Sim | 47,71 | 53,14 | 55,37 | 45,31 |
| | Não | 52,29 | 46,86 | 44,63 | 54,69 |
| - Cuidado | Sim | 40,83^c | 49,76^c | 31,40 | 29,69 |
| | Não | 59,17 | 50,24 | 68,60^c | 70,31^c |
| - Bem-estar | Sim | 80,28 | 80,68 | 76,86 | 75,00 |
| | Não | 19,72 | 19,32 | 23,14 | 25,00 |
| - Transição | Sim | 38,99^d | 29,95^d | 14,05 | 14,06 |
| | Não | 61,01 | 70,05 | 85,95^d | 85,94^d |
| Suporte social percebido | Baixo (≤16) | 33,02 | 35,64 | 37,29 | 48,44 |
| | Médio (17-19) | 30,70 | 31,19 | 20,34 | 15,63 |
| | Alto (20) | 36,28 | 33,17 | 42,37 | 35,94 |
| Arranjos de moradia | Sozinho | 14,29 | 14,35 | 20,66 | 32,31^e |
| | Só cônjuge | 34,82^e | 33,49^e | 22,31 | 21,54 |
| | Só descendentes | 33,21 | 22,49 | 32,23^e | 24,62 |
| | Cônjuge+descendentes | 27,68^e | 29,67^e | 24,79 | 21,54 |
| Funcionalidade | Menor (≤8) | 43,12 | 50,24 | 55,37^f | 62,50^f |
| | Maior (>9) | 56,88^f | 49,76 | 44,63 | 37,50 |

^a Sign. para p=0.003 (X²=19.81; GL=6); ^b Sign. para p<0.001 (X²=17.01; GL=9); ^c Sign. para p=0.002 (X²=14.57; GL=3); ^d Sign. para p<0.001 (X²=31.02; GL=3); ^e Sign. para p=0.007 (X²=22.59; GL=9);

^f Sign. para p=0.023 (X²=9.53; GL=3)

Ocorreu diferença significativa entre os grupos etários para as seguintes variáveis: fragilidade (maior frequência entre os idosos mais velhos); eventos estressantes relacionados à finitude, a cuidado e à transição (maior frequência entre idosos mais novos); arranjos de moradia (idosos mais novos morando só com cônjuge e com cônjuge e descendentes; idosos de 75 a 79 anos morando somente com os descendentes e idosos mais velhos morando sozinhos), e funcionalidade (maior entre os idosos mais novos). Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários em relação à intensidade dos eventos que afetam o bem-estar (maior entre os mais novos) e ao escore de funcionalidade (maior entre os mais novos).

Tabela 10. Frequência de respostas relativas a fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade, conforme a variável renda familiar, em salários mínimos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | ≤1.0 % | 1.1-3 % | 3.1-5 % | 5.1-10 % | >10 % |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fenótipo de Fragilidade | Não-frágeis | 38,89 | 42,79 | 48,98 | 50,00 | 50,00 |
| | Pré-frágeis | 58,33 | 51,16 | 50,34 | 47,06 | 45,24 |
| | Frágeis | 2,78 | 6,05 | 0,68 | 2,94 | 4,76 |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 44,44^a | 22,54 | 11,97 | 16,16 | 4,88 |
| | Sem (GDS ≤5) | 55,56 | 77,46^a | 88,03^a | 83,84^a | 95,12^a |
| Eventos - Finitude | Sim | 94,44 | 92,02 | 92,25 | 92,93 | 92,68 |
| | Não | 5,56 | 7,98 | 7,75 | 7,07 | 7,32 |
| - Descendentes | Sim | 58,33 | 51,64 | 53,52 | 49,49 | 41,46 |
| | Não | 41,67 | 48,36 | 45,48 | 50,51 | 48,54 |
| - Cuidado | Sim | 47,22 | 40,85 | 41,55 | 41,41 | 39,02 |
| | Não | 52,78 | 59,15 | 58,45 | 58,59 | 60,98 |
| - Bem-estar | Sim | 83,33 | 80,28 | 77,46 | 80,81 | 73,17 |
| | Não | 16,67 | 19,72 | 22,54 | 19,19 | 26,83 |
| - Transição | Sim | 27,78 | 30,99 | 28,87 | 35,35 | 24,39 |
| | Não | 72,22 | 69,01 | 71,13 | 64,65 | 75,61 |
| Suporte social percebido | Baixo (≤16) | 50,00 | 41,35 | 30,00 | 31,25 | 41,46 |
| | Médio (17-19) | 30,56 | 25,48 | 26,43 | 28,13 | 26,83 |
| | Alto (20) | 19,44 | 33,17 | 43,57 | 40,63 | 31,71 |
| Arranjos de moradia | Sozinho | 47,22^b | 16,74 | 15,17 | 14,71 | 2,44 |
| | Só cônjuge | 22,22 | 33,02 | 28,28 | 38,24^b | 39,02^b |
| | Só descendentes | 25,00^b | 22,33 | 26,90^b | 17,65 | 9,76 |
| | Cônjuge+descendentes | 5,56 | 27,91 | 29,66 | 29,41 | 48,78^b |
| Funcionalidade | Menor (≤8) | 66,67^c | 59,62^c | 40,85 | 41,41 | 31,71 |
| | Maior (>9) | 33,33 | 40,38 | 59,15^c | 58,59^c | 68,29^c |

^a Sign. para $p < 0.001$ ($X^2=27.62$; $GL=4$); ^b Sign. para $p < 0.001$ ($X^2=46.79$; $GL=12$); ^c Sign. para $p < 0.001$ ($X^2=25.01$; $GL=4$)

A Tabela 10 mostra diferença significativa entre os grupos de renda familiar para as seguintes variáveis: sintomas depressivos (maior frequência entre os idosos com menor renda familiar), arranjos de moradia (maior frequência de idosos morando sozinhos entre os que têm menor renda familiar e de idosos morando com a família de um filho ou filha entre os que têm renda familiar menor que 1 ou entre 31, e 5 salários mínimos mensais), e funcionalidade (maior frequência entre os idosos com maior renda familiar). As comparações entre as variáveis numéricas (escores) revelaram as seguintes diferenças estatisticamente significativas: os idosos mais velhos têm menor renda familiar, os eventos de finitude foram avaliados com mais intensidade pelos idosos com menor renda familiar, o escore da GDS foi maior entre os idosos com menor renda familiar, e os escores de suporte social percebido e funcionalidade foram maiores entre os idosos com maior renda familiar.

A seguir serão apresentadas as análises comparativas entre as variáveis: fragilidade biológica, sintomas depressivos, eventos estressantes, suporte social percebido, arranjos de moradia e funcionalidade.

As Figuras 7, 8 e 9 são relativas às variáveis que se distribuíram de formas significativamente diferentes, considerando-se o nível de fragilidade como variável de controle. Foi observada maior frequência de idosos com sintomas depressivos entre os com mais fragilidade ($p < 0.001$; $X^2 = 20.92$; $GL = 2$); maior frequência de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam o bem-estar entre os idosos frágeis ($p = 0.023$; $X^2 = 7.52$; $GL = 2$); menor frequência de idosos com maior funcionalidade entre os idosos frágeis ($p < 0.001$; $X^2 = 14.43$; $GL = 2$).

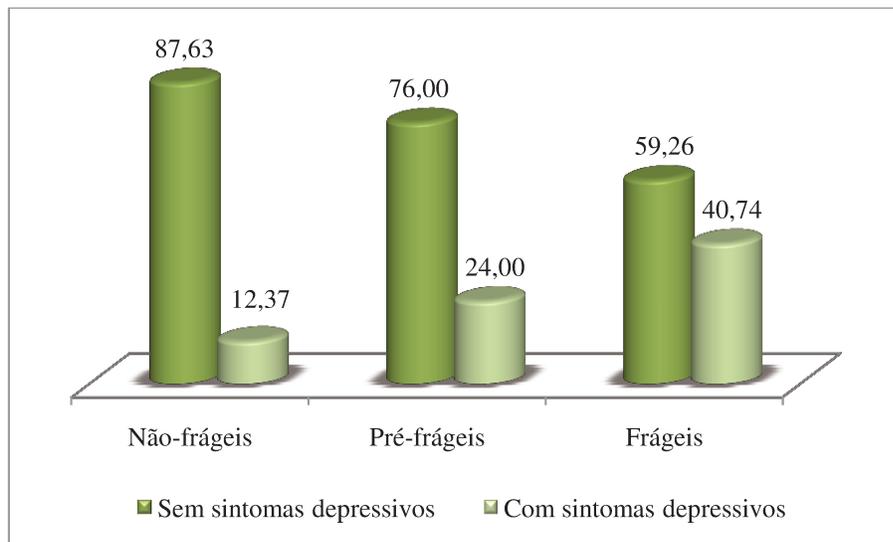


Figura 7. Frequência percentual de idosos com e sem sintomas depressivos, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

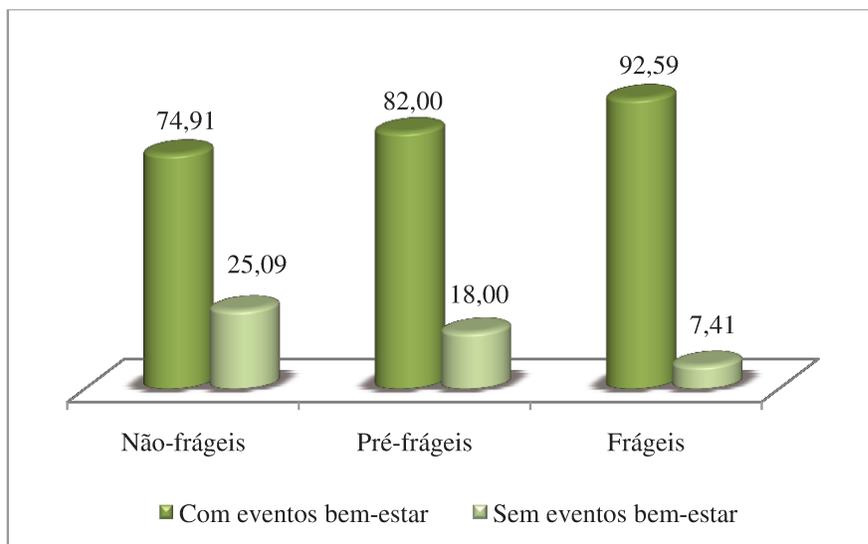


Figura 8. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos de bem-estar, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

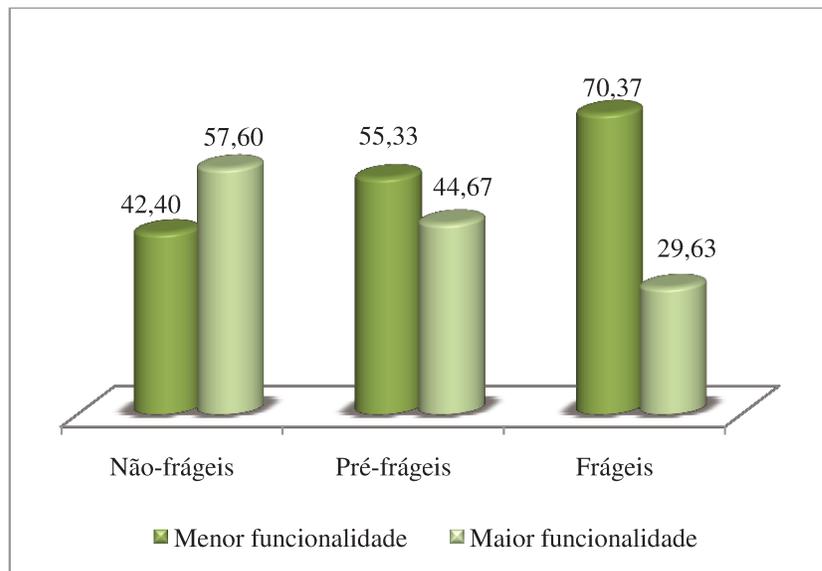


Figura 9. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

As Figuras 10, 11, 12 e 13 mostram os eventos estressantes que afetam a descendência e o bem-estar, o suporte social percebido e a funcionalidade, variáveis cujas frequências alcançaram relações estatisticamente significativas com sintomas depressivos. Os resultados mostraram maior frequência de autorrelatos de eventos estressantes que afetam a descendência ($p=0.001$; $X^2=10.81$; $GL=1$) e o bem-estar ($p<0.001$; $X^2=21.97$; $GL=1$); suporte social percebido mais baixo ($p<0.001$; $X^2=18.20$; $GL=2$) e menor funcionalidade ($p<0.001$; $X^2=22.23$; $GL=1$) para os idosos com sintomas depressivos do que para os idosos sem sintomas depressivos.

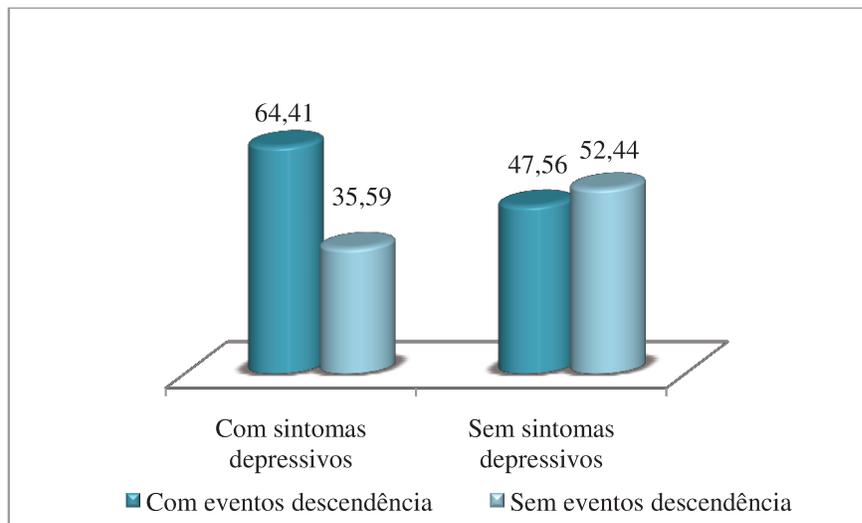


Figura 10. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam a descendência, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

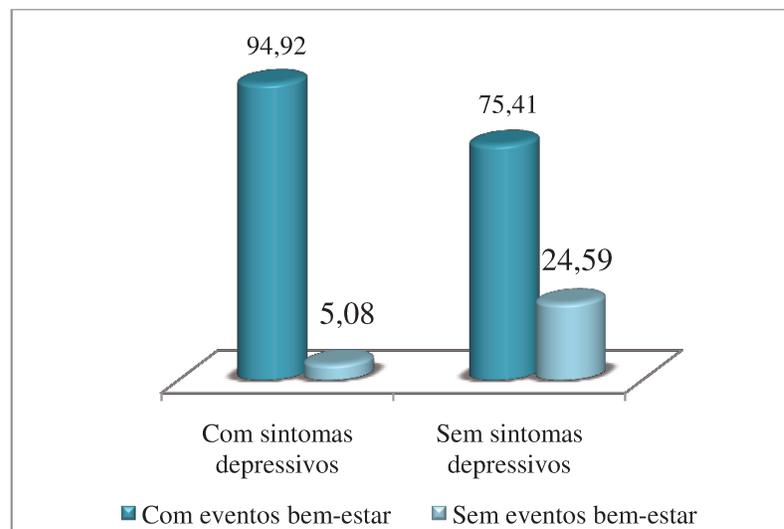


Figura 11. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam o bem-estar, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

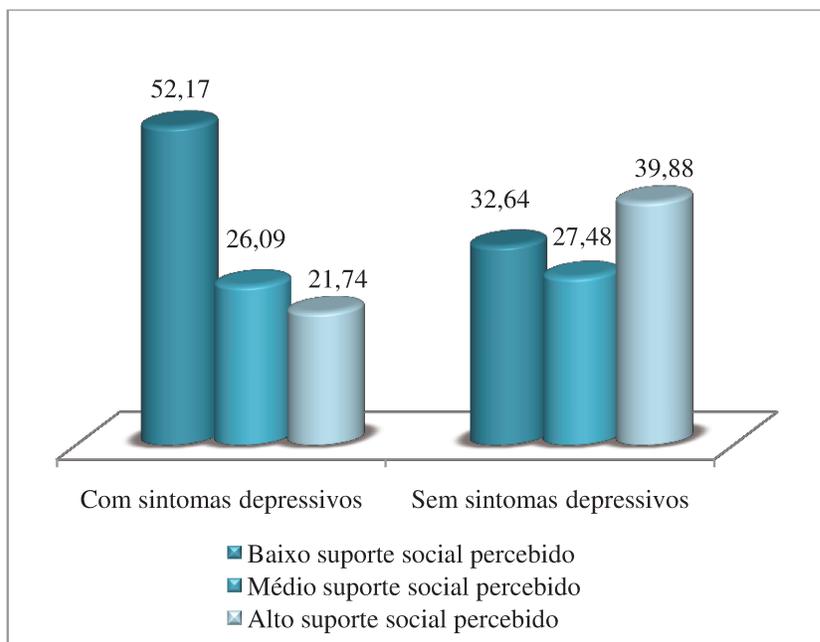


Figura 12. Frequência percentual de idosos com percepção de baixo, médio e alto suporte social, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

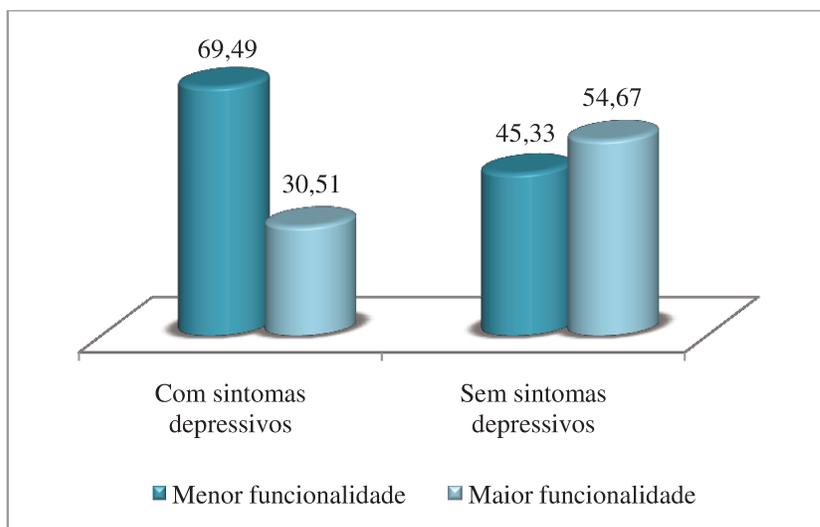


Figura 13. Frequência percentual de idosos com maior e menor funcionalidade, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

As Figuras 14 e 15 referem-se à comparação entre a distribuição das variáveis: eventos estressantes que afetam o bem-estar e funcionalidade, conforme o nível de suporte social percebido. Os resultados mostraram maior frequência de eventos que afetam o bem-estar entre os idosos com menor suporte social percebido ($p < 0.001$; $X^2 = 15.51$; $GL = 2$); e maior funcionalidade entre os idosos com maior suporte social percebido ($p < 0.001$; $X^2 = 24.65$; $GL = 2$).

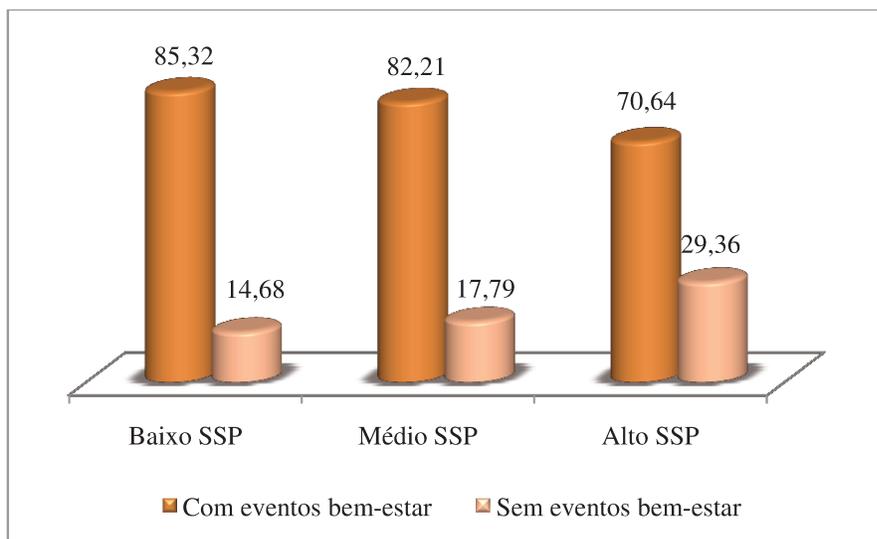


Figura 14. Frequência percentual de idosos que relataram ter vivido eventos que afetam o bem-estar, conforme o suporte social percebido. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

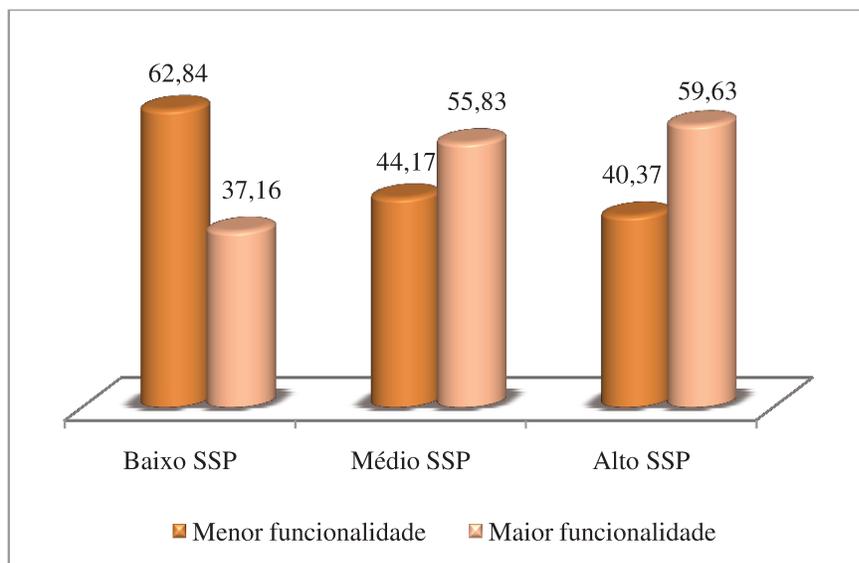


Figura 15. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme o suporte social percebido. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

A Figura 16 mostra a distribuição de frequência dos arranjos de moradia conforme o nível de suporte social percebido. Os resultados mostraram frequência maior de idosos com alto suporte social percebido entre os que moram com o cônjuge e descendentes ($p=0.005$; $X^2=18.63$; $GL=6$).

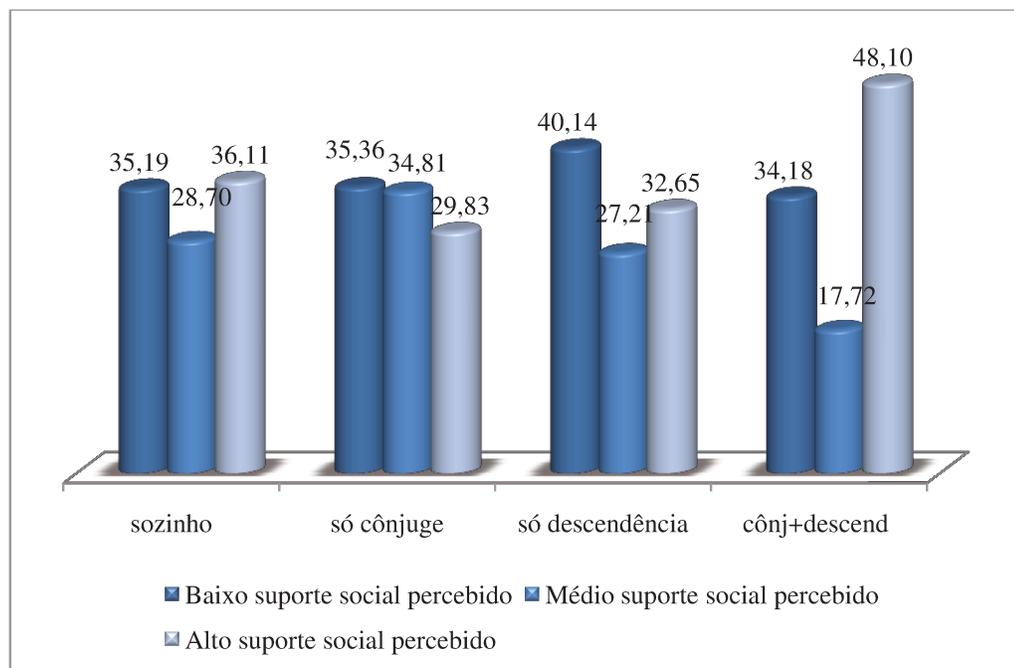


Figura 16. Frequência percentual de idosos com baixo, médio e alto suporte social percebido, conforme os diferentes arranjos de moradia. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

A Figura 17 apresenta os dados relativos a arranjos de moradia em comparação com a funcionalidade. Foi observada frequência significativamente maior de idosos com maior funcionalidade entre os que moram sozinhos ou só com cônjuge ($p=0.012$; $X^2=11.01$; $GL=3$) do que entre os demais tipos de arranjos de moradia.

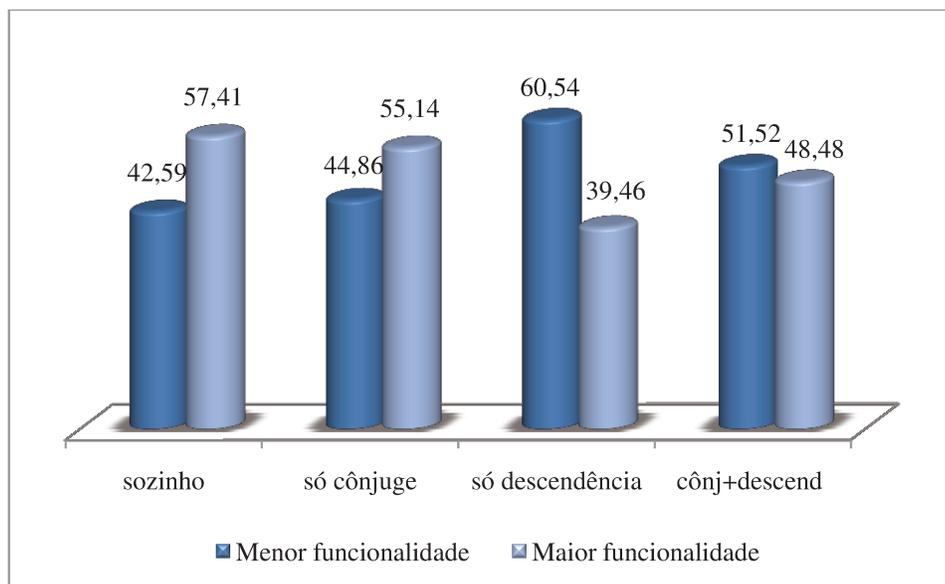


Figura 17. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme os diferentes arranjos de moradia. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

Para compreender de que forma as variáveis consideradas como condições de risco biológico e psicossocial (fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, renda, gênero e idade), mediadas por recursos sociais (suporte social percebido e arranjos de moradia), afetam a funcionalidade (indicada por envolvimento social) de idosos residentes na comunidade, primeiramente, foram feitas análises de correlação entre as variáveis e o escore de funcionalidade. Em seguida, foram feitas análises de regressão logística, para verificar o peso das variáveis do estudo (explicativas) sobre a funcionalidade (variável critério ou dependente).

A análise de correlação (*Spearman*) revelou as seguintes correlações significativas: entre os escores da GDS e de funcionalidade ($r=-0.315$, $p<0.001$), sendo que quanto maior o escore na GDS, menor a funcionalidade; entre a idade e o escore de funcionalidade ($r=-0.138$, $p=0.0006$), sendo que quanto maior a idade, menor a funcionalidade; e entre o escore de suporte social percebido e o de funcionalidade ($r=0.257$, $p<0.001$), sendo que quanto maior o escore de suporte social percebido, maior a funcionalidade. A seguir serão apresentados os resultados das análises de regressão logística que mostram os efeitos das variáveis deste estudo sobre funcionalidade.

Tabela 11. Resultados da análise de regressão logística univariada para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|---|-------------------------|------------------|-------|--------------|
| Gênero | Feminino (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Masculino | 0.489 | 1.13 | 0.80 – 1.58 |
| Idade | ≥80 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 65-69 anos | 0.007 | 2.20 | 1.24 – 3.90 |
| | 70-74 anos | 0.088 | 1.65 | 0.93 – 2.93 |
| | 75-79 anos | 0.351 | 1.34 | 0.72 – 2.50 |
| Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.425 | 1.35 | 0.64 – 2.85 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.007 | 2.90 | 1.34 – 6.25 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.011 | 2.83 | 1.27 – 6.30 |
| | >10.0 SM | 0.003 | 4.31 | 1.66 – 11.20 |
| Fragilidade biológica | Frágil (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não frágil | 0.008 | 3.22 | 1.37 – 7.61 |
| | Pré-frágil | 0.137 | 1.92 | 0.81 – 4.51 |
| Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | <0.001 | 2.75 | 1.79 – 4.22 |
| Eventos estressantes de finitude | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.488 | 0.82 | 0.48 – 1.42 |
| Eventos estressantes de descendência | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 1.000 | 1.00 | 0.73 – 1.37 |
| Eventos estressantes de cuidado | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.805 | 0.96 | 0.70 – 1.33 |
| Eventos estressantes de bem-estar | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.921 | 0.98 | 0.66 – 1.45 |
| Eventos estressantes de transição | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.324 | 0.84 | 0.59 – 1.19 |
| Suporte social percebido | Baixo (<17 ptos) (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Médio (17-19 ptos) | <0.001 | 2.14 | 1.41 – 3.23 |
| | Alto (20 ptos) | <0.001 | 2.50 | 1.70 – 3.67 |
| Arranjos de moradia | Descendência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sozinho | 0.005 | 2.07 | 1.25 – 3.43 |
| | Só cônjuge | 0.005 | 1.89 | 1.22 – 2.93 |
| | Cônjuge+descendência | 0.110 | 1.44 | 0.92 – 2.27 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior funcionalidade; (n=340 com menor funcionalidade e n=338 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance. Ref.: nível de referência.

A Tabela 11 apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para estudar como que as variáveis antecedentes relacionam-se à funcionalidade (variável critério). Foi utilizado o valor da mediana da amostra para categorização da funcionalidade.

O preditor independente mais importante de funcionalidade na velhice foi o status socioeconômico da família. Os idosos com renda familiar superior a 10 SM mensais têm 4.31 vezes mais chance de manter a funcionalidade na velhice do que os que estão na base da pirâmide de renda familiar. Em segundo lugar, posicionou-se o ter excelente nível de ativação, energia, resistência aos estressores e de capacidade de manter a homeostase, indicado por ausência de sinais de fragilidade biológica. Os que detêm esta condição têm 3.22 vezes mais chance de boa funcionalidade indicada por envolvimento social do que os frágeis, que não contam com essa condição. Esta associação é superior à existente entre os níveis intermediários de renda e funcionalidade. Os sintomas depressivos vêm em terceiro lugar, com uma probabilidade de associação com funcionalidade da ordem de 2.75, pouco inferior à fragilidade. Descrever o apoio social disponível como de nível alto ou moderado vem em seguida com pesos de 2.5 e 2.14, respectivamente, o que significa que os que relatam dispor dessas condições estão pelo menos duas vezes mais protegidos contra a incapacidade para o desempenho de atividades complexas de vida diária do que os que avaliam o apoio social de que dispõem como de nível baixo. Idosos mais novos (65 a 69 anos) têm 2.20 vezes mais chances de apresentar melhor funcionalidade. Viver só ou apenas com o cônjuge vem por último com um grau de associação um pouco menor do que suporte social percebido como alto e moderado. As variáveis gênero e eventos estressantes, sozinhas, não se mostraram significativamente relacionadas com funcionalidade indicada por envolvimento social.

Para verificar a relação conjunta entre as variáveis que se relacionaram de maneira significativa entre si na análise univariada, foi realizada uma análise multivariada. A análise cujos resultados estão apresentados na Tabela 12 sugere que, excetuando-se renda familiar alta, que é uma variável protetora lastreada na história de vida, estar na velhice inicial, viver sozinho e não pontuar para sintomas depressivos têm peso comparável e superior a 2, o que significa que os idosos que apresentam essas características têm duas vezes mais chances do que os que não as apresentam de estarem envolvidos socialmente por meio de ações, papéis e participação social. Após ajuste para as demais variáveis, fragilidade não se relacionou com funcionalidade.

Tabela 12. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|-------|--------------|
| Idade | ≥80 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 65-69 anos | 0.006 | 2.73 | 1.33 – 5.61 |
| | 70-74 anos | 0.058 | 2.02 | 0.98 – 4.16 |
| | 75-79 anos | 0.103 | 1.89 | 0.88 – 4.07 |
| Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.706 | 1.17 | 0.52 – 2.65 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.057 | 2.29 | 0.98 – 5.37 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.060 | 2.33 | 0.97 – 5.61 |
| | >10.0 SM | 0.008 | 4.22 | 1.46 – 12.19 |
| Fragilidade biológica | Frágil (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não frágil | 0.337 | 1.78 | 0.55 – 5.73 |
| | Pré-frágil | 0.732 | 1.23 | 0.38 – 3.92 |
| Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.001 | 2.35 | 1.39 – 3.96 |
| Suporte social percebido | Baixo (<17 ptos) (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Médio (17-19 ptos) | 0.029 | 1.71 | 1.06 – 2.75 |
| | Alto (20 ptos) | 0.008 | 1.83 | 1.17 – 2.87 |
| Arranjos de moradia | Descendência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sozinho | 0.002 | 2.64 | 1.43 – 4.89 |
| | Só cônjuge | 0.067 | 1.63 | 0.97 – 2.75 |
| | Cônjuge+descendência | 0.839 | 1.06 | 0.61 – 1.83 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior funcionalidade; (n=254 com menor funcionalidade e n=263 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance.

A seguir, foi realizada a análise multivariada com critério *stepwise* de seleção de variáveis, na qual foram incluídas sucessivamente, as que alcançaram uma razão de chance que caiu dentro dos intervalos considerados (Tabela 13).

Tabela 13. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade, com critério de seleção de variáveis. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis selecionadas | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|------------------------------------|------------------------|------------------|-------|--------------|
| 1. Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | <0.001 | 2.51 | 1.50 – 4.20 |
| 2. Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.748 | 1.14 | 0.51 – 2.58 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.058 | 2.28 | 0.97 – 5.32 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.058 | 2.33 | 0.97 – 5.60 |
| | >10.0 SM | 0.008 | 4.19 | 1.45 – 12.12 |
| 3. Suporte social percebido | Baixo (<17 pts) (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Médio (17-19 pts) | 0.033 | 1.68 | 1.04 – 2.71 |
| | Alto (20 pts) | 0.005 | 1.90 | 1.22 – 2.96 |
| 4. Arranjos de moradia | Descendência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sozinho | 0.003 | 2.56 | 1.38 – 4.72 |
| | Só cônjuge | 0.063 | 1.64 | 0.97 – 2.76 |
| | Cônjuge+descendência | 0.834 | 1.06 | 0.62 – 1.82 |
| 5. Idade | ≥80 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 65-69 anos | 0.004 | 2.88 | 1.41 – 5.90 |
| | 70-74 anos | 0.047 | 2.08 | 1.01 – 4.28 |
| | 75-79 anos | 0.096 | 1.91 | 0.89 – 4.11 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior funcionalidade; (n=330 com menor funcionalidade e n=332 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance. Critério *stepwise* de seleção de variáveis.

A análise de regressão logística por critério *stepwise* permite calcular a associação entre cada uma das variáveis com a variável critério, funcionalidade, na presença das demais. Pelos dados da Tabela 13, identifica-se que a funcionalidade é afetada simultaneamente e com força comparável pelas variáveis ter renda familiar de 3,1 a 10 SM mensais, ter de 65 a 69 e de 70 a 74 anos, não apresentar sintomas depressivos, morar sozinho e relatar ter alto e moderado nível de suporte social percebido. Essas variáveis se relacionam com a variável critério, sem porém que se possa sugerir a existência de alguma relação de causa e efeito entre elas. Ter renda familiar superior a 10 SM apresentou a associação mais forte com funcionalidade. Fragilidade não teve força suficiente para figurar entre as variáveis que apresentaram razão de chance estatisticamente significativa.

Foi realizada análise multivariada em blocos hierárquicos com critério *stepwise* de seleção de variáveis, dentro de cada um dos seguintes blocos: gênero, idade e renda familiar; fragilidade,

sintomas depressivos e eventos estressantes; arranjos de moradia; suporte social percebido. Os resultados aparecem na Tabela 14.

Novamente, renda familiar mais alta foi a que se relacionou de maneira mais robusta, seguida por não pontuação para sintomas depressivos, por morar sozinho e por perceber o suporte social disponível como alto e médio. Nesta última análise a variável idade não se relacionou significativamente com funcionalidade.

A análise de regressão multivariada hierárquica é uma espécie de modelagem matemática em que a introdução dos blocos de variáveis é feita segundo pressupostos teóricos. Em cada bloco sua introdução é por critério *stepwise*. No bloco indicativo de vulnerabilidade social, a variável que permaneceu no modelo, associada com envolvimento social, foi renda familiar. Entre as variáveis de risco biológico e psicossocial, a que teve mais força para manifestar-se relacionada com a variável de desfecho, foi ausência de sintomas depressivos. Entre os arranjos de moradia, morar sozinho apareceu como o mais preditivo de boa funcionalidade. Em suporte social percebido, alto e moderado nível de apoio mostraram-se mais preditivos do que baixo nível autorrelatado.

Tabela 14. Resultados da análise de regressão logística multivariada hierárquica em blocos para funcionalidade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis selecionadas por bloco | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|------------------------------------|-------------------------|------------------|-------|--------------|
| 1. Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.545 | 1.28 | 0.58 – 2.85 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.023 | 2.64 | 1.15 – 6.08 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.032 | 2.57 | 1.08 – 6.10 |
| | >10.0 SM | 0.005 | 4.43 | 1.55 – 12.65 |
| 2. Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | <0.001 | 2.43 | 1.46 – 4.04 |
| 3. Arranjos de moradia | Descendência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sozinho | 0.007 | 2.30 | 1.25 – 4.20 |
| | Só cônjuge | 0.052 | 1.67 | 0.99 – 2.79 |
| | Cônjuge+descendência | 0.786 | 1.08 | 0.63 – 1.84 |
| 4. Suporte social percebido | Baixo (<17 ptos) (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Médio (17-19 ptos) | 0.012 | 1.83 | 1.14 – 2.92 |
| | Alto (20 ptos) | 0.004 | 1.89 | 1.22 – 2.93 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior funcionalidade; (n=330 com menor funcionalidade e n=332 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance.

DISCUSSÃO

Na amostra de Campinas observou-se predominância de mulheres, assim como vem sendo notado pela maioria dos estudos em Gerontologia (Fortes-Burgos et al., 2008; Lebrão & Duarte, 2003). Segundo dados do IBGE (2008), a razão de sexo se acentua com a elevação da idade. No Brasil, em 2007, havia 79 homens idosos para cada 100 mulheres nesta condição, sendo que na Região Sudeste a razão de sexo era de 69 homens para cada 100 mulheres nos grupos acima de 70 anos de idade. Além disso, a presença maior das mulheres pode ter sido influenciada por fatores motivacionais, ou seja, as mulheres mostram mais disposição para participar de iniciativas voltadas ao cuidado, porque ao longo da vida estiveram mais próximas de situações de cuidado e de participação do que os homens. É provável que a estratégia de recrutamento domiciliar, feita preferencialmente por mulheres que, em sua maioria eram Agentes Comunitárias de Saúde, tenha

favorecido a participação de mulheres. Elas teriam mais confiança nas AGSs. As AGSs teriam feito as visitas de recrutamento em horários em que as mulheres estavam mais disponíveis. Os homens estariam menos disponíveis, ou porque estavam trabalhando ou em atividade de lazer fora de casa, no horário da visita, ou porque teriam menos confiança ou menos motivação para ouvir as AGSs.

A presente amostra apresentou frequência similar de idosos mais novos (65-69) à encontrada pelo IBGE (2008) no município de Campinas. Houve menos idosos mais velhos, acompanhando tendência municipal, nacional e internacional. A menor participação de idosos de 80 anos terá sido afetada pela seleção pelo MEEM.

Os resultados revelaram que a maioria dos idosos vive com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos, e cerca de 8% vivem com renda superior a 10 salários mínimos, dados que contribuem para o elevado IDH-M de Campinas (0,852), um dos maiores do país. Por outro lado, cerca de 7% de idosos viviam com renda familiar inferior a 1 salário mínimo, apontando para o contraste socioeconômico existente na cidade. A renda familiar foi mais elevada do que a renda per capita, mas isso não necessariamente, assegura proteção maior aos idosos. Ao contrário, em contextos de pobreza, pode significar ônus sobre o idoso, que pode se ver privado de dinheiro para atender suas necessidades porque o gasta ajudando os filhos e netos.

A fragilidade biológica tem prevalência entre 3% a 7% nos idosos de 65 a 75 anos, com aumento acentuado na velhice avançada (Fried et al., 2003; Walston et al., 2002; Wilson, 2004). No presente estudo, 4,65% dos idosos foram classificados como frágeis a partir dos critérios recomendados por Fried et al. (2001). Este percentual foi um pouco menor do que o encontrado na amostra total do FIBRA Campinas (N=900; 7,68% de idosos frágeis). Uma das possíveis explicações para a redução do percentual de fragilidade na amostra deste estudo pode ser que o MEEM terá excluído os mais frágeis. De fato, havia maior frequência de idosos com déficit cognitivo entre os mais frágeis, os mais pobres e os de menor escolaridade, replicando dados da literatura (Ávila-Funes et al., 2009; Fried et al., 2001; Fried et al., 2003). Tais dados confirmam a noção de que tanto fragilidade quanto status cognitivo são fenômenos sujeitos a influência acumulativa de danos e vantagens disponíveis ao longo do curso de vida. Entre elas, ressaltam-se

as oportunidades sociais expressas pelo acesso à educação, a estilos de vida saudáveis, a prestígio e a participação social. Estudos psicométricos têm revelado consistentemente que o desempenho em testes cognitivos de rastreio aplicados a idosos é fortemente influenciado pelo nível de escolaridade (Bertolucci et al., 1994; Brucki et al., 2003; Hoffman et al., 1991; Kukull, 1998).

Metade dos idosos apresentou sinais de pré-fragilidade, que representa um risco aumentado para a fragilidade, conforme observaram Gill, Gahbauer, Allore e Han (2006) em estudo longitudinal sobre a progressão dinâmica dos estados de fragilidade. Os autores afirmam que, uma vez que a pessoa se encontrar em estado de pré-fragilidade, estará mais suscetível a progredir para o estado de fragilidade. A alta prevalência de idosos pré-frágeis serve de alerta para a necessidade de investimentos em programas de prevenção, como sugerem Espinoza e Walston (2005), incluindo a aplicação de avaliação geriátrica global e a implementação de medidas preventivas em relação ao declínio funcional, a quedas e a hospitalizações, a adoção de formas de tratamento de doenças crônicas e atenção à rede de suporte social.

A prevalência de sintomas depressivos (20%) foi maior do que em outros estudos com a GDS e menor do que em estudos utilizando a CES-D (Batistoni, 2007). Segundo esta autora, estudos nacionais que utilizam diferentes instrumentos para avaliar a depressão em idosos têm encontrado prevalência de sintomas depressivos variando entre 16,9% e 36,8%. No caso deste estudo, a prevalência encontrada está de acordo com a literatura nacional que utilizou a GDS como teste de rastreio.

Os eventos estressantes vividos nos últimos cinco anos que foram mais relatados pelos idosos deste estudo foram situações que remetem à finitude, traduzidas em perdas significativas, como a morte de entes queridos, problemas de saúde do próprio idoso ou de um parente. Em estudo anterior, Fortes-Burgos et al. (2008) identificaram alto percentual de eventos desta natureza entre idosos residentes na comunidade. O segundo tipo de evento mais relatado foram situações que afetam o bem-estar, que incluem perdas em contatos sociais ou em poder aquisitivo, ter tido a própria moradia danificada por chuva ou enchente, ter vivido conflitos com familiares, situações de violência como assaltos ou roubo, ter sido enganado ou ridicularizado ou ter vivido situações onde se precisou de remédio ou socorro médico e não conseguiu.

Considerando aspectos socioestruturais do município de Campinas e os relatos dos idosos durante as entrevistas, muitos dos eventos desta categoria referem-se a situações de violência urbana. Muitos relatavam que foram assaltados ou enganados e que caíram em golpes; uma parte dos idosos, principalmente aqueles que vivem em áreas de maior pobreza, também relataram ter sofrido com enchentes, ou outros prejuízos materiais; outra parte queixou-se de dificuldades em conseguir atendimento médico de urgência, o que denota a ocorrência de negligência por parte do poder público.

Níveis mais elevados de estresse foram atribuídos aos eventos que afetam os descendentes, como problemas conjugais, financeiros e de saúde dos filhos ou netos, que são situações sobre as quais o idoso tem pouco ou nenhum controle, e assim apresentam maior potencial para serem vividas como estressantes (Aldwin & Gilmer, 2004; Davies, 1996; Diehl, 1999).

Altos níveis de suporte social percebido foram relatados pela maioria dos idosos deste estudo, confirmando dados de pesquisas anteriores (Batistoni, 2007; DuPertuis, Aldwin & Bossé, 2001). A percepção de que se têm pessoas disponíveis para ajudar em momentos de necessidade é um fator importante para a manutenção do senso de controle secundário sobre a própria vida, e, particularmente, para lidar com as atividades do dia a dia (Schulz, Heckhausen & O'Brien, 1994). Entretanto, o fato de que a maioria dos idosos pontue muito alto na ISEL pode indicar limitações do instrumento, como por exemplo, o número reduzido de itens, possíveis problemas com a tradução e dificuldades na aplicação, o fato de avaliar a frequência dos contatos, ao invés de satisfação com o suporte social percebido, e ainda o fator desejabilidade social, que faz com que os idosos respondam preferencialmente de forma positiva sobre a ajuda que pode vir a precisar de parentes e amigos.

A grande maioria dos idosos está vivendo com cônjuge e/ou com os descendentes. Este quadro não representa fator de proteção aos idosos, no sentido de que estão recebendo mais ajuda, mas ao contrário, pode indicar situações em que o idoso está oferecendo apoio material aos filhos e netos. De acordo com dados do Censo é crescente o número de domicílios cujo sustento depende em grande parte da renda do idoso. Desses dados podem ser tiradas conclusões

importantes para a compreensão dos mecanismos de apoio familiar e intergeracional. Em primeiro lugar, nas famílias que têm membros idosos, quer como chefes, quer como co-residentes, a renda dos mais velhos é muito importante no orçamento familiar. Ao mesmo tempo, a contribuição de outros membros da família para a renda dos idosos é muito pequena (Segundo dados de Lloyd Sherlock, 2001, idosos residentes em favelas da cidade de São Paulo, tendiam a gastar mais dinheiro de sua renda com outros membros da família do que consigo mesmos). Ou seja, não é sempre verdadeiro que os idosos são economicamente dependentes e que representam ônus para suas respectivas famílias. O percentual de idosos vivendo sozinhos foi compatível com dados de outros estudos nacionais (Duarte et al., 2005), em geral, representando idosos mais independentes funcionalmente.

Com relação à funcionalidade, indicada neste estudo por envolvimento social, metade dos idosos relatou grande participação em atividades realizadas fora do ambiente doméstico, o que sugere bons níveis de funcionalidade. É importante destacar que os idosos que participaram deste estudo já apresentavam uma vantagem em termos de funcionalidade, uma vez que a própria metodologia do FIBRA exigia o deslocamento dos participantes para os locais de coleta de dados, o que por si só já excluía casos de pessoas com dificuldades sérias de locomoção e mais comprometidas funcionalmente.

Em relação às comparações entre gêneros, as mulheres tinham menor renda, relataram mais eventos que afetam os descendentes, mais estresse advindo de eventos relacionados à finitude, à descendência, ao cuidado e ao bem-estar, e estão vivendo mais sozinhas ou com os descendentes, em comparação com os homens. Estes, por sua vez, apresentaram maior renda familiar, e estão vivendo mais em companhia do cônjuge e seus descendentes. As diferenças de renda entre homens e mulheres evidenciam a maior vulnerabilidade social do gênero feminino, presente no fenômeno da feminização da velhice (Camarano, Kanso & Leitão e Mello, 2004; Giatti & Barreto, 2002; Neri, 2007b). Outro fator que pode contribuir para isso é o fato de que os homens desfrutam da vida conjugal por mais tempo do que as mulheres (que neste estudo relataram viver mais sozinhas), o que pode ter contribuído para que o total da renda familiar fosse maior entre os homens.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros e fragilidade, diferentemente do que mostra a literatura, na qual aponta as mulheres como sendo mais acometidas pelos sinais de fragilidade (Gallucci et al., 2008; Fried et al., 2001; Puts, Lips & Deeg, 2005). Também não houve diferença entre os gêneros e sintomas depressivos, diferentemente do que tem sido relatado pela maioria dos estudos, que apontam maior frequência de sintomas depressivos entre as mulheres (Batistoni, 2007; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Prince et al., 1999; Ploubidis & Grundy, 2009). Tais resultados expressam possíveis efeitos da metodologia adotada neste estudo, por exemplo, pelo uso de critérios de seleção que excluía idosos mais acometidos. Tanto os homens quanto as mulheres que aceitaram participar da pesquisa provavelmente foram os mais fisicamente aptos e mais emocionalmente preservados, o que pode ter contribuído para a ausência de diferenças entre as variáveis citadas.

Com relação ao tipo de evento estressante mais frequente entre as mulheres, aqueles que acometem filhos ou netos parecem despertar maior preocupação, assim como vem sendo relatado em outros estudos (Fortes, 2005; Martire, Stephens & Townsend, 2000). Uma possível explicação para a maior frequência desse tipo de estresse entre as mulheres repousa sobre a função materna e a forte conexão com os descendentes. Tradicionalmente, o papel de mãe, que provê cuidados aos seus filhos e que os protege de toda sorte de males, pode ser ameaçado diante de situações que atingem seus descendentes, e para as quais não pode, efetivamente, tomar atitudes amenizadoras, o que tende a acarretar estresse e sofrimento.

As mulheres também tendem a relatar estresse mais intenso do que os homens, confirmando tendência apontada em estudos anteriores (Aneshensel, 1992; Fortes, 2005; Mirowsky & Ross, 1995). Possivelmente, as mulheres percebem os eventos como sendo mais estressantes, ou sentem os efeitos do estresse mais do que os homens, por terem menos recursos materiais, serem mais oneradas física e economicamente, ou ainda por fazerem uso maior da queixa, como forma de obter controle secundário sobre o ambiente.

As mulheres vivem mais sozinhas do que os homens, confirmando dados de pesquisas anteriores (Camarano, 2005; Christophe, 2009; Neri, 2007b; Saad, 2003). Também estão vivendo mais só com os descendentes, situação que retrata não só a viuvez da mulher idosa, como a

dependência econômica crescente dos filhos em relação aos pais idosos (M. C. Neri, 2007). Os homens vivem mais com as esposas e/ou filhos, e por esta razão estão mais protegidos, com relação a receber cuidados, uma vez que este é prioritariamente prestado por mulheres (Saad, 2004).

A idade foi analisada em relação às demais variáveis, o que gerou resultados que confirmam importantes dados da literatura gerontológica. Os idosos mais velhos apresentaram níveis de fragilidade mais elevados, sendo que, a partir dos 75 anos, houve maior frequência de idosos classificados como pré-frágeis; 10% dos idosos com mais de 80 anos pontuaram para fragilidade. Tais resultados confirmam a tendência apontada pela literatura de aumento da fragilidade em função da idade (Bortz, 1993; Buchner & Wagner, 1992; Fried et al., 2001; Fried & Walston, 1999; Lipsitz, 2002; Nourhashemi et al., 2001; Strawbridge, Shema, Balfour, Higby & Kaplan, 1998), devido a diminuição das reservas na velhice e a presença de danos acumulativos.

Os mais novos (entre 65 e 74 anos) relataram mais eventos estressantes ligados ao exercício do cuidado e a situações de transição. É mais provável que idosos nesta faixa etária cuidem do cônjuge ou dos pais doentes, do que idosos em idades mais avançadas, e que sintam tais situações como desgastantes ou estressantes, especialmente, se estiverem prestando cuidados sem recursos materiais e emocionais para tanto (Neri & Fortes, 2006).

Eventos de transição, como aposentadoria ou casamento dos filhos, também são mais esperados para acontecer no início da velhice, quando os idosos ainda desempenham boa parte dos papéis ligados a vida adulta, e tem filhos mais jovens. Estes eventos não foram avaliados como muito estressantes, talvez porque sejam situações normativas, esperadas e seus efeitos podem ser compartilhados socialmente, pelo comboio social, que dentre outras coisas, facilitam a derivação de senso de pertencimento ao mundo social e a emergência de sentimentos de bem-estar e ajustamento, necessários para um eficaz enfrentamento (Kahn & Antonucci, 1980).

Os idosos de 80 anos e mais relataram menos eventos de finitude (morte de pessoas próximas e problemas de saúde), em comparação com todos os outros grupos de idade, o que nos leva a crer que aqueles que chegaram nessa idade já viveram as principais perdas da vida, tanto

de pessoas queridas como em sua própria saúde física, e que talvez, mesmo ainda experimentando outras perdas, estas não sejam tão significativas quanto aquelas vividas em fases anteriores. Situações de perdas são mais esperadas na velhice avançada, e podem levar a formas enfrentamento mais voltadas à aceitação, transcendência e resignação, o que pode contribuir para o menor percepção de estresse. A avaliação de intensidade do estresse também sofre alterações ao longo dos anos, o que foi mostrado neste estudo, uma vez que os idosos mais novos avaliaram mais intensamente o estresse produzido por eventos que afetam diretamente seu bem-estar.

Os idosos mais novos moram, em geral, com o cônjuge, ou com cônjuge e descendentes, sendo este último tipo de arranjo um reflexo do fenômeno observado nas últimas décadas, onde os filhos, já adultos, continuam vivendo com os pais, seja em razão da dependência financeira, do desemprego, da necessidade de ajuda para cuidar dos próprios filhos, seja por comodidade ou necessidade de companhia, nos casos em que os filhos são independentes financeiramente. Por outro lado, os idosos mais velhos moram mais sozinhos do que os mais novos, indicando, por um lado, que o idoso preserva sua independência e autonomia a ponto de viver sozinho, mas por outro lado, pode representar uma situação contrária, de abandono por parte dos familiares, e consequente diminuição da rede de apoio e ajuda. Apesar de não ter havido diferença significativa, houve uma diminuição na percepção de suporte social em relação à idade, o que pode corroborar dados anteriores.

Com relação à funcionalidade, indicada por envolvimento social, houve uma diminuição na participação do idoso, conforme o avançar da idade. Este resultado pode ser devido ao processo de seletividade socioemocional com o envelhecimento, segundo o qual, as pessoas realizam uma redução seletiva em sua rede social, e passam a preferir relações sociais emocionalmente significativas, em lugar das mais periféricas. Como consequência, elas se afastam dos laços sociais mais superficiais e investem mais num círculo de relações que lhes parece emocionalmente mais apoiador (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994). Por outro lado, o afastamento social e a baixa funcionalidade podem decorrer de perdas típicas do envelhecimento (por exemplo, na saúde física), de baixa percepção de autoeficácia, ou ainda devido a fatores externos como o preconceito e a falta de oportunidades.

Em relação às condições socioeconômicas, este estudo mostrou diferenças importantes. Os idosos que estão vivendo com renda familiar mais baixa (inferior a 1 salário mínimo) têm média mais elevada de idade, vivem mais sozinhos ou com os descendentes, são menos envolvidos socialmente, e relatam alto nível de estresse causado por problemas de saúde ou perda de pessoas queridas. Tais condições evidenciam a pobreza de idosos, principalmente aqueles na velhice avançada, vivendo em condições de isolamento social, pela falta de recursos mínimos para sua própria manutenção, e/ou de seus filhos e netos com quem coabitam. Enfermidades que acometem o próprio idoso ou seus familiares, a perda de parentes (possivelmente também em condições desfavoráveis), aliadas a falta de recursos podem gerar grande desgaste e sofrimento, expressos neste estudo através da avaliação da intensidade do evento.

Os mais pobres apresentaram mais sintomas depressivos. A preocupação com a própria sobrevivência e as dificuldades para suprir as necessidades mais básicas, podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos, tais como sentimentos de desesperança e menos valia, entre outros. Baixo nível de renda é fator comumente relacionado com depressão na velhice (Areán & Alvidrez, 2001; Krause & Baker, 1992; Krause, Jay & Liang, 1991; Pinho et al., 2009; Rothermund & Brandstäedter, 2003). Além disso, depressão covaria com doenças, que são numerosas entre os mais pobres. Este preocupante quadro de pobreza evidencia a desigualdade social presente no município de Campinas, considerado um dos mais ricos do país.

A avaliação dos níveis de fragilidade em relação às variáveis estudadas revelou resultados importantes. Além de se relacionar com idade mais elevada, os idosos com fragilidade apresentaram mais sintomas depressivos, confirmando estudos anteriores (Ostir et al., 2004; Park-Lee et al., 2009). Os afetos positivos podem funcionar como protetores ao desenvolvimento de condições adversas de saúde física, entre elas a fragilidade biológica. Eventos que afetam diretamente o bem-estar, como por exemplo, perdas materiais, perda de contato com familiares e amigos, ou situações de violência e maus-tratos foram relacionados com fragilidade. Pessoas com piores condições econômicas estariam mais expostas às intempéries e outros eventos incontroláveis, que representam ameaça ao bem-estar e à funcionalidade.

Os mais frágeis apresentaram menor funcionalidade, indicada por envolvimento social, fato que pode ser entendido a partir da própria definição de fragilidade, que prevê um estado geral de diminuição de energia, fraqueza e lentidão (Fried, et al., 2001). É compreensível que essas pessoas passem mais tempo em casa, poupando esforços físicos, e conseqüentemente, deixando de frequentar locais e atividades que exijam algum dispêndio maior de energia. A diminuição do envolvimento social foi considerada neste estudo como um indicador de menor funcionalidade, condição associada com o estado de fragilidade em idosos. Embora seja considerada como uma síndrome geriátrica distinta de incapacidade funcional, grande parte dos estudos tem mostrado uma ligação estreita entre fragilidade e funcionamento físico (Gallucci et al., 2008; Levers et al., 2006).

A presença de sintomas depressivos foi relacionada com renda, fragilidade, e também com diferentes tipos de eventos estressantes. Problemas vividos pelos filhos e netos e problemas ligados ao próprio bem-estar do idoso tiveram um impacto negativo sobre a saúde mental de grande parte dos idosos, que se mostrou mais deprimida ao enfrentar tais eventos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo nacional, conduzido por Fortes-Burgos et al. (2008).

Os idosos que pontuaram acima da nota de corte na GDS perceberam como baixo seu suporte social, confirmando pesquisas anteriores (Blazer, 2005; Nagurney et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002). Entre os sintomas da depressão estão pensamentos disfuncionais, sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre os outros, dificuldades para se relacionar com as pessoas, fazendo com que este grupo seja mais vulnerável aos efeitos da falta de apoio em momentos de dificuldades, principalmente, se essas pessoas tiverem pouco repertório social.

Os que pontuaram acima da nota de corte na GDS também apresentaram baixa funcionalidade, resultado previsto na literatura (Cummings et al., 2003; Friedman et al., 2008; Geerlings et al., 2000; Greenglass et al., 2006; Jang et al., 2002; Kessler et al., 2003; Ormel et al., 2002; Taylor & Lynch, 2004). A dificuldade de iniciar comportamentos é um dos fatores presentes na depressão geriátrica (Batistoni et al., 2007), e na GDS pode ser identificada principalmente pelos itens: “*O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?*”; “*O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?*”. Além disso, baixa energia e

cansaço, presentes no mesmo instrumento, são fatores que interferem de forma negativa para o envolvimento em atividades sociais, indicador de funcionalidade.

Os idosos que relataram eventos que afetam o bem-estar perceberam menos suporte social disponível, indicando que, se tais situações foram estressantes, provavelmente, não receberam apoio satisfatório em momentos de dificuldade (como por exemplo, quando a sua casa sofreu danos devido a enchentes ou temporais). Neste caso, podemos entender que a percepção de suporte está mais relacionada com experiência(s) passadas, onde o idoso pode verificar quem são as pessoas com as quais pode contar em momentos difíceis, se há pessoas disponíveis, e se a ajuda prestada foi satisfatória.

Maior suporte social percebido foi observado entre os idosos que vivem com cônjuge e descendentes. Os idosos podem ter respondido de forma positiva com base em normas sociais, na percepção social de que a convivência e o parentesco sugerem uma relação direta de cuidado e ajuda mútua, ou seja, dizer que os filhos ou o cônjuge fariam de tudo para ajudar, caso estivesse doente, por exemplo, pode ser mais uma forma de acreditar (ou confirmar a expectativa social) de que os membros do grupo familiar são unidos, e que sempre estarão disponíveis para ajudar, colaborar, consolar. As respostas também podem ter sido dadas pensando-se na expectativa de cuidado, mais do que na percepção do suporte disponível, devido a características do instrumento, já abordadas alhures.

Os idosos que vivem sozinhos ou só com cônjuge têm melhor funcionalidade. Provavelmente, os primeiros encontram-se em melhores condições de saúde, capacidade para resolver as coisas do dia a dia com independência e autonomia, podem se envolver em mais atividades fora de casa, pelo fato de não estar onerados com cuidados prestados a filhos e netos. Os casados são mais protegidos, principalmente os homens, que contam com ajuda da esposa, dividem as tarefas do dia a dia, ou podem contar mais com a sua companhia para sair, viajar, ir a eventos sociais.

A análise de regressão logística univariada revelou relações significativas entre a maioria das variáveis com funcionalidade, indicada por envolvimento social, exceto gênero e experiência de eventos estressantes. Embora seja comum encontrar um número maior de mulheres

participantes de atividades sociais, em comparação com os homens, tal diferença não se fez presente neste estudo. É possível que homens e mulheres tenham relatado um número próximo de atividades que costumam fazer fora de casa, mesmo que não sejam necessariamente os mesmos tipos de atividades. Os instrumentos utilizados para avaliar as atividades instrumentais (AIVDs) e as atividades avançadas (AAVDs) de vida diária permitem especificar os tipos de atividades, no entanto, para os fins propostos neste estudo, optou-se por quantificar a funcionalidade indicada por envolvimento social.

O status socioeconômico da família foi o preditor independente mais importante de funcionalidade na velhice. Isso sugere que vulnerabilidade econômica seja fator de risco importante, provavelmente porque condiciona a presença de danos acumulativos à saúde e ao bem-estar social, que tendem a expressar-se em fragilidade e incapacidade na velhice. Os que apresentaram excelente nível de ativação, energia, resistência aos estressores e capacidade de manter a homeostase, indicado por ausência de sinais de fragilidade biológica, representou o segundo fator de proteção para a funcionalidade. A presença de sintomas depressivos apresentou probabilidade de associação com funcionalidade pouco inferior à fragilidade, possivelmente, porque sintomas depressivos e fragilidade sejam covariáveis. Dispor de alto ou moderado suporte social percebido mostrou-se um fator de proteção contra a incapacidade para o desempenho de atividades complexas de vida diária. Viver sozinho ou apenas com o cônjuge vem por último com um grau de associação um pouco menor do que suporte social percebido como alto e moderado. Essas variáveis covariam com ausência de fragilidade e de sintomas depressivos, que por sua vez covariam com estar na velhice inicial, quando essas ocorrências têm menor prevalência. As variáveis gênero e experiência de eventos estressantes, sozinhas, não se mostraram significativamente relacionadas com funcionalidade, indicada por envolvimento social.

A experiência de eventos estressantes não significou aumento nem diminuição de funcionalidade, e não representou, ao menos diretamente, um risco para a funcionalidade dos idosos desta amostra. É importante ressaltar que dois tipos de eventos foram significativamente relacionados com fragilidade, menor suporte social percebido (eventos que afetam o bem-estar) e com sintomas depressivos (eventos que afetam o bem-estar e os descendentes), sendo que essas três variáveis exerceram influência sobre a funcionalidade nesta amostra.

Após ajuste para as demais variáveis, fragilidade não se relacionou com funcionalidade. Dito em outras palavras, a variável fragilidade apresentou correlação menos sistemática do que as outras variáveis, quando analisadas conjuntamente. Isso não significa que não exista relevância clínica ou populacional, mas que para o tamanho e características dessa amostra a relação entre fragilidade e funcionalidade mostrou-se mais inconsistente.

Além de renda familiar elevada, outras três condições se relacionaram com funcionalidade: estar na velhice inicial, morar sozinho e não apresentar sintomas depressivos. As três condições refletem energia, atividade e força compatíveis com baixa fragilidade. Uma parcela dos idosos continua a funcionar socialmente mesmo na presença de sinais de fragilidade, graças a seus recursos sociais e pessoais. Essa ocorrência pode ter ocasionado a presença de relações fracas ou inconsistentes entre fragilidade e funcionalidade, o que explicaria a ausência de relações estatisticamente significantes entre elas.

Os resultados sugerem que a presença de sintomas depressivos represente uma condição de risco para a funcionalidade na velhice, uma vez que a dificuldade em iniciar comportamentos está diretamente ligada à vontade ou iniciativa, necessárias para envolver-se em atividades sociais, ter contato com outras pessoas, fazer coisas novas (Tavares, 2004).

Os idosos mais ricos (renda superior a 10 salários mínimos) têm chance 4.2 vezes maior de se envolver socialmente, do que os com renda familiar baixa (≤ 1.0 SM), confirmando a expectativa de que o fator econômico é determinante para maior acesso aos dispositivos de lazer oferecidos, principalmente, por entidades particulares. Viver em situação de pobreza extrema pode representar uma condição de risco para a funcionalidade dos idosos, que ficam limitados a um número menor de atividades sociais, basicamente, àquelas que não exigem qualquer dispêndio econômico para ser exercidas.

A percepção de suporte social disponível também tem um peso sobre a funcionalidade. Aqueles que percebem ter médio ou alto suporte têm, respectivamente, chances 1.7 e 1.9 vezes maior de estar envolvidos socialmente do que os com percepção de baixo suporte social. Saber que existem pessoas com as quais se podem contar, seja para ajudar em momentos de dificuldade,

ou simplesmente, para conversar, mostra-se um recurso social importante, mesmo na presença de condições prévias de risco potencial, e pode ser um fator de proteção à funcionalidade na velhice.

Outro recurso social considerado neste estudo foram os arranjos de moradia. Viver sozinho significou chance 2.6 vezes maior de estar envolvido em atividades fora de casa, do que viver com filhos e netos. O quadro de coabitação que envolve os descendentes pode significar para os idosos um acúmulo de papéis e tarefas ligados ao cuidado direto com os netos (por exemplo, enquanto os filhos estão trabalhando), com as tarefas domésticas (cozinhar, limpar a casa, etc.), o que ao final, não permite ao idoso ter tempo para cuidar de si mesmo e para buscar atividades que lhe aprazem. Por sua vez, os que vivem sozinhos têm mais oportunidades de se desvincular das tarefas domésticas (podem fazê-las ou não, e no ritmo que preferirem), e podem escolher ajudar os filhos ou netos de forma menos desobrigada. Viver só protege os idosos do suporte social excessivo, disruptivo ou disfuncional passível de acontecer quando o idoso vive com a família de um filho, sob condição de dependência, ou mesmo quando vive com o cônjuge e filhos, mas ajudando a sustentar a sua família, quando geralmente o idoso sai prejudicado quanto à possibilidade de suprir as suas próprias necessidades.

Por fim, o modelo gerado pela análise de regressão hierárquica por blocos mostrou o peso dos fatores por ordem de importância. Assim, as condições de maior risco para a funcionalidade dos idosos foram: a pobreza, a presença de sintomas depressivos, a coabitação com descendentes e, por último, ter baixo suporte social percebido. A manutenção de independência para AAVDs e para AIVDs, indicadoras de bom nível de envolvimento social, depende de estabilidade socioeconômica associada à atividade e ao funcionamento automotivado (ausência de sintomas depressivos) e boa adaptação aos apoios sociais disponíveis, independentemente do nível de fragilidade e das experiências estressantes. As análises estatísticas não permitiram estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis e nem mesmo as trajetórias ou os caminhos de influência das variáveis isoladas ou em blocos, mas ofereceram importantes pistas a respeito da influência de sua relação conjunta sobre a variável critério.

CAPÍTULO 4

CONDIÇÕES DE RISCO BIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL, RECURSOS PSICOLÓGICOS E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE: FIBRA PARNAÍBA

Sob o efeito de situações estressantes, tais como doenças, dificuldade de regular as emoções, dor crônica, perda de entes queridos, incapacidade física, problemas de memória, os recursos psicológicos funcionam como reservas frente a eventos estressantes. A capacidade de enfrentamento e de recuperação dos efeitos de eventos altamente exigentes aos recursos pessoais (também chamada de resiliência psicológica) tende a manter-se na velhice (Baltes, 1987; Gatz, 1998). A resiliência psicológica é associada à presença de mecanismos de autorregulação do *self* (Bandura, 1986), entre os quais podem ser citadas as estratégias de enfrentamento e as autoavaliações referenciadas a processos de comparação social e temporal (A. L. Neri, 2002; Rabelo & Neri, 2006).

De acordo com Aldwin e Gilmer (2004), na atualidade, a maioria dos instrumentos de avaliação do enfrentamento tem incorporado as várias perspectivas sobre o fenômeno e contempla os seguintes tipos: enfrentamento focado no problema; enfrentamento focado na emoção; enfrentamento por meio do suporte social; enfrentamento religioso; e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema. Outras tipologias baseadas nessa estão disponíveis, entre elas a de Fortes-Burgos et al. (2008), estabelecida com base em dados de idosos brasileiros e composta por cinco fatores: emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco; tentativas de controle sobre o ambiente; religiosidade como elemento amortecedor; atenuação do potencial estressor do evento mediante comportamentos de esquiva; e inibição das emoções.

A eficácia do enfrentamento remete à percepção das consequências das ações adotadas para lidar com determinado evento ou situação estressante, sendo, portanto, um elemento-chave

no processo de estresse, e por vezes, mais importante do que a própria escolha das estratégias (Aldwin, 2007). Segundo a autora, nas últimas décadas, houve um aumento no número de pesquisas sobre eficácia de enfrentamento. Em estudo conduzido por Aldwin e Revenson (1987), a percepção do nível de estresse foi mais dependente da percepção de eficácia do que do tipo de enfrentamento adotado, apontando para as diferenças entre os esforços de enfrentamento e a percepção de eficácia do enfrentamento.

Problemas na saúde física ou emocional, más condições sociais e econômicas e a convivência com situações estressantes podem representar risco para o funcionamento independente na velhice, e conseqüentemente, afetar a qualidade de vida e o bem-estar nesta fase da vida. Uma das condições comumente relacionada com incapacidade funcional é a fragilidade biológica (Gallucci et al., 2008; Levers et al., 2006), que pode ser definida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associado ao envelhecimento (Fried et al., 2004; Fried & Walston, 2003). A fragilidade pode ser operacionalizada através de cinco critérios: perda de peso não intencional no ano anterior; fadiga autorrelatada; lentidão da marcha; baixa força de preensão manual; e baixa taxa de gasto metabólico em atividades físicas. O idoso frágil é aquele que apresenta pelo menos três dos critérios acima, e o idoso pré-frágil, apresenta um ou dois critérios. A presença de fragilidade acarreta importantes alterações fisiológicas no organismo do idoso, e pode levar a diminuição da participação em atividades mais complexas ou avançadas, indicando uma condição de risco para a funcionalidade na velhice.

Estados depressivos também representam condição de risco para a manutenção de bons níveis de funcionamento na velhice. A depressão tem sido apontada como um dos principais problemas de saúde pública para a população geral no mundo todo (Beekman et al., 2002), sendo que na velhice, costuma ser identificada através de sintomas somáticos, alterações cognitivas, perda de interesse em atividades do dia a dia, fadiga, alterações do sono, e pensamentos sobre morte e desesperança geral (Butters et al., 2004; Christensen et al., 1999; Gallo et al., 1998; Reifler, 1994). Alguns fatores têm sido associados com depressão na velhice, como por exemplo, maior vulnerabilidade social e econômica (Areán et al., 2005; Beekman et al., 2001; Mojtabai &

Olfson, 2004), ou problemas nas redes de suporte social (Blazer, 2005; Nagurney et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002).

Quando associada com experiência de grandes eventos de vida, a depressão pode acarretar consequências importantes para a vida social do idoso. Por exemplo, idosos que estão experimentando perdas significativas podem apresentar sintomas depressivos como desinteresse e falta de prazer, sentimentos que podem colaborar para o isolamento social e o afastamento das atividades (De Beurs et al., 2001). Eventos de vida são grandes acontecimentos que marcam a trajetória de vida das pessoas, e podem ser percebidas como estressantes, particularmente quando apresentam certo grau de incontrolabilidade, ou quando ocorrem de maneira inesperada (Baltes, 1997; Diehl, 1999). Estudos mostram que os idosos de modo geral enfrentam eventos relacionados à saúde física, morte de entes queridos, aposentadoria, problemas financeiros, problemas nos relacionamentos e problemas que acometem os descendentes (Aldwin et al., 1996; Baltes & Smith, 1999; Cairney & Krause, 2008; Coleman, 1993; Folkman et al., 1987; Fortes-Burgos et al., 2008; Milkie et al., 2008; Tak et al., 2007). A experiência de eventos estressantes por si só pode representar uma condição de risco para a funcionalidade, particularmente se tais situações afetarem diretamente a saúde física ou emocional do idoso (Fagerstrom et al., 2007; Patel et al., 2006; Rosa et al., 2003; Tinetti et al., 2005).

A capacidade funcional está relacionada à medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDs), referentes ao autocuidado, e do grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relativas ao manejo da vida prática em casa e na vizinhança (Baltes et al., 1993). A realização dessas atividades está diretamente relacionada com a manutenção da autonomia e da independência, possível e desejável até a velhice avançada. Além das atividades básicas e instrumentais, existem as chamadas atividades avançadas de vida diária (AAVDs), que excedem o funcionamento independente do indivíduo em casa e na vizinhança e incluem ações ligadas à vontade e à motivação para executar comportamentos ligados ao exercício de papéis sociais, à produtividade e ao envolvimento social. São atividades relacionadas à participação, a relacionamentos sociais e com familiares, à realização de trabalho voluntário ou remunerado, a atividades ligadas ao lazer de modo geral e a habilidades específicas (Reuben et al., 1990). A

presença desse tipo de atividade no envelhecimento é indicativa de maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental (Aykawa & Neri, 2005), além de representar um dos critérios que definem o envelhecimento bem-sucedido, de acordo com Rowe e Kahn (1998). Dificuldades em participar dessas atividades podem até não indicar perda funcional atual, mas significam risco para importantes perdas futuras (Hedrick, 1995; Reuben et al., 1993).

O presente estudo parte do pressuposto de que os recursos psicológicos de enfrentamento de eventos estressantes (estratégias de enfrentamento e percepção de eficácia do enfrentamento) podem contribuir para a continuidade de seu funcionamento ou para os seus esforços de recuperação da funcionalidade física e psicossocial, mesmo sob condições de fragilidade biológica e de vulnerabilidade social.

Objetivos

1. Descrever as variáveis: gênero, idade, renda familiar, fragilidade biológica, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade na amostra como um todo.
2. Analisar as variáveis: fragilidade biológica, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, em relação às variáveis sociodemográficas gênero, idade e renda familiar.
3. Analisar as relações entre as variáveis: fragilidade biológica, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade.
4. Estabelecer perfis de risco para incapacidade funcional, indicada por menor envolvimento social, considerando todas as variáveis estudadas.

MÉTODO

Participantes e procedimentos

Reiterando o que foi dito no Capítulo 2, este estudo foi desenvolvido com base no banco de dados eletrônico do Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros - Rede FIBRA do município de Parnaíba (PI), coletados entre setembro de 2008 e junho de 2009.

Da amostra total de 487 idosos do FIBRA Parnaíba, foram selecionados, pelo critério de desempenho no MEEM, 302 idosos com 65 anos e mais, que completaram todo o protocolo de coleta de dados, incluindo as variáveis específicas ao presente estudo. Ou seja, 38% (185) apresentaram pontuação sugestiva de déficit cognitivo. Houve diferenças significativas entre os resultados no MEEM dos homens e mulheres ($p < 0.001$); entre os resultados dos frágeis e não-frágeis ($p < 0.031$) e entre os dos mais velhos e os mais jovens ($p < 0.012$). As mulheres, os mais velhos e os mais frágeis pontuaram significativamente mais baixo no MEEM. A média de pontos no MEEM foi de 21.50 (d.p.=4.82).

Instrumentos

Do conjunto de variáveis investigadas no FIBRA Paranaíba foi selecionado um grupo de variáveis que atendem aos objetivos específicos deste estudo, conforme mostra o Quadro 5. Os instrumentos, na íntegra, bem como a forma de aplicação das medidas de fragilidade encontram-se no Anexo E. Neste Anexo é igualmente apresentado o MEEM, com instruções de aplicação.

Quadro 5. Variáveis e instrumentos utilizados no estudo sobre relações entre condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| | <i>Variáveis</i> | <i>Instrumentos</i> |
|--|---|--|
| Identificação pessoal | Nome e endereço completo | Seis itens de autorrelato. |
| Condições de risco psicossocial | Gênero Idade Renda familiar Sintomas depressivos Eventos estressantes | Três itens de autorrelato. Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15 (Yesavage, 1983; Almeida e Almeida, 1999; Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007). 40 itens com resposta dicotômica e escalares (5 pontos) + um item de resposta estruturada pelo idoso, sendo 32 itens traduzidos e adaptados do <i>The Elders Life Stress Inventory – ELSI</i> (Aldwin, 1990) (ver Fortes-Burgos, Neri e Cupertino, 2008), acrescidos de 8 itens construídos para o FIBRA - Unicamp, segundo a realidade brasileira. |
| Condições de risco biológico | <i>Fragilidade biológica</i> 1. Perda de peso não-intencional 2. Fadiga 3. Força de preensão manual 4. Nível de atividade física 5. Velocidade da marcha | Um item dicotômico e um item de resposta estruturada pelo idoso. Itens 7 e 20 da CES-D (Radloff, 1977; Batistoni, Neri e Cupertino, 2007), com 4 pontos cada. Medida de execução com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante. Três tentativas. Minnesota Leisure Activity Questionnaire (Taylor et al, 1978; Ainsworth et al, 2000; Lustosa et al, submetido) adaptado para esta pesquisa – 37 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso. Medida de execução – percurso 4,6 m em linha reta, com marcação do tempo em milésimos de segundos (Guralnik et al, 1994; Nakano, 2007). Três tentativas. |
| Recursos psicológicos | Estratégias de enfrentamento Eficácia do enfrentamento | 19 itens escalares (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996; Fortes-Burgos, Neri, Cupertino, 2008). 1 item dicotômico relacionado à eficácia das estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o evento estressante |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Funcionalidade | Envolvimento social definido pela participação em atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e em três atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) realizadas fora de casa. | 13 itens estruturados a partir de M. M. Baltes et al, 1993; Reuben et al, 1990; Strawbridge et al, 2002; Souza, Magalhães e Teixeira-Salmella, 2006; Bellini, 2006. 3 itens da escala de Lawton e Brody (1969) referentes a atividades realizadas fora do ambiente doméstico e o grau de independência para realizá-las (Brito Nunes, Yuaso, 2007). |
|-----------------------|--|--|

Análise de dados

Os dados foram submetidos a análises estatísticas no SPSS versão 13.1 e no SAS versão 8.02. Para os dados ordinais foram feitas medidas de frequência, posição e dispersão, testes de comparação entre médias de grupos com os testes Mann Whitney, Kruskal Wallis, Dunn e Duncan e testes de correlação (*Spearman*). Para a análise de frequência dos dados categóricos foram feitos testes Q^2 e Exato de Fischer. Análises de regressão univariada e multivariada (estas por critério *stepwise*) foram realizadas para testar a força das associações entre as variáveis antecedentes sobre a variável critério, moderadas por suporte social percebido e arranjos de moradia. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Foi realizada análise de consistência interna dos instrumentos selecionados para este estudo (Tabela 15). Foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala ordinal (GDS) e o coeficiente KR20 de Kuder-Richardson para as medidas nominais (MEEM). Observou-se consistência intermediária para a GDS (*Escala de Depressão Geriátrica*) e para o MEEM (*Mini-Exame do Estado Mental*).

Tabela 15. Índices de consistência interna do MEEM e da GDS. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Escala / Domínio ou Fator | Nº de Itens | Coefficiente* | Itens com menor consistência | Correlação com o Total** | Coefficiente (após retirada)*** |
|---------------------------|-------------|---------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| MEEM / Total | 30 | 0.669 | C21 - Tijolo | -0.060 | 0.690 |
| | | | C27 - Chão | -0.008 | 0.701 |
| | | | C19 - Carro | 0.014 | 0.712 |
| GDS / Total**** | 15 | 0.668 | M9 - GDS9 | 0.082 | 0.677 |

* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

** Coeficiente de consistência após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

*** Itens invertidos na escala GDS para o cálculo do alfa: 1, 5, 7, 11 e 13.

Dos 302 idosos da amostra total, 57,62 % eram mulheres, sendo que a idade variou de 65 a 88 anos (M=72.74; d.p.=5.56). Observa-se maior prevalência de idosos pertencentes aos grupos etários mais novos, e menor frequência no grupo mais velho. A renda familiar, calculada em salários mínimos (SM), variou entre 0,24 SM e 53,76 SM (M=3.26; d.p.=4.68). Os resultados das análises descritivas simples das variáveis de interesse estão expostos na Tabela 16.

Tabela 16. Distribuição da amostra segundo as variáveis indicadoras de risco social, biológico e psicossocial, de proteção psicológica e de funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | N=302 | |
|---|-----------------------------|-------|------|
| | | % | M |
| Gênero | Masculino | 42,38 | — |
| | Feminino | 57,62 | — |
| Idade (em anos) | 65-69 | 37,42 | — |
| | 70-74 | 27,48 | — |
| | 75-79 | 20,20 | — |
| | 80+ | 14,90 | — |
| Renda familiar (em SM) | ≤1.0 | 13,96 | — |
| | 1.1-3.0 | 59,62 | — |
| | 3.1-5.0 | 15,09 | — |
| | 5.1-10.0 | 6,04 | — |
| | >10.0 | 5,28 | — |
| Fragilidade biológica | Não-frágeis (0 critério) | 39,20 | — |
| | Pré-frágeis (1-2 critérios) | 53,82 | — |
| | Frágeis (3-5 critérios) | 6,98 | — |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 24,92 | — |
| | Sem (GDS <5) | 75,08 | — |
| Eventos estressantes | Finitude | 91,06 | — |
| | Descendência | 69,21 | — |
| | Cuidado | 56,95 | — |
| | Bem-estar | 90,07 | — |
| | Transição | 53,64 | — |
| Estratégias de enfrentamento | Emoções negativas | — | 1.59 |
| | Controle ambiental | — | 2.50 |
| | Religiosidade | — | 3.76 |
| | Esquiva | — | 2.59 |
| | Inibição emocional | — | 2.95 |
| Eficácia do enfrentamento | Sim | 89,42 | — |
| | Não | 10,58 | — |
| Funcionalidade | Menor (<=8) | 65,56 | — |
| | Maior (>=9) | 34,44 | — |

Mais da metade dos idosos classificou-se como pré-frágeis e 6,98% como frágeis. Utilizando o ponto de corte ≥ 6 para a amostra de 302 idosos, verificou-se que 24,92% dos idosos pontuaram para sintomas depressivos. Os eventos relatados com maior frequência foram os relacionados à finitude e os que afetam o bem-estar. A intensidade média atribuída aos eventos foi de 3.22 (d.p.=0.91). Eventos relacionados à finitude foram avaliados como os mais estressantes (M=3.58; d.p.=1.09), seguidos por eventos que afetam a descendência (M=3.36;

d.p.=1.38), eventos relacionados ao cuidado (M=3.16; d.p.=1.46), eventos que afetam o bem-estar (M=3.12; d.p.=1.11), e por último, eventos de transição (M=2.13; d.p.=1.35).

Religiosidade foi a estratégia utilizada com maior frequência (M=3.76; d.p.=0.54), seguida por inibição emocional (M=2.95; d.p.=0.77). A menos relatada foi expressão de emoções negativas (M=1.59; d.p.=0.50). A grande maioria dos idosos considerou que as estratégias por eles utilizadas foram eficazes.

Foi calculada a mediana da distribuição dos escores de funcionalidade indicada por envolvimento social. Em Parnaíba, 65,56% dos idosos pontuaram igual ou menor do que 8 e 34,44% igual ou maior do que 9.

A seguir serão apresentadas as análises comparativas com relação às variáveis de interesse a este estudo e as variáveis sociodemográficas gênero, idade e renda familiar.

Tabela 17. Frequência de respostas relativas a idade, renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável gênero. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Masculino | | Feminino | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | | % | M | % | M |
| Idade (em anos) | 60-69 | 33,59 | | 40,23 | |
| | 70-74 | 28,91 | | 26,44 | |
| | 75-79 | 21,09 | | 19,54 | |
| | 80+ | 16,41 | | 13,79 | |
| Renda familiar (em SM) | ≤1.0 | 13,91 | | 14,00 | |
| | 1.1-3 | 58,26 | | 60,67 | |
| | 3.1-5 | 16,52 | | 14,00 | |
| | 5.1-10 | 4,35 | | 7,33 | |
| | >10 | 6,96 | | 4,00 | |
| Fragilidade biológica | Não-frágeis | 40,16 | | 38,51 | |
| | Pré-frágeis | 52,76 | — | 54,60 | — |
| | Frágeis | 7,09 | | 6,90 | |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 19,53 | | 28,90 | |
| | Sem (GDS ≤5) | 80,47 | — | 71,10 | — |
| Eventos - Finitude | Sim | 92,19 | | 90,23 | |
| | Não | 7,81 | — | 9,77 | — |
| - Descendência | Sim | 71,09 | | 67,82 | |
| | Não | 28,91 | — | 32,18 | — |
| - Cuidado | Sim | 52,34 | | 60,34 | |
| | Não | 47,66 | — | 39,66 | — |
| - Bem-estar | Sim | 88,28 | | 91,38 | |
| | Não | 11,72 | — | 8,62 | — |
| - Transição | Sim | 65,63^a | | 44,83 | |
| | Não | 34,38 | | 55,17^a | |
| Estratégias de enfrentamento | Emoções negativas | | 1,57 | | 1,60 |
| | Controle ambiental | | 2,46 | | 2,52 |
| | Religiosidade | — | 3,58^b | — | 3,90^b |
| | Esquiva | | 2,51 | | 2,65 |
| | Inibição emocional | | 3,13^b | | 2,82^b |
| Eficácia do enfrentamento | Sim | 91,27 | | 88,02 | |
| | Não | 8,73 | — | 11,98 | — |
| Funcionalidade | Menor (≤8) | 60,94 | | 68,97 | |
| | Maior (>=9) | 39,06 | — | 31,03 | — |

^a Sign. para $p < 0.001$ ($X^2=12.83$; $GL=1$); ^b Teste Mann-Whitney (Valor- $p < 0.001$).

Houve diferença significativa entre gêneros em relação a eventos estressantes de transição (maior frequência entre os homens), intensidade de eventos estressantes que afetam a descendência (mais entre as mulheres), escore de enfrentamento ‘religiosidade’ (maior entre as mulheres), e escore de enfrentamento ‘inibição emocional’ (maior entre os homens).

Tabela 18. Frequência de respostas relativas a renda familiar, fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável idade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | 65-69 | | 70-74 | | 75-79 | | 80 e + | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|
| | | % | M | % | M | % | M | % | M |
| Renda familiar (em SM) | ≤1.0 | 16,84 | | 11,84 | | 10,71 | | 15,79 | |
| | 1.1-3 | 60,00 | | 60,53 | | 58,93 | | 57,89 | |
| | 3.1-5 | 13,68 | — | 14,47 | — | 14,29 | — | 21,05 | — |
| | 5.1-10 | 6,32 | | 9,21 | | 5,36 | | 0,00 | |
| | >10 | 3,16 | | 3,95 | | 10,71 | | 5,26 | |
| Fenótipo de Fragilidade | Não-frágeis | 41,96 | | 39,76 | | 26,23 | | 48,89 | |
| | Pré-frágeis | 50,89 | — | 54,22 | — | 65,57 | — | 44,44 | — |
| | Frágeis | 7,14 | | 6,02 | | 8,20 | | 6,67 | |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 17,43 | | 19,81 | | 23,14 | | 17,19 | |
| | Sem (GDS ≤5) | 82,57 | — | 80,19 | — | 76,86 | — | 82,81 | — |
| Eventos - Finitude | Sim | 92,04 | | 93,98 | | 85,25 | | 91,11 | |
| | Não | 7,96 | — | 6,02 | — | 14,75 | — | 8,89 | — |
| - Descendência | Sim | 67,26 | | 72,29 | | 63,93 | | 75,56 | |
| | Não | 32,74 | — | 27,71 | — | 36,07 | — | 24,44 | — |
| - Cuidado | Sim | 61,06 | | 56,63 | | 57,38 | | 46,67 | |
| | Não | 38,94 | — | 43,37 | — | 42,62 | — | 53,33 | — |
| - Bem-estar | Sim | 87,61 | | 95,18 | | 85,25 | | 93,33 | |
| | Não | 12,39 | — | 4,82 | — | 14,75 | — | 6,67 | — |
| - Transição | Sim | 54,87 | | 54,22 | | 49,18 | | 55,56 | |
| | Não | 45,13 | — | 45,78 | — | 50,82 | — | 44,44 | — |
| Estratégias de enfrentamento | Emoções negativas | | 1,58 | | 1,58 | | 1,61 | | 1,60 |
| | Controle ambiental | | 2,58 | | 2,53 | | 2,42 | | 2,32 |
| | Religiosidade | — | 3,74 | — | 3,77 | — | 3,73 | — | 3,86 |
| | Esquiva | | 2,69 | | 2,49 | | 2,61 | | 2,51 |
| | Inibição emocional | | 2,95 | | 2,86 | | 2,96 | | 3,08 |
| Eficácia do enfrentamento | Sim | 88,18 | | 91,36 | | 87,93 | | 90,91 | |
| | Não | 11,82 | — | 8,64 | — | 12,07 | — | 9,09 | — |
| Funcionalidade | Menor (≤8) | 63,72 | | 65,06 | | 67,21 | | 68,89 | |
| | Maior (>=9) | 36,28 | — | 34,94 | — | 32,79 | — | 31,11 | — |

Não foram observadas diferenças entre os grupos de idade nem com relação à frequência de idosos que pontuaram para os níveis de renda familiar e de fragilidade e nem para a experiência dos diferentes eventos estressantes. Tampouco diferiram em relação aos escores médios em estratégias de enfrentamento, as repostas de eficácia do enfrentamento e as medianas em funcionalidade.

Os resultados expressos na Tabela 19 mostram diferença significativa entre os grupos de renda familiar para as seguintes variáveis: eventos estressantes que afetam a descendência e os que afetam o bem-estar (maior frequência entre os idosos com menor renda familiar), funcionalidade (maior frequência entre os idosos com maior renda familiar). As comparações entre as variáveis ordinais revelaram diferença estatisticamente significativa entre níveis de renda e escore da GDS: os idosos mais pobres pontuaram mais alto para sintomas depressivos do que os mais ricos e estes pontuaram mais alto em funcionalidade do que aqueles.

Tabela 19. Frequência de respostas relativas a fragilidade, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade, conforme a variável renda familiar, em salários mínimos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | ≤1.0 S. M. | | 1.1-3 S. M. | | 3.1-5 S. M. | | 5.1-10 S. M. | | >10 S. M. | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| | | % | M | % | M | % | M | % | M | % | M |
| Fenótipo de Fragilidade | Não-frágeis | 29,73 | | 35,67 | | 62,50 | | 50,00 | | 57,14 | |
| | Pré-frágeis | 62,16 | — | 55,41 | — | 35,00 | — | 50,00 | — | 35,71 | — |
| | Frágeis | 8,11 | | 8,92 | | 2,50 | | 0,00 | | 7,14 | |
| Sintomas depressivos | Com (GDS ≥6) | 21,62 | | 29,30 | | 15,00 | | 25,00 | | 21,43 | |
| | Sem (GDS ≤5) | 78,38 | — | 70,70 | — | 85,00 | — | 75,00 | — | 78,57 | — |
| Eventos - Finitude | Sim | 78,38 | | 93,67 | | 90,00 | | 93,75 | | 92,86 | |
| | Não | 21,62 | — | 6,33 | — | 10,00 | — | 6,25 | — | 7,14 | — |
| - Descendência | Sim | 67,57^a | | 77,85^a | | 55,00 | | 43,75 | | 71,43^a | |
| | Não | 32,43 | — | 22,15 | — | 45,00^a | — | 56,25^a | — | 28,57 | — |
| - Cuidado | Sim | 48,65 | | 62,66 | | 45,00 | | 62,50 | | 64,29 | |
| | Não | 51,35 | — | 37,34 | — | 55,00 | — | 37,50 | — | 35,71 | — |
| - Bem-estar | Sim | 91,89^b | | 94,30^b | | 75,00 | | 93,75^b | | 85,71 | |
| | Não | 8,11 | — | 5,70 | — | 25,00^b | — | 6,25 | — | 14,29^b | — |
| - Transição | Sim | 54,05 | | 52,53 | | 57,50 | | 50,00 | | 64,29 | |
| | Não | 45,95 | — | 47,47 | — | 42,50 | — | 50,00 | — | 35,71 | — |
| Estratégias de enfrentamento | Emoções negativas | | 1.55 | | 1.63 | | 1.54 | | 1.38 | | 1.58 |
| | Controle ambiental | | 2.39 | | 2.50 | | 2.46 | | 2.58 | | 2.59 |
| | Religiosidade | — | 3.66 | — | 3.78 | — | 3.78 | — | 3.78 | — | 3.64 |
| | Esquiva | | 2.55 | | 2.59 | | 2.52 | | 2.91 | | 2.64 |
| | Inibição emocional | | 3.08 | | 2.93 | | 2.94 | | 2.92 | | 2.90 |
| Eficácia do enfrentamento | Sim | 88,57 | | 90,79 | | 87,50 | | 87,50 | | 85,71 | |
| | Não | 11,43 | — | 9,21 | — | 12,50 | — | 12,50 | — | 14,29 | — |
| Funcionalidade | Menor (<=8) | 81,08^c | | 72,15^c | | 42,50 | | 31,25 | | 28,57 | |
| | Maior (>=9) | 18,92 | — | 27,85 | — | 57,50^c | — | 68,75^c | — | 71,43^c | — |

^a Sign. para p=0.006 (X²=14.40; GL=4); ^b Teste Exato de Fisher p=0.008; ^c Sign. para p<0.001 (X²=32.40; GL=4).

A seguir serão apresentadas as análises comparativas entre as variáveis: fragilidade biológica, sintomas depressivos, eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, eficácia do enfrentamento e funcionalidade.

As Figuras 18 e 19 são relativas às variáveis que se distribuíram de forma significativamente diferente, considerando-se o nível de fragilidade como variável de controle: sintomas depressivos e funcionalidade, respectivamente. Foi observada maior frequência de idosos com sintomas depressivos entre os pré-frágeis ($p=0.022$; $X^2=7.68$; $GL=2$); e menor frequência de idosos com maior funcionalidade entre os idosos frágeis ($p=0.022$; $X^2=7.68$; $GL=2$).

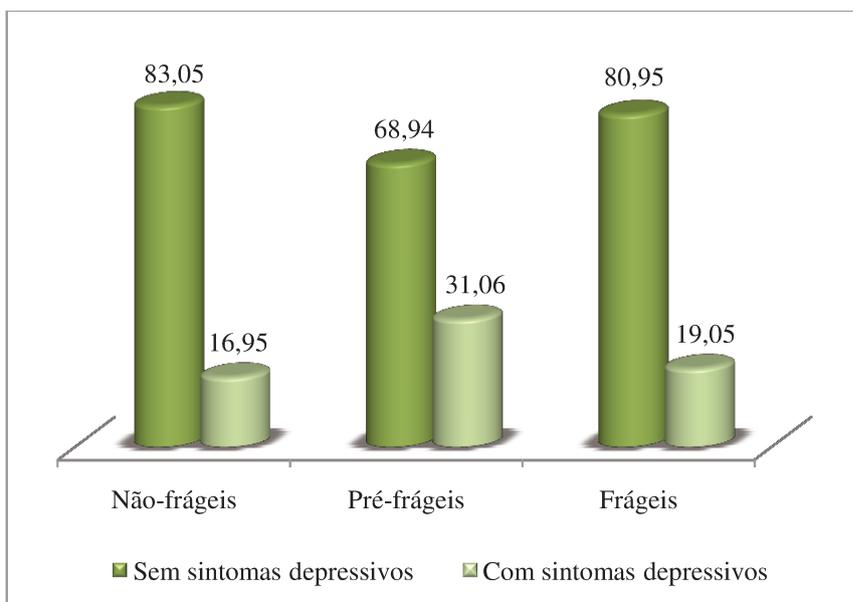


Figura 18. Frequência percentual de idosos sem e com sintomas depressivos, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

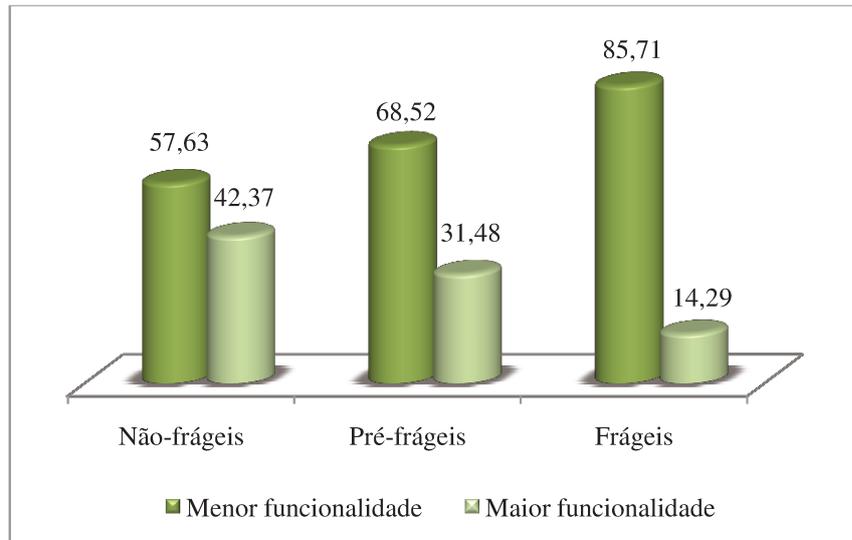


Figura 19. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme a classificação de fragilidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

As Figuras 20 e 21 mostram a distribuição dos idosos com e sem sintomas depressivos conforme as variáveis eficácia do enfrentamento e envolvimento social, respectivamente. Houve menor frequência de idosos que perceberam que o enfrentamento foi eficaz ($p < 0.001$; $X^2 = 14.16$; $GL = 1$) e menor frequência de idosos com maior funcionalidade entre os que pontuaram para sintomas depressivos ($p = 0.006$; $X^2 = 7.72$; $GL = 1$).

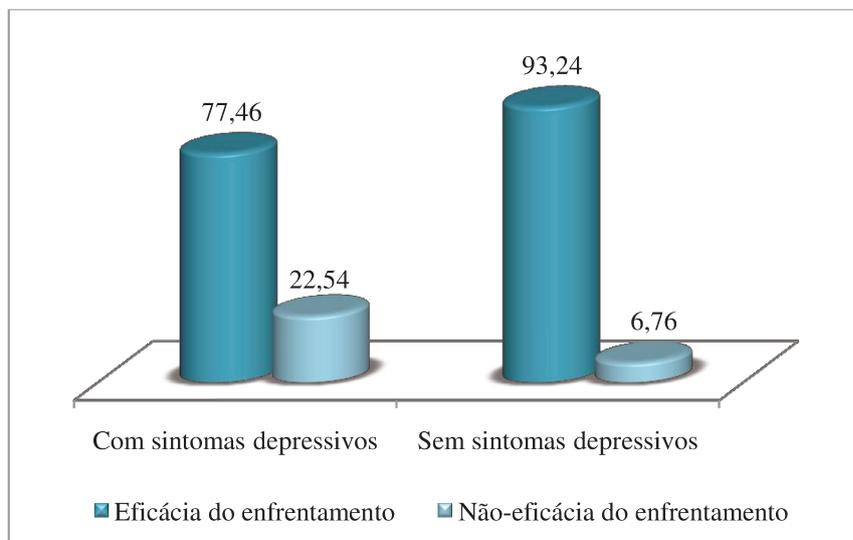


Figura 20. Frequência percentual de idosos que perceberam o enfrentamento como eficaz e não-eficaz, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

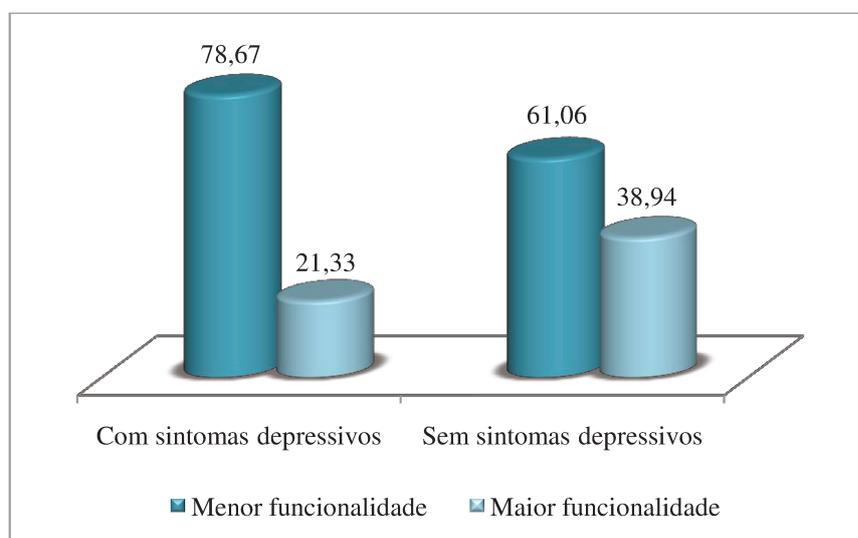


Figura 21. Frequência percentual de idosos com menor e maior funcionalidade, conforme a presença e ausência de sintomas depressivos. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

A Figura 22 mostra as relações estatisticamente significativas entre eficácia do enfrentamento e experiência de eventos estressantes que afetam a descendência. Os resultados mostraram maior frequência de idosos com percepção de eficácia do enfrentamento entre os que viveram eventos estressantes que afetam a descendência ($p=0.028$; $X^2=4.86$; $GL=1$), em comparação com idosos que relataram outros tipos de eventos estressantes.

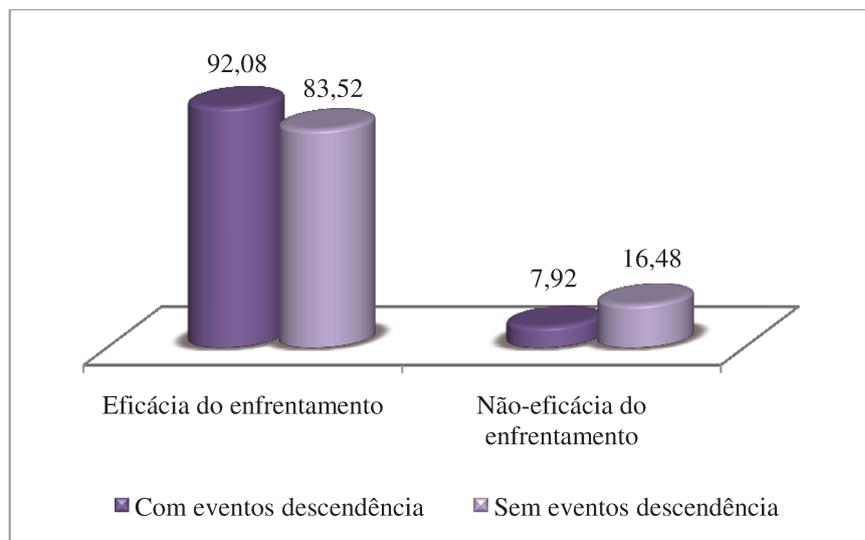


Figura 22. Frequência percentual de idosos que relataram terem vivido eventos que afetam a descendência, conforme a avaliação de eficácia do enfrentamento. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

Análises de correlação entre os escores relativos à funcionalidade, a sintomas depressivos e a estratégias de enfrentamento revelaram as seguintes correlações estatisticamente significativas: quanto maior o escore da GDS, menor o escore de funcionalidade ($r=-0.270$, $p<0.001$); quanto maior o uso de controle ambiental, maior o escore de funcionalidade ($r=0.116$, $p=0.044$), e quanto maior o uso de esquiva, maior a funcionalidade ($r=0.128$, $p=0.026$).

A seguir serão apresentados os resultados das análises de regressão logística que mostram as razões de chance de as variáveis assumidas como antecedentes afetarem a funcionalidade.

Tabela 20. Resultados da análise de regressão logística univariada para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|---|---------------------------|---------|-------|--------------|
| Gênero | Feminino (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Masculino | 0.148 | 1.43 | 0.88 – 2.30 |
| Idade | ≥80 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 65-69 anos | 0.538 | 1.26 | 0.60 – 2.64 |
| | 70-74 anos | 0.662 | 1.19 | 0.55 – 2.58 |
| | 75-79 anos | 0.855 | 1.08 | 0.47 – 2.47 |
| Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.270 | 1.65 | 0.68 – 4.04 |
| | 3.1-5.0 SM | <0.001 | 5.80 | 2.06 – 16.31 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.001 | 9.43 | 2.47 – 35.99 |
| | >10.0 SM | 0.001 | 10.71 | 2.59 – 44.40 |
| Fragilidade biológica | Frágil (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não frágil | 0.023 | 4.41 | 1.23 – 15.80 |
| | Pré-frágil | 0.117 | 2.76 | 0.78 – 9.78 |
| Eventos estressantes de finitude | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.168 | 0.52 | 0.20 – 1.32 |
| Eventos estressantes de descendência | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.788 | 0.93 | 0.56 – 1.56 |
| Eventos estressantes de cuidado | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.665 | 0.90 | 0.56 – 1.45 |
| Eventos estressantes de bem-estar | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.183 | 0.55 | 0.23 – 1.33 |
| Eventos estressantes de transição | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.307 | 0.78 | 0.48 – 1.26 |
| Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.006 | 2.35 | 1.27 – 4.34 |
| Estratégias de enfrentamento Fator 1 (emoções negativas) | Variável contínua (score) | 0.155 | 0.70 | 0.42 – 1.15 |
| Estratégias de enfrentamento Fator 2 (tentativa de controle) | Variável contínua (score) | 0.174 | 1.25 | 0.91 – 1.73 |
| Estratégias de enfrentamento Fator 3 (religiosidade) | Variável contínua (score) | 0.582 | 1.14 | 0.72 – 1.79 |
| Estratégias de enfrentamento Fator 4 (esquiva) | Variável contínua (score) | 0.362 | 1.17 | 0.84 – 1.62 |
| Estratégias de enfrentamento Fator 5 (inibição de emoções) | Variável contínua (score) | 0.384 | 0.87 | 0.64 – 1.19 |
| Eficácia do enfrentamento | Não (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sim | 0.237 | 1.66 | 0.72 – 3.86 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior envolvimento social; (n=198 com menor funcionalidade e n=104 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance. Ref.: nível de referência.

A análise da Tabela 20 permite dizer que o preditor independente mais importante de funcionalidade na velhice é o status socioeconômico da família. Os idosos com renda familiar superior a 10 SM mensais têm 10.71, os com renda familiar entre 5.1 e 10 SM têm 9.43 e os com renda familiar entre 3.1 e 5 SM têm 5.8 vezes mais chance de manter o envolvimento social na velhice do que os estão na base da pirâmide de renda familiar. Os que mantêm excelente nível de ativação, energia, resistência aos estressores e capacidade de manter a homeostase, indicado por ausência de sinais de fragilidade biológica têm 4.41 vezes mais chance de boa funcionalidade do que os frágeis. Os pré-frágeis têm 2.76 vezes mais chance de boa funcionalidade do que os frágeis. Não pontuar para sintomas depressivos representou 2.35 vezes mais chance de boa funcionalidade do que pontuar acima da nota de corte na GDS. Depois dessas razões de chance aparecerem, as variáveis com coeficientes menores que 2 e maiores que 1, pela ordem, foram: avaliação positiva da eficácia do enfrentamento, ser homem, ter de 65 a 69 anos, ter de 70 a 79 anos, usar mais estratégias de enfrentamento mais ativas (controle ambiental) e usar mais a esquiva como forma de enfrentamento.

As variáveis que apresentaram razões de chance estatisticamente significantes dentro dos intervalos de confiança e da margem de erro admitida foram submetidas à análise de regressão logística sem critério de seleção (Tabela 21).

Tabela 21. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|------------------------------|----------------|--------------|-------|--------------|
| Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.227 | 1.75 | 0.70 – 4.36 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.003 | 5.08 | 1.76 – 14.68 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.002 | 8.93 | 2.27 – 35.11 |
| | >10.0 SM | 0.001 | 10.69 | 2.49 – 45.94 |
| Fragilidade biológica | Frágil (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não frágil | 0.125 | 2.92 | 0.74 – 11.45 |
| | Pré-frágil | 0.137 | 2.81 | 0.72 – 10.94 |
| Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.023 | 2.25 | 1.12 – 4.53 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior envolvimento social; (n=161 com menor funcionalidade e n=95 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance.

Os resultados confirmaram renda, não e pré-fragilidade e ausência de sintomas depressivos como as variáveis com maior força de associação com boa funcionalidade.

Tabela 22. Resultados da análise de regressão logística multivariada para funcionalidade, com critério de seleção de variáveis. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis selecionadas | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|--------------------------------|----------------|--------------|-------|--------------|
| 1. Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.226 | 1.75 | 0.71 – 4.34 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.002 | 5.37 | 1.89 – 15.28 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.001 | 9.60 | 2.46 – 37.49 |
| | >10.0 SM | 0.001 | 10.62 | 2.51 – 44.92 |
| 2. Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.026 | 2.19 | 1.10 – 4.36 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior envolvimento social; (n=161 com menor funcionalidade e n=95 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance. Critério *stepwise* de seleção de variáveis.

A análise de regressão logística por critério *stepwise* incluiu as variáveis selecionadas pela análise precedente e permitiu conhecer o grau de associação entre cada uma delas com a variável critério, funcionalidade, na presença das demais. Pelos dados da Tabela 22, identifica-se que a funcionalidade é afetada simultaneamente pelas variáveis ter renda familiar de 3,1 a 10 SM mensais e pontuar para sintomas depressivos. Significa que essas variáveis se relacionam na determinação da variável critério, sem, porém que se possa sugerir a existência de alguma relação de causa e efeito entre elas. Ter renda familiar superior a 3.1 SM apresentou associações mais fortes com funcionalidade do que não ter sintomas depressivos. Ganhar entre 1.1 e 3 SM em comparação com ganhar menos que 1 SM, é praticamente comparável a pontuar para sintomas depressivos.

Por último, foi realizada análise multivariada em blocos hierárquicos com critério *stepwise* de seleção de variáveis dentro de cada um dos seguintes blocos: gênero, idade e renda familiar; fragilidade, eventos estressantes e sintomas depressivos; estratégias de enfrentamento e eficácia do enfrentamento. Os resultados aparecem na Tabela 23.

Novamente renda familiar mais alta foi a que se relacionou de maneira mais robusta, seguida por pontuação inferior à nota de corte na GDS.

Tabela 23. Resultados da análise de regressão logística multivariada hierárquica para funcionalidade. FIBRA Parnaíba, Idosos, 2008-2009.

| Variáveis selecionadas por bloco | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|----------------------------------|----------------|--------------|-------|--------------|
| 1. Renda familiar | ≤1.0 SM (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1.1-3.0 SM | 0.226 | 1.75 | 0.71 – 4.34 |
| | 3.1-5.0 SM | 0.002 | 5.37 | 1.89 – 15.28 |
| | 5.1-10.0 SM | 0.001 | 9.60 | 2.46 – 37.49 |
| | >10.0 SM | 0.001 | 10.62 | 2.51 – 44.92 |
| 2. Sintomas depressivos | Sim (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Não | 0.026 | 2.19 | 1.10 – 4.36 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de chance para maior envolvimento social; (n=161 com menor funcionalidade e n=95 com maior funcionalidade). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance.

No bloco indicativo de vulnerabilidade social, a variável que permaneceu no modelo foi renda familiar. Entre as variáveis de risco biológico e psicossocial a que teve mais força para manifestar-se relacionada com a variável de desfecho funcionalidade, na presença dos demais blocos de variáveis, foi pontuar abaixo da nota de corte na GDS.

DISCUSSÃO

Pouco mais da metade da amostra de Parnaíba foi composta por mulheres, seguindo o percentual encontrado no município, que é de 58% de mulheres com 65 anos e mais (IBGE, 2007). Interessante notar que o percentual de homens é maior do que o encontrado em outros lugares, e difere da razão de sexo estimada para o Brasil (IBGE 2008). Considerando as condições de pobreza da região, é possível que essa coorte de mulheres tenha sido mais afetada por mortalidade associada ao parto e ao puerpério do que do que as mulheres que hoje estão em idade fértil. Não ser mulher, então, terá protegido os homens que puderam sobreviver em maior número do que as mulheres. No entanto, a maioria da amostra ainda é composta por mulheres, assim como encontrado em outros estudos nacionais (Fortes-Burgos et al., 2008; Lebrão & Duarte, 2003). A presença maior das mulheres na pesquisa pode ter sofrido influência de fatores motivacionais, ou seja, as mulheres mostram mais disposição para participar de iniciativas voltadas ao cuidado, porque ao longo da vida estiveram mais

próximas de situações de cuidado e de participação do que os homens. Outro motivo pode ter sido o fato de que havia mais homens trabalhando do que mulheres, com menor disponibilidade para participar do que as mulheres. Pode ser, também, que os homens estivessem mais ausentes dos domicílios do que as mulheres nos horários de recrutamento.

Comparando-se as sub-amostras de idade, observa-se que participaram 5% a mais de idosos acima dos 80 anos, do que a cota esperada para sua presença na população geral. Ao mesmo tempo, participaram 6% menos idosos de 65 a 69 anos do que o esperado. Provavelmente, os idosos mais novos estão entre os que continuam trabalhando ou por alguma outra razão não puderam ou não quiseram participar da pesquisa, acarretando a menor frequência. Por outro lado, é interessante notar que os idosos mais velhos compareceram em frequência maior do que a esperada, o que pode ser efeito da logística adotada pela coordenação local da pesquisa, a qual contou com transporte cedido pela UFPI, ou por variáveis motivacionais. Num local carente como Parnaíba, participar da pesquisa pode ter sido visto como oportunidade de receber atenção à saúde pelos idosos mais velhos, geralmente menos assistidos e com menos possibilidade de acesso.

A maioria dos idosos desta amostra vive com renda familiar que varia entre 1 e 3 salários mínimos e quase 14% vivem com renda familiar inferior a 1 salário mínimo. Tais resultados refletem em parte o baixo IDH-M de Parnaíba (0,674), e alertam para condições de risco social elevado da população idosa daquele município, mesmo considerando a possibilidade de parte deles terem informado valores menores do que realmente recebem.

A prevalência de fragilidade biológica varia entre 3% a 7% nos primeiros anos da velhice, e aumenta acentuadamente na velhice avançada, segundo a literatura (Fried et al., 2003; Walston et al., 2002; Wilson, 2004). Neste estudo 6,98% dos idosos foram classificados como frágeis a partir dos critérios recomendados por Fried et al. (2001), independentemente da idade. Também de acordo com a literatura, mais da metade classificou-se como pré-frágil, representando risco aumentado para a fragilidade, conforme observaram Gill et al. (2006) em estudo longitudinal sobre a progressão dinâmica dos estados de fragilidade. Os autores afirmam que, uma vez que a pessoa já se encontra em estado de pré-fragilidade, ela está mais suscetível a progredir para o estado de fragilidade. A alta prevalência de idosos pré-frágeis serve de alerta para a necessidade de investimentos em programas de prevenção, como sugerem Espinoza e Walston (2005), incluindo aplicação de

avaliação geriátrica global e implementação de medidas preventivas em relação ao declínio funcional, quedas e hospitalizações; ao tratamento de doenças crônicas e à atenção a rede de suporte social. Embora condições compatíveis com pré-fragilidade sejam um desfecho esperado, é interessante considerar que, no contexto socioeconômico de Parnaíba, elas podem significar mais problemas para os indivíduos e para suas famílias. No médio e no curto prazo seria interessante providenciar atenção à saúde desses idosos para que um menor número progredisse para fragilidade. No longo prazo, providências educacionais e de saúde pública seriam a alternativa válida para assegurar melhora da qualidade de vida da população.

Sintomas depressivos foram detectados em cerca de 25% da amostra, prevalência maior do que de outros estudos com a GDS e menor do que em estudos utilizando a CES-D (Batistoni, 2007). Possivelmente esse desfecho esteja relacionado com as condições de vida da população, cujos riscos socioeconômicos atuais e acumulados estariam se fazendo sentir com mais força na população idosa, do que observado em cidades mais desenvolvidas economicamente.

Os eventos estressantes citados com maior frequência foram situações que remetem à finitude. Morte de entes queridos, problemas de saúde do próprio idoso ou de um parente, eventos comumente relacionados com o processo de envelhecimento normal fazem parte dessa categoria. Fortes-Burgos et al. (2008) identificaram alto percentual de eventos desta natureza entre idosos residentes na comunidade, na cidade de Juiz de Fora, MG. Como nesta cidade, em Parnaíba também os idosos apontaram tais eventos como mais estressantes (Fortes-Burgos & Cupertino, 2009). Embora muito presentes na velhice, tais ocorrências podem figurar como eventos incontroláveis, com grande potencial para serem vividas como estressantes (Aldwin & Gilmer, 2004; Davies, 1996; Diehl, 1999).

O outro tipo de evento relatado por quase todos os idosos foram situações que afetam o bem-estar, que incluem perdas em contatos sociais ou em poder aquisitivo, ter tido a própria moradia danificada por chuva ou enchente (ou outros fenômenos naturais), ter vivido conflitos com familiares ou situações de violência como assaltos ou roubo, ter sido enganado ou ridicularizado ou ter vivido situações onde se precisou de remédio ou socorro médico e não se conseguiu. Considerando aspectos socioestruturais do município de Parnaíba, não é difícil imaginar que os idosos sofram com condições adversas do clima, por exemplo. Uma situação peculiar daquela região é o deslocamento das dunas de areia, que, com a força do vento,

acabam invadindo as residências e obrigando os moradores a conviver com condições precárias de moradia, ou a abandonar suas casas. As cheias do rio que corta a cidade também provocam alagamentos, atingindo boa parte dos moradores, em especial os socialmente mais vulneráveis. Presume-se também que os idosos sofram mais com a falta de recursos médicos de emergência, por características próprias do município, ou ainda, por dificuldades de acesso aos serviços disponíveis.

Mais homens do que mulheres mencionaram eventos de transição como os mais estressantes. Como há mais aposentados do que aposentadas na amostra, presume-se que essa frequência mais alta de convivência com eventos de transição esteja relacionada à aposentadoria masculina. Outra possibilidade é que se relacione com a maior probabilidade de novo casamento de homens viúvos do que de mulheres viúvas. Mais mulheres do que homens apontaram eventos que afetam a descendência, talvez porque sejam física e psicologicamente mais oneradas do que os homens. As mulheres também utilizaram mais religiosidade para enfrentar do que os homens, e estes usaram mais inibição emocional, confirmando dados de estudos anteriores (Fortes-Burgos et al., 2008; Martire et al., 2000).

Os tipos de enfrentamento mais mencionados foram aqueles relacionados à religiosidade e a inibição das emoções, confirmando dados de pesquisa anterior (Fortes-Burgos et al., 2008). Estratégias ligadas à religiosidade podem ser úteis para lidar com situações de baixa controlabilidade, em que há pouco ou nada há para ser feito. Orar, pedir orientação espiritual, atribuir o controle a um ser superior, pode ser necessário para a derivação de significado das situações ameaçadoras, para experimentar conforto e controle emocional (Pargament et al., 2000). Segundo Pargament (1996), *“em tempos de crises, crenças e práticas religiosas gerais são transformadas em estratégias de enfrentamento, e estas formas mais específicas de enfrentamento religioso podem ter implicações mais importantes para a resolução de crises”* (Pargament, 1996, p. 218). O uso das estratégias religiosidade e inibição emocional terá sido mais comum em situações incontroláveis ligadas à finitude, a eventos que afetam a descendência e a eventos que conspiram contra o bem-estar. Além da idade e da saúde comprometida, muitos idosos tem contra si, possivelmente, o agravamento do desamparo em virtude da baixa frequência de recursos da cidade. Além disso, estariam mais expostos a um senso menos positivo de eficácia coletiva, resultante de

experiências coletivas de incontrolabilidade. São possibilidades a serem testadas em estudos futuros.

Por outro lado, com base na perspectiva de Schulz e Heckhausen (1998), a regulação emocional na velhice torna-se mais forte à medida que aumentam as chances de viver situações incontroláveis, nas quais pode ser mais adaptativo para a preservação do *self* lançar mão do controle secundário. Outros autores ressaltam que a capacidade de lidar com incertezas aumenta com a idade, e que na velhice pode haver prioridade em investir nas situações que trazem retorno afetivo, sendo necessário deixar de lado aquelas que não trazem (Carstensen, 1995; Labouvie-Vief, 1999). A inibição emocional pode ser uma forma de lidar com a incontrolabilidade, mas pode refletir, também, a adesão a formas socialmente mais aceitas de enfrentamento. Por esse motivo ela terá sido mais frequente entre os homens do que entre as mulheres.

A percepção positiva de eficácia do enfrentamento pela maioria dos idosos confirmou dados de estudos anteriores (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996; Fortes-Burgos et al., 2008; Reich, Zautra & Guarnaccia, 1989). Avaliações positivas do próprio comportamento podem ser um mecanismo de proteção na velhice e sinalizar adaptação (efeito de aprendizado ao longo da vida). Os idosos podem se beneficiar de formas socialmente compartilhadas de enfrentamento e da percepção de eficácia coletiva, quando enfrentam situações que acometem outras pessoas ao seu redor.

A maioria dos idosos relatou baixa participação em atividades realizadas fora do ambiente doméstico, indicando tanto condições de maior vulnerabilidade física e socioeconômica, quanto a escassez de oportunidades de lazer oferecidas aos idosos pelo município. O fato de terem tido facilidade de se deslocar de suas residências para participar da coleta de dados (com o transporte oferecido pela UFPI), pode ter incluído mais idosos com baixa funcionalidade nesta amostra. De acordo com relato da coordenação local, o fato de ter um veículo à disposição dos idosos foi crucial para a grande adesão dos mesmos à pesquisa, que foi vista como uma oportunidade para sair de casa, fazer algo diferente, passear, ou ter um tipo de atendimento em saúde.

A avaliação do cuidado como o evento mais estressante foi mais comum entre os idosos de 75 a 79 anos, o que pode indicar que estes idosos estão mais sobrecarregados no

prestar cuidado a outras pessoas, quer porque o evento é mais provável para eles (esposas cuidando dos maridos principalmente), quer porque estão mais frágeis. A frequência de fragilidade e pré-fragilidade não foi mais alta entre os mais velhos, contrariando a maior parte das pesquisas (Bortz, 1993; Buchner & Wagner, 1992; Fried et al., 2001; Fried & Walston, 1999; Lipsitz, 2002; Nourhashemi et al., 2001; Strawbrigde et al., 1998). O grupo de 75 a 79 anos apresentou as maiores prevalências, sinalizando a condição de vulnerabilidade física deste grupo. Talvez a frequência mais baixa de frágeis entre os de 80 anos seja um produto da seletividade operada por uma combinação das condições do contexto com as condições dos idosos. Ou seja, sobreviver na região e participar da pesquisa seria possível apenas para os mais fisicamente aptos.

Em relação às condições socioeconômicas, este estudo mostrou diferenças importantes. Os idosos que vivem com menores níveis de renda familiar têm menor funcionalidade, têm mais sintomas depressivos e relataram mais eventos que afetam a descendência e o bem-estar. Tais condições evidenciam a vulnerabilidade social dos idosos mais pobres, que se mostram menos envolvidos socialmente, muitas vezes devido à falta de recursos mínimos para sua própria sobrevivência e/ou de seus filhos e netos com quem moram. Esta realidade confirma as proposições de Diehl (1999) acerca das consequências das condições socioeconômicas para a manutenção do bem-estar na velhice. Idosos mais pobres têm menos chance de fazer escolhas e por isso estão mais expostos aos efeitos dos eventos estressantes.

Os mais pobres também estão mais expostos a sintomas depressivos, possivelmente associados à experiência de eventos estressantes que são mais incontroláveis para eles do que para os mais ricos. A preocupação com a própria sobrevivência e as dificuldades para suprir as necessidades mais básicas podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos, tais como sentimentos de desesperança e menos valia, entre outros. Baixo nível de renda é fator comumente relacionado com depressão na velhice (Areán & Alvidrez, 2001; Pinho et al., 2009; Krause et al., 1991; Krause & Baker, 1992; Rothermund & Brandstäedter, 2003). Além disso, sintomas depressivos covariam com doenças, que são numerosas entre os mais pobres.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de renda e a classificação de fragilidade, é importante destacar que ela foi mais

frequente nos dois grupos de renda mais baixa, assim como pré-fragilidade, e que houve frequência bem mais baixa de idosos não-frágeis entre os de renda inferior a um salário mínimo e de 1.1 a 3 salários mínimos. Esses resultados podem ser explicados como um possível produto de desvantagens acumuladas à saúde. Os idosos classificados como pré-frágeis foram os que apresentaram mais sintomas depressivos. Alterações que acompanham o estado de pré-fragilidade podem denunciar as alterações típicas do envelhecimento, porém acompanhada de acentuada perda de energia, fraqueza e dificuldade para fazer as coisas do dia a dia com a mesma agilidade e sucesso. Esse quadro de alterações físicas pode levar o idoso a deparar-se com sentimentos contraditórios acerca das suas próprias capacidades e limitações, com o medo da dependência, com mudanças no ambiente, com as novas necessidades de recursos materiais e de suporte social, situações que podem predispor o indivíduo a maior vulnerabilidade emocional e a manifestação de sintomas depressivos.

Os idosos que pontuaram acima da nota de corte na GDS tenderam mais do que os que pontuaram abaixo, a avaliar seu enfrentamento como não-eficaz. A avaliação da eficácia do enfrentamento está relacionada com a percepção das consequências das ações adotadas para lidar com determinado evento ou situação estressante, e envolve o julgamento das próprias capacidades para lidar com as situações (autoeficácia percebida). São manifestações da depressão as emoções negativas que possivelmente são suscitadas por senso de ineficácia pessoal e por crenças disfuncionais. Em conjunto, elas tendem a relacionar-se com a apatia refletida por falta de iniciativa para tomar decisões. Segundo Karademas e Kalantzi-Azizi (2003), baixo senso de autoeficácia está associado com baixa autoestima e com pensamentos pessimistas sobre as próprias habilidades e realizações, qualidades presentes entre os principais sintomas de depressão.

Aqueles que apresentaram sintomas depressivos também apresentaram mais baixa funcionalidade, resultado previsto na literatura (Cummings et al., 2003; Friedman et al., 2008; Geerlings et al., 2000; Greenglass et al., 2006; Jang et al., 2002; Kessler et al., 2003; Ormel et al., 2002; Taylor & Lynch, 2004). A dificuldade de iniciar comportamentos é um dos fatores identificados por Batistoni et al. (2007) presentes na depressão geriátrica, que, na GDS pode ser identificada principalmente pelos itens: *“O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?”*; *“O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?”*. Além disso,

baixa energia e cansaço, presentes no mesmo instrumento, são fatores que interferem de forma negativa para o envolvimento em atividades sociais, indicador de funcionalidade.

Os idosos que relataram mais eventos ligados à descendência avaliaram positivamente a eficácia do enfrentamento. As estratégias mais utilizadas pelos idosos foram religiosidade e inibição emocional, ambas focadas no controle emocional, de acordo com definição clássica de Lazarus e Folkman (1984), ou seja, não foram estratégias focadas na resolução do problema. Considerando que eventos que ocorrem com os outros têm grande potencial de incontrolabilidade, é provável que os recursos adotados pelos idosos tenham sido mais funcionais neste tipo de situação, e, portanto, foram percebidas como eficazes.

Melhor funcionalidade foi observada entre os idosos que utilizaram estratégias de controle ambiental e estratégias de esQUIVA para enfrentar as situações estressantes. Ambos os tipos de estratégias são focadas no problema (Lazarus & Folkman, 1984), seja por tentativas de controle direto para resolver o problema, ou por tentativas de adiar a resolução do problema. Os idosos com funcionalidade preservada estão mais aptos a envolverem-se em atividades fora do ambiente doméstico, e podem exercer maior controle sobre as situações, uma vez preservadas sua autonomia e sua independência.

O status socioeconômico da família foi o preditor independente mais importante de funcionalidade na velhice, o que aponta a vulnerabilidade econômica como fator de risco importante, provavelmente porque condiciona a presença de danos acumulativos à saúde e o bem-estar social, que tendem a expressar-se em fragilidade e incapacidade na velhice. Fragilidade e presença de sintomas depressivos também tiveram associação com incapacidade funcional.

Após ajuste para as demais variáveis, fragilidade não se relacionou com funcionalidade, ou seja, fragilidade apresentou correlação menos sistemática do que as outras variáveis, quando analisadas conjuntamente. Isso não significa que não exista relevância clínica ou populacional, mas que para o tamanho e características dessa amostra a relação entre fragilidade e funcionalidade mostrou-se mais inconsistente. Contribuições para este desfecho podem advir de questões metodológicas do estudo. O efeito da seleção apurada pelos critérios de recrutamento pode ter incluído os indivíduos menos frágeis e mais preservados física e cognitivamente. Efeitos das relações entre as variáveis fragilidade e

renda, como a colinearidade e efeitos de confusão entre elas, podem ter contribuído para a configuração final da regressão.

Ser frágil e ter sintomas depressivos foram condições associadas com menor funcionalidade entre os idosos de Parnaíba. Tais relações apontam para os efeitos dessas condições de saúde física e mental sobre a capacidade de funcionar independente no ambiente social mais amplo. Renda acima de 3.1 salários mínimos mostrou-se um fator de proteção, sendo que, à medida que aumentam os níveis de renda, aumentam também a chance de melhor funcionalidade. Parte das condições antecedentes propostas no modelo operacional tiveram razões de chance para afetar a funcionalidade, como mostraram as análises de regressão. Os recursos psicológicos representaram um fator de proteção à funcionalidade por meio de controle ambiental e esquiva como estratégias de enfrentamento de eventos estressantes. Embora as variáveis que representam os recursos psicológicos não tenham apresentado força suficiente para afetar a funcionalidade, quando submetidas às análises de regressão, é possível dizer que o modelo operacional confirmou-se parcialmente.

CONCLUSÕES

Os dois estudos apresentados nesta tese de doutorado foram desenvolvidos no contexto do “FIBRA - Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros”, em duas cidades pertencentes ao polo Unicamp: Campinas (SP) e Parnaíba (PI), cujos Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-Ms) são contrastantes. Embora os estudos tenham sido planejados de maneira independente, buscou-se avaliar um conjunto de variáveis comuns que apontassem para melhor ou pior funcionalidade, mediadas por recursos sociais e psicológicos. Não se pretende aqui estabelecer comparações entre as amostras, mas apenas apontar para os dados de uma e da outra que expressam as principais diferenças e similaridades referentes aos fatores relacionados à maior vulnerabilidade dos idosos em ambos os contextos.

Características socioeconômicas das amostras retrataram aspectos já amplamente divulgados em pesquisas que apontam indicadores da população, e previstos pelos IDH-Ms. Os idosos de Campinas convivem em melhor condição de renda familiar, de escolaridade, e de status cognitivo do que os idosos de Parnaíba. A frequência de mulheres idosas na cidade do Nordeste quase se equivale à de homens, mostrando que a feminização da velhice pode não ser um fenômeno tão evidente naquela região, como vemos na região Sudeste.

Em ambos os estudos, a funcionalidade apareceu correlacionada com renda familiar mais alta e com ausência de fragilidade e de sintomas depressivos. Análises logísticas e hierárquicas em Campinas revelaram que idosos com maior funcionalidade tinham maior probabilidade de terem de 65 a 69 anos e de terem níveis mais altos de renda familiar; de não terem fragilidade e sintomas depressivos; de terem alto ou moderado nível de suporte social, e de viverem sozinhos ou apenas com o cônjuge.

Em Parnaíba, análises similares mostraram relações robustas entre funcionalidade, indicada por maior envolvimento social, e alto nível de renda familiar e ausência de sintomas depressivos, mesmo num cenário de grande e generalizada vulnerabilidade social. Embora fragilidade e sintomas depressivos tenham se mostrado isoladamente relacionadas com a vivência de eventos estressantes e de seu enfrentamento, nas análises de regressão

multivariadas em que entraram variáveis mais poderosas de risco e de proteção, elas não apareceram associadas com funcionalidade.

A partir dos dois estudos, pode-se concluir que independentemente do nível de desenvolvimento social das duas cidades de onde provinham as amostras, recursos econômicos parecem ser poderosos fatores de risco e de proteção em relação à velhice bem-sucedida. Somente os recursos sociais mostraram-se como amortecedores dos efeitos dos riscos sobre a funcionalidade, uma vez que as estratégias de enfrentamento e a percepção de eficácia do enfrentamento não se relacionaram com a melhoria desse desfecho.

Limitações aos estudos podem ser derivadas da ausência de comparações entre os recursos sociais e psicológicos nas duas amostras, devido às diferenças entre os protocolos de coleta de dados. Por ocasião do planejamento da pesquisa e da seleção de variáveis para cada município pertencente ao polo Unicamp, foram introduzidas, ao corpo comum de variáveis da Rede FIBRA, outras que respondiam a interesses específicos de pesquisa, sendo que as variáveis relativas ao enfrentamento de eventos estressantes não foram incluídas no município de Campinas, em prol da inclusão de outras variáveis e instrumentos. Outra limitação pode decorrer dos instrumentos utilizados, por possíveis dificuldades na aplicação e na compreensão por parte dos idosos.

Os critérios de inclusão adotados pelo FIBRA podem ter contribuído para a exclusão dos mais debilitados física e cognitivamente, além dos idosos mais frágeis, do ponto de vista biológico. Os critérios aplicados por ocasião do recrutamento excluíram principalmente uma parcela dos idosos que apresentaram problemas sérios de compreensão e locomoção. Tais critérios foram adotados devido à especificidade do protocolo de pesquisa, o qual contou com questionários de autorrelato e provas de execução motora e verbal. A avaliação do status cognitivo, no início da sessão de coleta de dados, acarretou em perda de uma parcela dos idosos, no que se refere ao preenchimento de todo o protocolo de pesquisa, e provavelmente, selecionou aqueles que também apresentavam menos sintomas depressivos ou sinais de fragilidade, relações que deverão ser analisadas em estudos futuros. A seleção a partir do MEEM visou à obtenção de maior confiabilidade dos dados de autorrelato (que constituía a maior parte do protocolo de pesquisa), uma vez que o idoso dependeria de processos cognitivos básicos como atenção e memória, para responder a todas as perguntas de forma confiável.

Os resultados obtidos a partir dos dois estudos mostraram a importância das condições econômicas para a funcionalidade dos idosos residentes em diferentes contextos brasileiros. A pobreza familiar, expressa por níveis muito baixos de renda familiar (inferiores a 3 salários mínimos), coloca o idoso em condição de maior vulnerabilidade social, com pouca oportunidade de acesso a atividades e serviços, quando existentes no município, acarretando importantes restrições às relações sociais e desempenhos de papéis significativos para a manutenção do *self*. Associada a isso, a presença de sintomas depressivos traduziu-se em maior vulnerabilidade psicossocial, com efeitos preocupantes sobre a preservação da funcionalidade na velhice. O fato de o idoso contar com renda familiar acima de 3 salários mínimos representou grande favorecimento para a manutenção da sua saúde, principalmente em Parnaíba. Este dado traz implicações relevantes para a gestão pública, ao apontar para a importância de investimentos em melhores condições educacionais e profissionais das novas gerações, com o fito de promover melhoria das condições de vida familiar e especialmente dos idosos.

Os resultados obtidos trazem implicações psicoeducacionais importantes. O conhecimento de fatores associados à pré-fragilidade e à fragilidade serve como base para programas psicoeducacionais voltados ao autocuidado em saúde, dirigidos à população geral nos diferentes contextos educacionais. Especificamente, programas psicoeducacionais devem ser voltados à formação de recursos humanos, a fim de capacitar os profissionais de saúde a identificar precocemente os sinais de pré-fragilidade e de fragilidade, nos diferentes contextos de atendimento, e assim, terem condições de empregar esforços terapêuticos adequados, minimizar custos e contribuir para a promoção da qualidade de vida dos idosos assistidos.

Retratos da realidade do idoso no Brasil trazem importantes contribuições teóricas e empíricas à Psicologia do Envelhecimento e à Geriatria. Especificamente, os estudos sinalizam a necessidade de investimentos públicos na economia familiar, na saúde, em aparatos sociais, em programas preventivos, nos vários níveis de atenção ao idoso, visando não só remediar aqueles já acometidos, mas preservar a funcionalidade de idosos em diferentes regiões do país, para que desfrutem da longevidade com autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

- Adams, K., & Corrigan, J. M. (2003). *Priority areas for national action: transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., & Strath, S. J. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, 32 (9), 498-516.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Aldwin, C. M. (1990). The Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfall, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in late life families* (pp. 49-69). New York: Hemisphere.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative approach* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2004). *Health, illness, and optimal aging: Biological and psychological perspectives*. California: SAGE.
- Aldwin C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. III (1996). Age Differences in Stress, Coping and Appraisal: Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B(4), 179-188.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help?: A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Aldwin, C. M., Yancura, L. A., & Boeninger, D. K. (2007). Coping, health, and Aging. In C. M. Aldwin, C. L. Park & A. Spiro III (Eds.), *Handbook of Health Psychology and Aging* (pp. 210-226). New York: The Guilford Press.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-65.
- Almeida, O. P., Lafer, B., & Miguel-Filho, E. C. (1990). Depressão no idoso: uma revisão. *Revista Paulista de Medicina*, 108(2), 88-94.

- Alwin, D. F., & Wray, Y. L. A. (2005). A life-span development perspective on social status and health. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, *60B*, 7-14.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, *18*, 15-38.
- Antonucci, T. C. (1991). Attachment, social support, and coping with negative life events in mature adulthood. In E. M. Cummings, A. L. Greene & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span development psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 261-276). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social network, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*, (5th ed., pp. 427-453). San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: a life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelman (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291-311). New York, NY: Pergamon Press.
- Areán, P. A., & Alvidrez, J. (2001). The prevalence of psychiatric disorders and subsyndromal mental illness in low-income, medically ill elderly. *International Journal of Psychiatry in Medicine Special Issue: Biopsychosocial Aspects of Patient Care*, *31*, 9-24.
- Areán, P. A., Gum, A., McCulloch, C. E., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2005). Treatment of depression in low-income older adults. *Psychology and Aging*, *20*, 601-9.
- Aron, A. (2003). Self and close relationships. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 442-461). New York: Guilford.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, *121*, 417-436.
- Atchinson, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, *54*(11), 680-7.
- Ávila-Funes, J. A., Amieva, H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Raoux, N., & Ritchie, K. (2009). Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: The Three-City Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*, 453-461.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *38*, 85-99.
- Aykawa, A. C., & Neri, A. L. (2005). Capacidade funcional. In A. L. Neri (Org.), *Palavras-chave em Gerontologia* (2^a ed., Coleção Velhice e Sociedade, pp. 29-33). Campinas: Editora Alínea.

- Bales, C. W., & Ritchie, C. S. (2002). Sarcopenia, weight loss and nutritional frailty in the elderly. *Annual Review of Nutrition*, 22, 309-323.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. M. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, M. M., Mayr, U., Borchelt, M., Maas, I., & Wilms, H.-U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 13, 657-680.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of the life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-696.
- 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., & 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 the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systematic analysis of old age: theoretical and empirical evidence for a Fourth Age. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 153-173). New York: Springer Publishing Company.
- 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. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Bandeem-Roche, K., Xue, Q-L, Ferrucci, L., Walston, J., Guralnik, J. M., & Chaves, P. (2006). Phenotype of frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 61A(3), 262-266.
- Bandura, A. (1986). *The social foundations of thought and action: A social cognitive approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. A. C. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85.
- Barchifontaine, C. P. (2006). Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*, 30(3), 434-40.
- Barchifontaine, C. P. (2007). Vulnerabilidade e cuidados. In C. P. Barchifontaine & E. L. C.

- P. Zoboli (Orgs.), *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. Aparecida, SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Barreto, S. M., Giatti, L., & Kalache, A. (2004). Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan-American Journal of Public Health, 16*, 110-117.
- Batistoni, S. S. T. (2007) *Sintomas depressivos na velhice: Estudo prospectivo de suas relações com variáveis sociodemográficas e psicossociais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública, 41*(4), 598-605.
- Beckett, M., Goldman, N., Weinstein, M., Lin, I. F., & Chuang, Y. L. (2002). Social environment, life challenge and health among the elderly in Taiwan. *Social Science and Medicine, 55*(2), 191-209.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2001). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89-95.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., De Beurs, E., Geerling, S. W., & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 20-27.
- Bellini, A. C. (2006). *Relações entre condições funcionais da alimentação e estado nutricional, mediados por variáveis físicas e emocionais: um estudo com idosos ambulatoriais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*, 843-857.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. (1994) O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 52*, 1-7.
- Birditt, K. S., & Fingerhman, K. L. (2005). Do we get better at picking our battles? Age differences in descriptions of behavioral reactions to interpersonal tensions. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*(B), P121-128.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology, 115*, 686-94.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences, 58*, 249-65.

- Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging and Mental Health*, 9(6), 497-499.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241-1252.
- Bortz W. M. (1993) The physics of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9), 1004-1008.
- Bortz, W. M. (2002). A conceptual framework of frailty: a review. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(5), 283-288.
- Boult, C., Dowd, B., McCaffey, B. A., Boult, L., Hernandez, R., & Krulewitch, H. (1993). Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 811-817.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355-534.
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6, 41-58.
- Brandstädter, J. (1984). Personal and social control, over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. In P. B. Baltes & O. G. Brim Jr. (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 6, pp.1-32). New York: Academic Press.
- Breda, J. C. (2007). *Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Brito, F. C., Nunes, M. I., & Yuaso, D. R. (2007). Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de avaliação. In M. P. Netto (Org.), *Tratado de Gerontologia* (2ª edição revista e ampliada, pp. 133-148). São Paulo: Ed. Atheneu.
- Brocklehurst, H., & Laurenson, A. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1354-57.
- Brown, I., Renwick, R., & Raphael, D. (1995). Frailty: constructing a common meaning, definition and conceptual framework. *International Journal of Rehabilitation Research*, 18(2), 93-102.
- Brown, S. C., Mason, C. A., Lombard, J. L., Martinez, F., Plater-Zyberk, E., & Spokane, A. R. (2009). The relationship of built environment to perceived social support and psychological distress in Hispanic elders: The role of “Eyes on the Street”. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(2), 234-246.

- 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. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, *61*(3-B), 777-781.
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, *8*(1), 1-17.
- Butters, M. A., Whyte, E. M., Nebes, R. D., Begley, A. E., & Dew, M. A. (2004). The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 587-95.
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. In B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (vol.1, pp. 169-220). New York: Academic Press.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 407-417.
- Cairney, J., & Krause, N. (2008). Negative life events and age-related decline in mastery: Are older adults more vulnerable to the control-eroding effect of stress? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *63B*(3), 162-170.
- Camarano, A. A. (2005). *Idosos brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Sub-secretaria de Direitos Humanos.
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Leitão e Mello, J. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In A. A. Camarano (Org.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* (pp. 25-73). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A., Kanso, S., Leitão e Mello, J., & Pasinato, M. T. (2004). Família: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In A. A. Camarano (Org.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* (pp. 137-167). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A., Pasinato, M. T., & Lemos, V. R. (2007). Cuidados de longa duração para a população idosa. Uma questão de gênero? In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de Vida: Enfoque multidisciplinar* (pp. 127-150). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, *11*, 195-217.
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life-span: A theory of emotional selectivity. In J. E. Jacobs (Org.), *Developmental Perspectives on motivation* (pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L.L. (1995). Motivação para o contato social ao longo do curso da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (A. L. Neri, trad., pp. 111-44). Campinas: Papirus.

- Carstensen, L. L., Gross, J. J., & Fung, H. H. (1998). The social context of emotional experience. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 17 – Focus on Emotion and Adult Development. Philadelphia, Pennsylvania: Springer.
- Cesar, J. A., Oliveira-Filho, J. A., Bess, G., Cegielka, R., Machado, J., Gonçalves, T. S. et al. (2008). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1835-1845.
- Chapleski, E. E., Kaczynski, R., Gerbi, S. A., & Lichtenberg, P. A. (2004). American Indian elders and depression: short and long-term effects of life events. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 40-57.
- Chiriboga, D. A. (1984). Social stressors as antecedents of changes. *Journal of Gerontology*, 39, 468–477.
- Chiriboga, D. A. (1997). Crisis, Challenge, and stability in the middle years. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 293-343). Chicago: University of Chicago Press.
- Christ, S. L., Lee, D. L., Fleming, L. E., LeBlanc, W. G., Arheart, K. L., & Chung-Bridges, K. (2007). Employment and occupation effects on depressive symptoms in older americans: Does working past age 65 protect against depression? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B, 399-403.
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., & Jacomb, P. A. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modeling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29, 325-39.
- Christophe, M. (2009). *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: Uma opção de cuidados de longa duração?* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.
- Clark, C. R., Kawachi, I., Ryan, L., Ertel, K., Fay, M. E., & Berkman, L. F. (2009). Perceived neighborhood safety and incident mobility disability among elders: The hazards of poverty. *BMC Public Health*, 9, 162.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In G. Sarason e B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Coimbra, A. M. V., Ricci, N. A., & Costallat, L. T. L. (2007). *Atividade física para idosos*. Campinas: Gráfica Campinas e Editora.
- Coleman, P. G. (1993). Adjustment in later life. In J. Bond, P. G. Coleman & S. Peace (Eds.), *Ageing in Society: An Introduction to Social Gerontology* (2th ed., pp. 97-132). London: SAGE.

- Cummings, S. M., Neff, J. A., & Husaini, B. A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health & Social Work, 28*, 23-32.
- Dannefer, D. (1984). Adult development and social theory: A paradigmatic reappraisal. *American Sociological Review, 49*, 100-116.
- Davies, A. D. M. (1996). Life event, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life. In R. T. Wood (Ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Aging* (pp. 115-140). New York: Wiley.
- 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 USD general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(5), 844-854.
- De Beurs, E., Beeckman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2001). Becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *British Journal of Psychiatry, 179*, 426-430.
- Devanand, D. P., Kim, M. K., Paykina, N., & Sackeim, H. A. (2002). Adverse life events in elderly patients with major depression or dysthymic disorder and in healthy-control subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 265-274.
- Diehl, M. (1999). Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In C. D. Ryff & V. W. Marshall (Eds.), *The self and society in aging process* (pp.150-183). New York: Springer Publishing Company.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 372-87.
- Dowd, J. J. (1990). Ever since Dürkheim: the socialization of human development. *Human Development, 33*, 138-159.
- Duarte, Y. A. O. (2003). Desempenho funcional e demandas assistenciais. In M. L. Lebrão & Y. A. O. Duarte (Orgs.), *SABE. Saúde, bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial* (pp. 185-200). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L., & Lima F. D. (2005). Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento das demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública, 17*(5/6), 370-378.
- Dupertuis, L. L., Aldwin, C. M., & Bossé, R. (2001). Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes?: Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health, 13*, 494-510.

- Engler, T. (2007). Como a economia pode favorecer a construção de uma velhice bem sucedida? In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar* (pp. 83-126). Campinas: Alínea Editora.
- Espinoza, S., & Walston, J. (2005). Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 72(12), 1105-1112.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journals of Urban Health*, 80, 536-555.
- Fagerstrom, C., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 181-201.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler Jr, G. B., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 625-624.
- Ficker, L. J., MacNeill, S. E., Bank, A. L., & Lichtenberg, P. A. (2002). Cognition and perceived support among live-alone urban elders. *Journal of Applied Gerontology*, 21(4), 437-451.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-89.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age Differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, J. S., & Martins, G. de A. (1994). *Curso de estatística*. São Paulo: Atlas.
- Fortes, A. C. G. (2005). *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2005). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Neri, M. S. Yassuda (Orgs.) & M. Cachioni (Col.), *Velhice bem-sucedida* (2ª ed., pp. 51-70). Campinas, SP: Papirus.
- Fortes-Burgos, A. C. G., & Cupertino, A. P. F. B. (2009). Avaliação subjetiva dos efeitos de eventos de vida estressantes relacionados à finitude em idosos residentes na comunidade. *Geriatrics & Gerontologia*, 3, 37-45.

- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2(1), 74-82.
- Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- Fried, L. P., Darer, J., & Walston, J. (2003). Frailty. In C. K. Cassel, R. M. Leipzig, H. J. Cohen et al. (Eds.), *Geriatric Medicine: An evidence-based approach* (4th ed., pp. 1067-1076). New York: Springer-Verlag.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59(3), 255-263.
- Fried, L.P., Tangen, C., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3), 146-156.
- Fried, L.P., & Walston, J. (1999). Frailty and failure to thrive. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger, J. B. Halter & J. Ouslander (Eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4th ed., pp. 1387-1402). New York: McGraw-Hill.
- Fried, L.P., & Walston, J. (2003). Frailty and failure to thrive. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger, J. B. Halter & J. Ouslander (Eds.), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (5th ed., pp.1487-1502). New York: McGraw-Hill.
- Friedman, B., Lyness, J. M., Delavan, R. L., Li, C., & Barker, W. H. (2008). Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(2), 111-122.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Setores censitários*. Recuperado em 3 de abril de 2008, de http://www.cict.fiocruz.br/setores_censitarios.htm.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (2007). *Índice Paulista de Vulnerabilidade social (IPVS)*. Recuperado em 20 de agosto de 2009, de <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs>.
- Fung, H. H., & Carstensen, L. L. (2004). Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: testing alternatives to socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 19(1), 68-78.
- Gallo, J. J., Cooper-Patrick, L., & Lesikar, S. (1998). Depressive symptoms of whites and African Americans aged 60 years and older. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 53, 277-86.
- Gallucci, M., Ongaro, F., Amici, G. P., & Regini, C. (2008). Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 281-283.

- Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of Aging and Mental Health* (pp.101-120). New York: Plenum.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, *30*(2), 369-80.
- Giatti, L., & Barreto, S. M. (2002). Women's work and health in older age. *Ciências da Saúde Coletiva*, *7*, 825-829.
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G., & Han, L. (2006). Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 418-423.
- Glass, T. A., de Leon, C. F. M., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: Longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, *18*(4), 604-628.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, distúrbios afetivos e suicídio. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 204-215). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, *78*, 1360-1380.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, *19*(1), 15-31.
- Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E., (2007). Psychoneuroimmunological processes in aging and health. In C. M. Aldwin, C. L. Park & A. Spiro III. *Handbook of Health Psychology and Aging* (pp. 97-118). New York: The Guilford Press.
- Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Pieper, C. F., Leveille, S. G., Markides, K. S., Ostir, G. V., Sudenski, S., Berkman, L. F., & Wallace, R. B. (2000). Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, *55A*(11), M221-231.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A., & Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, *49*(2), 85-94.
- Hall, A., & Wellman, B. (1985). Social networks and social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 23-41). New York, Academic Press.

- Havens, B., & Hall, M. (2001). Social isolation, loneliness, and the health of older adults. *Indian Journal of Gerontology, 14*, 144-153.
- Hedrick, S. C. (1995). Assessment of functional status: activities of daily living. In L. Z. Rubenstein, D. Wieland & R. Bernabei (Eds.), *Geriatric assessment technology: state of the art* (pp. 311-327). Milano: Editrice Kurtis.
- Heikkinen, R.-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38*, 239-250.
- Heun, R., & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry, 20*(3), 199-204.
- Hoffman A., Rocca W. A., & Bryne C. (1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *International Journal of Epidemiology, 20*, 736-48.
- IBGE (2000). *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Recuperado em 30 de abril de 2007, de www.ibge.gov.br.
- IBGE (2003). *Agregado por setores censitários dos resultados do universo*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Recuperado em 30 de abril de 2007, de www.ibge.gov.br.
- IBGE (2007). *Contagem da população*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Recuperado em 10 de abril de 2008, de www.ibge.gov.br.
- IBGE (2008). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 10 de dezembro de 2008, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaovida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2008/indic_sociais2008.pdf.
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist, 42*, 807-813.
- Juva, K., Mäkelä, M., Erkinjuntti, T., Sulkava, R., Yukoski, R., Valvanne, J., & Tilvis, R. (1997). Functional assessment scales in detecting dementia. *Age and Ageing, 26*, 393-400.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes & O. B. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-268). New York: Academic Press.
- Karademas, E. C., & Kalantzi-Azizi, A. (2003). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences, 37*, 1033-1043.

- 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. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-9.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., & Merikangas, K. R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples, In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 219-240). Academic Press.
- Khoury, H. T. T., & Gunther, I. A. (2008). Ambiente de moradia e controle primário em idosos. *Paidéia*, 18(39), 53-60.
- King, D. A., Heisel, M. J., & Lyness, J. F. (2005). Assessment and psychological treatment of depression in older adults with terminal or life-threatening illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 339-53.
- Koenig, H. G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kraaij, V., & De Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging and Mental Health*, 5(1), 84-91.
- Krause, N. (1995). Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences*, 50B(2), 59-73.
- Krause, N. (2006). Social relationships in late life. In R. H. Binstock & L. K. George. *Handbook of Aging and Social Sciences* (6th ed., pp. 181-200). San Diego, CA: Academic Press.
- Krause, N., & Baker, E. (1992). Financial strain, economic values, and somatic symptoms in later life. *Psychology and Aging*, 7, 4-14.
- Krause, N., Jay, G., & Liang, J. (1991). Financial strain and psychological well-being among the American and Japanese elderly. *Psychology and Aging*, 6, 170-181.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging*, 4, 88-97.
- Krause, N., & Rook, K. S. (2003). Negative interaction in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, P88-P99.

- Kruger, D. J., Reischl, T. M., & Gee, G. C. (2007). Neighborhood social conditions mediate the association between physical deterioration and mental health. *American Journal of Community Psychology, 40*, 261-271.
- Kukull, W. (1998). Problems in measuring and interpreting cognitive decline. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*, 1578-9.
- Labouvie-Vief, G. (1981). Proactive and reactive aspects of constructivism: Growth and aging in life-span perspective. In R. M. Lerner & N. A. Busch-Rossnagel (Eds.), *Individuals as producers of their development: A life-span perspective* (pp. 197-230). New York: Academic Press.
- Labouvie-Vief, G. (1999). Emotions in adulthood. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 253-267). New York, US: Springer.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9*, 315-324.
- Lange, A. J., & Jakuboviski, P. (1978). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.
- Lawton, L. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 4-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Lawton, M P., & Brody, P. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*, 179-186.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer, M.P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging*. (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York: Springer.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS.
- Lemos, N., & Medeiros, S. L. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Levers, M-J., Estabrooks, C. A., & Kerr, J. C. R. (2006). Factors contributing to frailty: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 56*(3), 282-291.
- Li, L. W., & Liang, J. (2007). Social exchanges and subjective well-being among older Chinese: Does age make a difference? *Psychology and Aging, 22*(2), 386-391.

- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. D., Ribeiro, S. T. Filho, & Buckman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112.
- Lipsitz, L. A. (2002). Dynamics of stability: the physiologic basis of functional health and frailty. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 57A(3), B115-B125.
- Lloyd-Sherlock, P. (2001). Living arrangements of older persons and poverty. *Population Bulletin of the United Nations. Special Issue*, 42-43.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Lustosa, L. P., Pereira, D. S., Dias, R. C., Britto, R. R., & Pereira, L. S. M. (no prelo). Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Marshall, W. W. (1995). The micro-macro link in the sociology of aging. In C. Hummel & C. J. Lalive D'Épinacy (Eds.), *Images of aging in Western societies* (pp. 337-371). Geneva, Switzerland: Centre for Interdisciplinary Gerontology, University of Geneva.
- Martire, L. M., Schulz, R., Mittelman, M. B., & Newsom, J. T. (1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the Cardiovascular Health Study. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B(5), 302-311.
- Martire, L. M., Stephens, M. A. P., & Townsend, A. L. (2000). Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. *Psychology and Aging*, 15(1), 148-156.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 554-572). New York: Wiley.
- Milkie, M. A., Bierman, A., & Schieman, S. (2008). How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 71(1), 86-105.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real or artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2004). Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2-year and 4-year follow-up symptoms. *Psychological Medicine*, 34, 623-34.
- Moraes, J. F. D. de, & Souza, V. B. de A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308.

- Moren-Cross, J. L., & Lin, N. (2006). Social networks and health. In R. H. Binstock & L. K. George. *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6th ed., pp. 111-128). San Diego, CA: Academic Press.
- Morley, J. E., Perry, H. M. III, & Miller, D. K. (2002). Something about frailty. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57A(11), 698-704.
- Nagurney, A. J., Reich, J. W., & Newsom, J. T. (2004). Gender moderates the effects of independence and dependence desires during the social support process. *Psychology and Aging*, 19, 215-8.
- Nakano, M. M. (2007). *Versão Brasileira da Short Physical Performace Battery-SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp. 161-200). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1-2), 55-74.
- Neri, A. L. (2007a). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice. Enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2007b). Feminização da velhice. In A. L. Neri (Org.). *Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 47-64). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESCSP.
- Neri, A. L. (2009, no prelo). Autonomia e independência. In M. E. Guariento & A. L. Neri (Orgs.), *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Fortes, A. C. G. (2006). A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2^a ed., pp. 1.277-1.288). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, M. C. (2007). Renda, consumo e aposentadoria: Evidências, atitudes e percepções. In A. L. Neri (Org.), *Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 91-107). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESCSP.
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. In B. L. Neugarten (Org.), *Middle age and aging: a reader in social psychology* (pp. 137-147). Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1969). Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. *Human Development*, 12(129), 121-130.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais: Um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging, 17*, 116-24.
- Nourhashemi F., Andrieu S., Gillette-Guyonnet S., Vellas B., Albarede J.L., & Grandjean H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(7), M448–M453.
- O’Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 229-245.
- O’Brien, T., & DeLongis, A. (1997). Coping with chronic stress: An interpersonal perspective. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 161-190). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E., & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *Journal of Gerontology Psychological Sciences, 57*, P338-P347.
- Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K.S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging, 19*, 402–408.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: APA.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543.
- Park-Lee, E., Fredman, L., Hochberg, M., & Faulkner, K. (2009). Positive affect and incidence of frailty in elderly women caregivers and noncaregivers: Results of the Caregiver–Study of Osteoporotic Fractures. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*, 627-633.
- Patel, K. V., Peek, M. K., Wong, R., & Markides, K. S. (2006). Comorbidity and Disability in Elderly Mexican and Mexican American Adults: Findings from Mexico and the Southwestern United States. *Journal of Aging and Health, 18*(2), 315.
- Pavarini, S. C. I., & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. A . O. Duarte, M. J. D’E. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21.
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology, 19*(1), 28-38.

- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2005). Controlling diseases and creating disparities: A fundamental cause perspective. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, *56B*(4), 192-213.
- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Geriatria*, *12*(1), 123-140.
- Ploubidis, G.B., & Grundy, E. (2009). Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *64B*(5), 666–676.
- Prefeitura Municipal de Campinas (2006-2007). *Plano municipal*. Recuperado em 25 de outubro de 2008, de <http://www.campinas.sp.gov.br/saúde/dados/planomunicipal2006-2007.pdf>.
- Prigerson, H., Reynolds, C., Machen, A., & Kupfer, D. (1994). Stressful life events, social rhythms, and depressive symptoms among the elderly: An examination of hypothesized causal linkages. *Psychiatry Research*, *51*, 33–49.
- Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Fuhrer, R., Kivela, S. L., Lawlor, B. A. et al. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale: Effect of age, gender and marital status in 14 European centers. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 339-345.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1998). A prospective population based cohort study of the effects of disablement and social *milieu* on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, *28*, 337-50.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Brasil (2008). *IDH*. Recuperado em 8 de abril de 2008, de www.pnud.org.br/idh/.
- Puts, M. T. E., Lips, P., & Deeg, D. J. (2005). Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. *Journal of American Geriatric Society*, *53*, 40-47.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, *10*(3), 403-412.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *11*(2), 169-177.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Ramos, M. (2007). Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Revista de Saúde Pública*, *41*(4), 616-24.

- Raphael, D., Cava, M., Brown, I., Renwick, R., Heathcote, K., & Weir, N. (1995). Frailty: a public health perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 86(4), 224-227.
- Rauen, M. S., Moreira, E. A. M., Calvo, M. C., & Lobo, A. S. (2008). Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Revista de Nutrição*, 21(3), 303-310.
- Reifler, B. V. (1994). Depression: Diagnosis and comorbidity. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds, B. D. Lebowitz & A. J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH consensus development conference* (pp. 55-9). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J., & Mor, V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 855-861.
- Reuben D. B., Wieland D., & Rubenstein L. Z. (1993). Functional status assessment of older persons: concepts and implications. *Facts and Research in Gerontology*, 7, 231-40.
- Reich, J. W., Zautra, A. J. & Guarnaccia, C. A. (1989). Effects of disability and bereavement on the health and recovery of older adults. *Psychology and aging*, 4(1), 57-65.
- Reichard, S., Livson, F., & Peterson, P. G. (1962). *Aging and personality*. New York: Wiley.
- Robert, S. A., Cherepanov, D., Palta, M., Dunham, N. C., Feeny, D., & Fryback, D. G. (2009). Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the National Health Measurement Study. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Science*, 64B(3), 7-14.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *American Journal of Psychiatry*, 154, 1384-90.
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 81-8.
- Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1132-1147.
- Rook, K. S. (1998). Investigating the positive and negative sides of personal relationships: Through a lens darkly? In B. H. Spitzberg & W. R. Cupach (Eds.), *The dark side of close relationships* (pp.369-392). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D'A., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-8.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance e coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.

- Rothermund, K., & Brandtstäedter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging, 18*, 80-90.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging. The Mac Arthur Foundation Study*. New York: Pantheon Books.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association, 290*, 215-221.
- Ryan, A. K., & Willits, F. K. (2007). Family ties, physical health, and psychology well-being. *Journal of Aging and Health, 19*(6), 907-920.
- Ryff, C. (1987). The place of personality and social structure research in social psychology. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1192-1202.
- Saad, P. (2003). Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In M. L. Lebrão & Y. A. O. Duarte (Orgs.), *SABE. Saúde, bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial* (pp. 185-200). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Saad, P. (2004). Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In A. A. Camarano (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* (pp. 169-209). Rio de Janeiro: IPEA.
- Samuelsson, M., Thernlund, G., & Ringström, J. (1996). Using the five field map to describe the social network of children: A methodological study. *International Journal of Behavioral Development, 19*(2), 327-346.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In B. R. Sarason & S.W. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 15-43). New York: Wiley.
- Schlenker, B. R. (2003). Self-presentation. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.) *Handbook of self and identity* (pp. 492-518). New York: Guilford.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1998). Emotion and control: A life-span perspective. In *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, vol. 17 – Focus on Emotion and Adult Development*. Philadelphia, Pennsylvania: Springer.
- Schulz, R., Heckhausen, J., & O'Brien, A. T., (1994). Control and the disablement process in the elderly. *Journal of Social Behavior and Personality, 9*, 139-152.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez & C. R. Snyder, *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393-409). Washington, DC: American Psychological Association.

- Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (2008). *Índices de Condição de Vida*. Recuperado em 2 de abril de 2009, de <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/mapas/ICV.pdf>.
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362-370.
- Silva, N. N. (2001). *Amostragem probabilística: um curso introdutório* (2ª Ed). São Paulo: EdUSP.
- Skinner, E. A. (1995). Perceived control, motivation and coping. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. Featherman, R. Lerner & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Song, L., & Singer, M. (2006). Life stress, social support, coping and depressive symptoms: a comparison between the general population and family caregivers. *International Journal of Social Welfare*, 15, 172-180
- Souza A C., Magalhães L. C., & Teixeira-Salmella, L.T. (2006) Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2623-2636.
- Staudinger, U., Fleeson, W., & Baltes, P. (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 (2), 305-319.
- Strawbridge W.J., Shema S.J., Balfour J.L., Higby H.R., & Kaplan G.A. (1998) Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), S9-S16.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Tak, S. H., Hong, S. H., & Kennedy, R. (2007). Daily stress in elders with arthritis. *Nursing and Health Sciences*, 9, 29-33.
- Tavares, S. S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebido e experiência de eventos estressantes*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Taylor, H. L., Jacobs, D. R., Schucker, B., Knudsen, J., Leon, A. S., & Debacker, G. (1978). A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of Chronic Disease*, 31, 741-55.
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B(4), S238-S246.

- Teixeira, I. N. D´A., & Guariento, M. E. (2008). *Ambiente saudável para pessoas idosas*. Campinas: Ed. Alínea.
- Teixeira-Salmela, L. F., Magalhães, L. C., Souza, A. C., Lima, M. C., Magalhães, R. C., & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 905-914.
- Tinetti, M. E., Allore, H., Araujo, K. L. B., & Seeman, T. (2005). Modifiable Impairments Predict Progressive Disability Among Older Persons. *Journal of Aging and Health*, 17, 239.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well*. New York: Little, Brown and Company.
- Walston, J., Hadley, E.C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., & Studenski, S. A. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991-1001.
- Walston, J., McBurnie, M. A., Newman, A., Tracy, R. P., Kop, W. J., & Hirsch, C. H. (2002). Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2333-2341.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wilson, J. F. (2004). Frailty – and its dangerous effects – might be preventable. *Annals Internal Medicine*, 141, 489-492.
- Wortman, C. B., Battle, E. S., & Lemkau, J. P. (1997). Coming to terms with the sudden, traumatic death of a spouse or child. In R. C. Davies, A. J. Lurigio & W. G. Skogan (Eds.), *Victims of crime* (2nd ed., pp. 108-133). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Yassuda, M, S. (2006). Memória e envelhecimento saudável. In E. V. Freitas, L. Py, F. A X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1.245-1.251). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Yesavage, J. A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO PROJETO REDE FIBRA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
© www.fcm.unicamp.br/pesquisaleticalindex.html

CEP, 10/07/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: nº 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
C A.A,E: 0 151.1.146.000 -07

I-IDENTIFICAÇÃO

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/OS/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em contas variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

III - SUMÁRIO

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.I.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo 1 ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item 111.2.e) Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de 2007.

Profa. Dra. *Canún* Avia Bertuzzo

PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Campinas-SP – www.fcm.unicamp.br

ANEXO B

FRENTE E VERSO DO FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO FIBRA - POLO UNICAMP



Todas as pessoas sonham envelhecer com completa saúde, autonomia e senso de bem-estar. À medida que aumenta o número de brasileiros de mais de 65 anos, aumenta também o número dos que conseguem realizar esse sonho e envelhecer apenas com as perdas normais do envelhecimento. Por outro lado, quanto mais velhas as pessoas vão se tornando, maior é a probabilidade de aparecimento ou de agravamento de doenças crônicas.

É possível prevenir o agravamento das perdas normais do envelhecimento e das doenças mais comuns na velhice? A resposta é SIM, graças aos cuidados à saúde antes do adoecimento ou do agravamento das doenças e graças ao investimento contínuo dos idosos em atividades, envolvimento social e busca de aperfeiçoamento pessoal.



Quanto maior o conhecimento sobre as condições e o estilo de vida, a saúde, a independência, as capacidades físicas e cognitivas, as emoções e o senso de bem-estar daqueles que envelhecem, maior a chance de que sejam feitos os investimentos necessários à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) estabeleceu parceria com universidades, prefeituras e outros agentes públicos de oito cidades brasileiras (Belém do Pará, Campina Grande-PB, Parnaíba-PI, Montes Claros-MG, Poços de Caldas-MG, Campinas-SP, Ermelino Matarazzo-SP e Ivoti-RS), para realizar uma pesquisa sobre saúde e bem-estar em idosos brasileiros.



Nessas cidades, mulheres e homens com mais de 65 anos, que residem em áreas previamente sorteadas, serão visitados em suas casas e convidados a participar de uma sessão de coleta de dados, em dia, hora e local previamente combinados. Ninguém será obrigado a participar e nem terá sua identidade revelada. Serão oferecidas orientações quanto à saúde, como recompensa a cada idoso que comparecer. Aguardamos sua presença! Estimule seus parentes, amigos e conhecidos a tomar parte na pesquisa! Até breve!

Polo Unicamp



Em parceria com:



ANEXO C

MODELO DO TEXTO DE DIVULGAÇÃO DA REDE FIBRA EM CAMPINAS

PESQUISA SOBRE PERFIS DE FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS EM CAMPINAS

PARECER CEP 208/2007, CAAE 0151.1.146.000.07

TEXTO PARA DIVULGAÇÃO AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA NA CIDADE, VISANDO A DAR CONHECIMENTO DA PESQUISA E SUAS CONDIÇÕES À POPULAÇÃO

Campinas é uma das cidades que compõem a Rede FIBRA, cujo objetivo é a investigação de perfis de fragilidade em idosos de 65 anos e mais. Os dados obtidos serão úteis para subsidiar políticas de saúde, para orientar a população sobre os cuidados em saúde que podem promover uma boa qualidade de vida na velhice. Deverão contribuir para ampliar os conhecimentos dos pesquisadores e dos profissionais de Gerontologia e Geriatria sobre o fenômeno fragilidade, sua distribuição na população e suas formas de associação com variáveis físicas, psicológicas e sociais.

Do final de agosto a meados de dezembro, recrutadores treinados percorrerão os domicílios de regiões previamente sorteadas de toda a cidade, convidando as pessoas idosas a participar de uma sessão de coleta de dados. Esta incluirá medidas como pressão arterial, peso, altura, circunferências de cintura, abdômen e quadril, velocidade de marcha, força de preensão manual e saúde bucal. Nessa sessão ocorrerá também uma entrevista sobre saúde física, hábitos de vida, uso de serviços de saúde, depressão, cognição, independência funcional, bem-estar subjetivo e experiência de eventos de vida estressantes.

Os organizadores esperam examinar e entrevistar cerca de 650 idosos. Sua participação será voluntária e os dados obtidos, sigilosos. Não haverá nenhum custo para os participantes, que também não serão remunerados pela participação. Ao final, todos receberão uma cartilha com orientações sobre promoção de saúde na velhice.

As sessões de coleta de dados ocorrerão no Centro de Referência do Idoso, no SESC e em Centros de Saúde, em datas e horários que serão combinados com cada participante, por ocasião do recrutamento.

Os recrutadores visitarão os domicílios identificados por camiseta, crachá e bolsa com o logotipo da Rede FIBRA e o logotipo da Unicamp. Além disso, portarão pasta, papéis, caneta e folheto falando da pesquisa, todos igualmente identificados.

As visitas dos recrutadores acontecerão principalmente aos sábados e domingos, pela manhã e à tarde.

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
Coordenadora do Polo Unicamp da Rede FIBRA

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....,RG no, concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Profª Drª Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril.

O objetivo dessas orientações é ajudá-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu,....., declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de de 200....

(cidade)

(data)

..... (Assinatura)

Nome do participante:

Endereço:.....

Responsável pela pesquisa: Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri

.....(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670

e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 19 - 3521 8936

e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias.

Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO E



QUESTIONÁRIOS, ESCALAS E INSTRUÇÕES PARA A TOMADA DE MEDIDAS DE DESEMPENHO MOTOR UTILIZADOS NO FIBRA CAMPINAS E NO FIBRA PARNAÍBA.

BLOCO A. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

ENTREVISTADOR: 1 __

1. Nome do idoso: _____
2. Rua/Av.: _____ 3.Nº: _____ 4.Compl: _____
5. Bairro: _____ 6.Tipo de domicílio: (1) Casa
(2) Apartamento
(3) Casa de fundos
(4) Cômodo

BLOCO B , VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

ENTREVISTADOR: 1 __

ASSINATURA:

- 1.. Qual é sua idade?
_____ anos 999. NR
2. Qual é sua data de nascimento?
____/____/____ 99. NR
3. Gênero
1. Masculino 2. Feminino
4. Qual é o seu estado civil?
1. Casado(a) ou vive com companheiro(a)
2. Solteiro(a)
3. Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)
4. Viúvo(a)
99. NR
5. Qual sua cor ou raça?
1. Branca
2. Preta
3. Mulata/cabocla/parda
4. Indígena
5. Amarela/oriental
99. NR

6. Trabalha atualmente?

1. Sim
2. Não (ir para a questão B 9)
99. NR

7. O/a senhor/a é aposentado/a?

1. Sim
2. Não
99. NR

8. O/a senhor/a é pensionista?

1. Sim
2. Não
99. NR

9. O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples?

1. Sim
2. Não
99. NR

10. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos
2. Curso de alfabetização de adultos
3. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)
4. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
5. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
6. Até o ____ ano do Curso Superior
7. Pós-Graduação incompleta
8. Pós-Graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
99. NR

11. Número de anos de escolaridade (calcular sem perguntar)

_____ anos

12. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem?

_____ filhos/as

99. NR

ARRANJO DE MORADIA

Com quem o/a senhor/a mora?

| | Sim | Não |
|-----------------------------------|-----|-----|
| 13. Sozinho | 1 | 2 |
| 14. Marido/mulher / companheiro/a | 1 | 2 |
| 15. Filho/s ou enteado/s | 1 | 2 |
| 16. Neto/s | 1 | 2 |
| 17. Bisneto/s | 1 | 2 |
| 18. Outro/s parente/s | 1 | 2 |
| 19. Pessoa/s fora da família | 1 | 2 |

20. O/a senhor/a é proprietário de sua residência?

1. Sim
2. Não
99. NR

21 O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim
2. Não
99. NR

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

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

23. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

| | |
|------------------------|-------------------|
| BLOCO C. STATUS MENTAL | ENTREVISTADOR: __ |
|------------------------|-------------------|

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003)

| Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, procure se concentrar para respondê-las. | CERTO | ERRADO | NR |
|--|-------|--------|----|
| 1. Que dia é hoje? (A resposta esperada é dia, mês e ano). Se o idoso disser o dia da semana, diga, "Sim, mas em que data nós estamos?". | 1 | 0 | 99 |
| 2. Em que mês estamos? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |
| 3. Em que ano estamos? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |
| 4. Em que dia da semana nós estamos? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |
| 5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere a resposta como correta se ocorrer uma variação de mais ou menos uma hora) | 1 | 0 | 99 |
| 6. Em que local nós estamos? (Apontando para o chão do dormitório ou da sala). | 1 | 0 | 99 |
| 7. Que local é este aqui? (Apontando ao redor, para a casa, num sentido mais amplo). | 1 | 0 | 99 |
| 8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |
| 9. Em que cidade nós estamos? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |
| 10. Em que estado nós estamos? (Só pontue resposta exata). | 1 | 0 | 99 |

| | | | |
|--|---|---|----|
| Vou dizer 3 palavras, e o/a senhora/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. Falar as três palavras em sequência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue como correto apenas se o idoso repetir corretamente as três palavras em sequência. | | | |
| 11.Carro | 1 | 0 | 99 |
| 12.Vaso | 1 | 0 | 99 |
| 13.Tijolo | 1 | 0 | 99 |
| Gostaria que o/a senhora/a me dissesse quanto é: (Pergunte: Quantos são 100 - 7, 93 - 7, e assim sucessivamente, até completar as cinco subtrações. Se o/a idoso/a errar alguma, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se a correção não ocorrer, corrija e continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim. Em cada tentativa, só considere certo e atribua o ponto se o examinando espontaneamente se corrigir). | | | |
| 14.100 - 7 | 1 | 0 | 99 |
| 15.93 - 7 | 1 | 0 | 99 |
| 16.86 - 7 | 1 | 0 | 99 |
| 17.79 - 7 | 1 | 0 | 99 |
| 18.72 - 7 | 1 | 0 | 99 |
| Diga: “O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Carro, vaso, tijolo. Fale claramente e devagar, cerca de um segundo para cada palavra. Depois de dizer as três palavras, pergunte ao idoso/a: “O senhor/a pode repeti-las?” A pontuação é baseada na primeira repetição. | | | |
| 19.Carro | 1 | 0 | 99 |
| 20.Vaso | 1 | 0 | 99 |
| 21.Tijolo | 1 | 0 | 99 |
| 22.Mostre um RELÓGIO e diga ao entrevistado: “ Como se chama isto?” Só dê o ponto se a nomeação for correta (relógio). | 1 | 0 | 99 |
| 23.Mostre uma CANETA e diga ao entrevistado: “ Como se chama isto?”. Só dê o ponto se a nomeação for correta (caneta). | 1 | 0 | 99 |
| 24.Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. Considere somente se a repetição for perfeita. Permita apenas uma tentativa. | 1 | 0 | 99 |
| Coloque uma folha de papel sobre a mesa e dê a ordem apenas uma única vez: “PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO”. Falar todos os comandos de uma vez só. Dê um ponto para cada parte executada corretamente. | | | |
| 25.Pega a folha com a mão correta | 1 | 0 | 99 |
| 26.Dobra corretamente | 1 | 0 | 99 |
| 27.Coloca no chão | 1 | 0 | 99 |
| 28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: “FECHE OS OLHOS”. Se o/a idoso/a apenas ler, sem executar a ordem, peça-lhe novamente que faça o que está escrito. Caso apenas leia, sem obedecer à ordem, considere incorreto. Considere correto apenas se a ordem for corretamente cumprida. | 1 | 0 | 99 |

| | | | |
|--|---|---|----|
| 29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. Escreva uma frase com começo, meio e fim ou um pensamento que tenha ocorrido ontem ou hoje. Oferecer a primeira folha em branco depois desta. Não ditar a frase. Considerar correta se tiver sujeito, predicado e sentido lógico. Erros gramaticais não devem ser considerados. | 1 | 0 | 99 |
| 30. Vou lhe mostrar um desenho e depois gostaria que o/a senhor/a o copiasse exatamente como são, tentando fazer o melhor possível. Mostrar a segunda folha em branco depois desta, a que contem o desenho dos dois pentágonos interseccionados a serem copiados. Oferecer uma caneta para o idoso. Não corrigir. Considerar a cópia como correta apenas se todos os 10 ângulos e a intersecção estiverem desenhados. | 1 | 0 | 99 |
| Pontuação Total: _____ | | | |

BLOCO F. MEDIDAS DE FRAGILIDADE

ENTREVISTADOR: 1 _ _

PERDA DE PESO NÃO-INTENCIONAL NO ÚLTIMO ANO:

1. O/a senhor/a perdeu peso de forma não-intencional nos últimos 12 meses?

1. Sim

2. Não

99. NR

2. Caso tenha respondido SIM, perguntar: “Quantos quilos emagreceu/perdeu?”

_____Kg

PERDEU PESO: Marcar a alternativa 1.Sim, 2.Não ou 99.NR.

QUANTOS QUILOS PERDEU: Anotar o número de quilos que o/a idoso/a refere ter perdido/emagrecido nos últimos 12 meses.

2. ATIVIDADE FÍSICA E DISPÊNDIO DE ENERGIA

MINNESOTA LEISURE ACTIVITY QUESTIONNAIRE

H. L. Taylor et al., 1978; B. E. Ainsworth et al., 2000; Lustosa et al., no prelo; adaptado para o FIBRA Unicamp.

Agora eu vou lhe dizer os nomes de várias atividades físicas que as pessoas realizam por prazer, para se exercitarem, para se divertirem, porque fazem bem para a saúde ou porque precisam.

→ Em primeiro lugar eu vou perguntar sobre caminhadas, ciclismo, dança, exercícios físicos, atividades feitas na água e esportes. Gostaria de saber quais dessas atividades o/a senhor/a vem praticando nos últimos 12 meses.

| Perguntar para homens e mulheres: | Resposta | Quantos meses no ano? | Quantos dias na semana? | Quanto minutos por dia? |
|--|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 3. Faz caminhadas sem esforço, de maneira confortável, em parques, jardins, praças e ruas, na praia ou à beira-rio, para passear ou para se exercitar porque é bom para a saúde? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 4. Sobe escadas porque quer, mesmo podendo tomar o elevador (pelo menos um lance ou andar)? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 5. Pratica ciclismo por prazer ou vai trabalhar de bicicleta? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 6. Faz dança de salão? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 7. Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, dentro da sua casa? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 8. Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, numa academia, num clube, centro de convivência ou SESC? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 9. Faz hidroginástica na academia, num clube, centro de convivência ou SESC? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 10. Pratica corrida leve ou caminhada mais vigorosa? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 11. Pratica corrida vigorosa e contínua por períodos mais longos, pelo menos 10 minutos de cada vez? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 12. Faz musculação? (não importa o tipo). | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 13. Pratica natação em piscinas grandes, dessas localizadas em clubes ou academias? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 14. Pratica natação em praia ou lago, indo até o fundo, até um lugar onde não dá pé? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 15. Joga voleibol? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 16. Joga tênis de mesa? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |

Perguntar apenas para os homens:

| | | | | |
|--|-------------------------|--|--|--|
| 17. Joga futebol? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 18. Atua como juiz de jogo de futebol? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |

Perguntar para homens e mulheres:

| | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|
| 19. Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei? _____ (anotar) | 1.Sim 2. Não 99.NR | | | |
| 20. Além desse, o senhor (a) pratica mais algum? _____ (anotar) | 1.Sim 2.Não 99. NR | | | |

Voltar para o item F 3, perguntando sobre a frequência e a duração das atividades às quais o (a) idoso (a) respondeu sim.

→ Agora eu vou lhe perguntar sobre atividades domésticas que o senhor vem praticando nos últimos 12 meses. O (a) senhor(a) vai respondendo somente sim ou não.

| Perguntar somente para as mulheres: | Resposta | Quantos meses no ano? | Quantos dias na semana? | Quanto tempo por dia? |
|--|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 21. Realiza trabalhos domésticos leves? (tais como tirar o pó, lavar a louça, varrer, passar aspirador, consertar roupas)? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 22. Realiza trabalhos domésticos pesados? (tais como lavar e esfregar pisos e janelas, fazer faxina pesada, carregar sacos de lixo)? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 23. Cozinha ou ajuda no preparo da comida? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |

Perguntar somente para os homens:

| | | | | |
|--|-------------------------|--|--|--|
| 24. Corta grama com cortador elétrico? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 25. Corta grama com cortador manual? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 26. Tira o mato e mantém um jardim ou uma horta que já estavam formados? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 27. Capina, afofa a terra, aduba, cava, planta ou semeia para formar um jardim ou uma horta? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 28. Constrói ou conserta móveis ou outros utensílios domésticos, dentro de sua casa, usando martelo, serra e outras ferramentas? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 29. Pinta a casa por dentro, faz ou conserta encanamentos ou instalações elétricas dentro de casa, coloca azulejos ou telhas? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 30. Levanta ou conserta muros, cercas e paredes fora de casa? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|
| 31. Pinta a casa por fora, lava janelas, mistura e coloca cimento, assenta tijolos, cava alicerces? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|

Perguntar para homens e mulheres:

| | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|
| 32. Faz mais algum serviço, conserto, arrumação ou construção dentro de casa que não foi mencionado nas minhas perguntas? _____ (anotar) | 1.Sim 2. Não 99.NR | | | |
| 33. Além desse, o (a) senhor (a) faz mais algum? _____ | 1.Sim 2.Não 99. NR | | | |

Agora nós vamos voltar e eu vou lhe perguntar sobre a frequência e a duração das atividades às quais respondeu sim (Voltar ao item F 21 para as mulheres e ao F 24 para os homens).

| Perguntar para homens e mulheres: | Resposta | Quantos meses no ano? | Quantos dias na semana? | Quanto tempo por dia? |
|---|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 34. O (a) senhor (a) trabalha regularmente em algum trabalho remunerado ou voluntário? Se respondeu <u>não</u> , dar este questionário por terminado. Se respondeu <u>sim</u> , ir para as perguntas 43, 44 e 45. | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 35. Que tipo de trabalho realiza? 1. Sentado 2. Em pé (trabalho leve) 3. Em pé, andando e carregando pesos de mais de 13 kg (trabalho pesado). 99. NR | | | | |
| 36. Faz caminhadas para ir ou voltar do trabalho ou para fazer trabalhos voluntários, pelo menos por 10 minutos de cada vez, sem parar? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |
| 37. Caminha nos intervalos do trabalho, por exemplo na hora do almoço, pelo menos 10 minutos de cada vez, sem parar? | 1.Sim 2.Não 99.NR | | | |

Vamos voltar e eu vou lhe perguntar sobre a frequência e a duração das atividades de trabalho às quais respondeu sim. Voltar para o item F 34.

FADIGA

ENTREVISTADOR: 1__

Itens 7 e 20 da CES-D (Radloff, 1977; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007)

| Pensando na <u>última semana</u> , diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o/a senhor/a: | Nunca/ Raramente | Poucas vezes | Na maioria das vezes | Sempre | NR |
|--|---------------------|-----------------|----------------------------|--------|----|
| 38. Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 39. Não consegui levar adiante minhas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

Perguntar ao/a idoso/a com que frequência as situações descritas aconteceram, na última semana.

Para cada uma das questões, anotar a alternativa que mais se aproxima da resposta do/a idoso/a (1.Nunca/raramente, 2.Poucas vezes, 3.Na maioria das vezes, 4.Sempre ou 99.NR).

4. MEDIDA DE FORÇA DE PREENSÃO MANUAL COM O DINAMÔMETRO JAMAR

ENTREVISTADOR: 1 __

(Guralnik et al., 1994)

PASSOS PARA REALIZAR O TESTE:

1) POSICIONAMENTO DO IDOSO:

- a) Deverá estar sentado/a de forma confortável em uma cadeira normal sem apoio para os braços (cadeira da mesa de refeições, por exemplo), com os pés apoiados no chão.
- b) Identifique a mão dominante: é aquela com a qual ele/ela escreve ou se for analfabeto/a aquela em que tem maior destreza (mexe a panela, descasca frutas com a faca, bate um prego na parede).
- c) O ombro deve ser aduzido (colocado junto ao corpo).
- d) O cotovelo deve ser flexionado a 90° (formando um ângulo reto entre o braço e o antebraço).
- e) O antebraço deve ficar em posição neutra, ou seja, com o polegar apontando para o teto.
- f) A posição do punho deve ser confortável, ou seja, a posição normal para pegar um objeto grosso na palma da mão.

2) AJUSTE DO DINAMÔMETRO

Após colocar o aparelho na mão dominante do/a paciente, conforme as instruções acima, ajuste-o da seguinte maneira: A alça móvel do aparelho deve ser colocada na posição II, ou em outra posição acima ou abaixo desta marca, caso o/a idoso/a seja muito grande ou muito pequeno/a e tenha a mão maior ou menor, em relação à média das pessoas.

3) COMANDO PARA O TESTE

- a) Será dado um comando verbal pelo examinador, em voz alta, dizendo: “agora aperte bem forte a alça que o/a senhor/a está segurando, vamos força, força...”.
- b) Esse comando verbal deve ser dado por seis segundos, após o que o/a idoso/a deve relaxar a mão.
- c) Esse procedimento deve ser repetido três vezes, deixando o/a idoso/a descansar um minuto entre os testes.
- d) Para ler o resultado, verificar onde o ponteiro parou, em Kgf (quilogramas força).
- e) Após a realização de cada teste gire o pino central do leitor de medidas no sentido anti-horário (contrário aos ponteiros do relógio), deixando-o zerado para o próximo teste. Observar que este procedimento deve ser feito após cada um dos testes realizados por um/a mesmo/a paciente e por diferentes pacientes.

4) REGISTRO DOS RESULTADOS

40.1ª medida de força de preensão: _____ Kgf

41.2ª medida de força de preensão: _____ Kgf

42.3ª medida de força de preensão: _____ Kgf

MÉDIA: $A + b + c / 3 =$ _____ Kgf

5. VELOCIDADE DE MARCHA

ENTREVISTADOR: 1 __

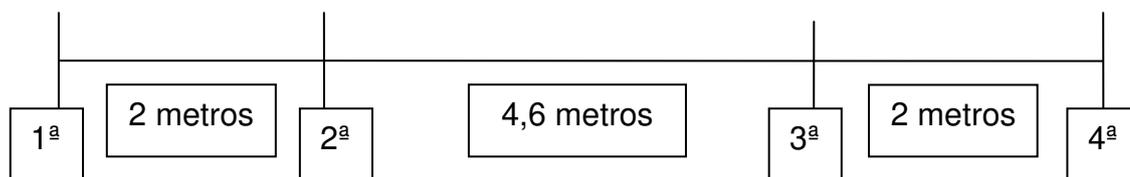
(Guralnik et al., 1994; Nakano, 2007)

Para avaliação da velocidade da marcha, será cronometrado o tempo (em segundos) gasto para o idoso percorrer, em passo usual, a distância de 4,6 metros demarcados com fita adesiva. Antes de realizar efetivamente o teste, certifique-se de que o indivíduo entendeu corretamente o procedimento. Para tanto, faça-o andar confortavelmente no trajeto do teste uma ou duas vezes, e sente-o por alguns momentos antes de posicioná-lo para os testes.

1) ORGANIZAÇÃO DO LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE:

a) Encontrar um espaço plano que tenha 8,6 metros livres, sem irregularidades no solo ou qualquer outra coisa que dificulte o caminhar normal do avaliado;

b) Com a fita adesiva colorida faça 4 marcas no chão, da seguinte maneira:



POSICIONAMENTO DO AVALIADO E ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE:

c) O calçado usado no teste deve ser aquele que é usado a maior parte do tempo (sapato, tênis, sandália ou chinelo) e se o avaliado usa dispositivo para auxiliar a marcha (bengala ou andador), o teste deverá ser feito com esse dispositivo;

d) O avaliado é colocado em posição ortostática, com os pés juntos e olhando para frente, atrás da linha que sinaliza o início do trajeto e orientado a percorrê-lo em passo usual ou “caminhar com a velocidade que normalmente anda no dia-a-dia”, sem correr e sem sair da trajetória, após o comando de “atenção, já!”.

e) O cronômetro deverá ser acionado quando o primeiro pé do avaliado tocar o chão imediatamente após a 2ª marca e travado imediatamente quando o último pé ultrapassasse a linha de chegada demarcada no chão (3ª marca), ou seja, só deve ser registrado o tempo gasto para percorrer o espaço entre a 2ª e a 3ª marca (4,6 metros);

f) Serão realizadas três tentativas com intervalos de um minuto entre cada teste e calculada a média dos três resultados. O avaliado deverá aguardar a realização de cada teste subsequente, mantendo-se na posição de pé.

2) REGISTRO DOS RESULTADOS:

43. 1ª medida de velocidade da marcha: ____ . ____centésimos de segundo

44. 2ª medida de velocidade da marcha: ____ . ____centésimos de segundo

45. 3ª medida de velocidade da marcha: ____ . ____centésimos de segundo

46. MÉDIA: ____ . ____ centésimos de segundo

BLOCO J

ENTREVISTADOR: 1 _ _

CAPACIDADE FUNCIONAL PARA AAVDS E PARA 3 AIVDS

AAVDS – ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA (Construído a partir de M. M. Baltes et al., 1993; Reuben et al., 1990, Strawbridge et al., 2002)

Perguntar ao/a idoso/a qual a sua relação com as atividades listadas. Peça ao/a idoso/a que diga se 1.Nunca fez, 2.Parou de fazer, ou 3.Ainda faz. Caso não responda a alguma das questões, marcar 99.NR.

AAVDS

| Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes <u>atividades</u> : | Nunca fez | Parou de fazer | Ainda faz | NR |
|--|-----------|----------------|-----------|----|
| 1. Fazer visitas na casa de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 2. Receber visitas em sua casa | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 4. Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 5. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 6. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 7. Dirigir automóvel | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 8. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 9. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 10. Fazer trabalho voluntário | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 11. Fazer trabalho remunerado | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 12. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 13. Participar de Universidade da Terceira Idade | 1 | 2 | 3 | 99 |

AIVDS

| | |
|---|-----------------|
| <p>Agora eu vou perguntar sobre a sua <u>independência</u> 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 (Ler cada uma das 3 alternativas de resposta em relação à independência do/a idoso/a para usar o telefone. Marcar a alternativa que mais se aproxima da resposta do/a idoso/a.</p> <p>I= independente; A=recebe ajuda; D=dependente.</p> | Resultado |
| <p>14. <u>Uso de transporte</u></p> <p>1. I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?</p> <p>2. A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?</p> <p>3. D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?</p> | _____ 99. NR |
| <p>15. <u>Fazer compras</u></p> <p>1. I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?</p> <p>2. A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?</p> <p>3. D: É incapaz de fazer compras?</p> | _____ 99. NR |
| <p>19. <u>Manejo do dinheiro</u></p> <p>1. I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?</p> <p>2. A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?</p> <p>3. D: É incapaz de realizar estas atividades?</p> | _____ 99. NR |

BLOCO L

ENTREVISTADOR: 1 __

SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Tradução e adaptação da Interpersonal Support Evaluation List - ISEL- Cohen et al., 1985; Martire et al., 1999.

| Eu gostaria de saber a facilidade que o/a senhor/a encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas. | Nunca | Às vezes (1-2 dias/semana) | Maioria das vezes (3-4 dias/semana) | Sempre (5-7 dias na semana) | NR |
|--|-------|-------------------------------|--|--------------------------------|----|
| 1. O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar, quando se sente sozinho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2. O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 3. O/a senhor/a diria que tem facilidade em encontrar pessoas que possam ajudá-lo em seus afazeres, caso venha a ficar doente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4. O/a senhor/a diria que tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com um problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| J 605. O/a senhor/a diria que tem pelo menos uma pessoa em cuja opinião confia plenamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

Escala de Depressão Geriátrica (GDS, de Yesavage et al., 1982, versão brasileira de Almeida e Almeida, 1999/EDG; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007).

| Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a tem se sentido <u>na última semana</u> . Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que o senhor(a) está sentindo. | Sim | Não | NR |
|--|-----|-----|----|
| 1. O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida? | 1 | 2 | 99 |
| 2. O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades? | 1 | 2 | 99 |
| 3. O/a senhor/a sente que sua vida está vazia? | 1 | 2 | 99 |
| 4. O/a senhor/a se aborrece com frequência? | 1 | 2 | 99 |
| 5. O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo? | 1 | 2 | 99 |
| 6. O/a senhor/a tem medo que algum mal vá lhe acontecer? | 1 | 2 | 99 |
| 7. O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo? | 1 | 2 | 99 |
| 8. O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída? | 1 | 2 | 99 |
| 9. O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | 1 | 2 | 99 |
| 10. O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria? | 1 | 2 | 99 |
| 11. O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo? | 1 | 2 | 99 |
| 12. O/a senhor/a se sente um inútil nas atuais circunstâncias? | 1 | 2 | 99 |
| 13. O/a senhor/a se sente cheio de energia? | 1 | 2 | 99 |
| 14. O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança? | 1 | 2 | 99 |
| 15. O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a? | 1 | 2 | 99 |
| Pontuação total na escala de depressão geriátrica _____ | | | |

EVENTOS ESTRESSANTES

32 itens do The Elders Life Stress Inventory – ELSI (Aldwin, 1990), traduzidos e adaptados (ver Fortes-Burgos et al., 2008), + 8 itens construídos para o estudo FIBRA polo Unicamp.

| Eu vou lhe apresentar uma lista de situações que podem acontecer na vida das pessoas idosas. Para cada uma, eu vou perguntar se o/a senhor/a viveu essa situação <u>de cinco anos para cá</u> . | | | Intensidade do evento apontado como o mais estressante | | | | | |
|---|-----|-----|--|---|---|---|---|----|
| Eventos | Sim | Não | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NR |
| 1. Morte do/a esposo/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 2. Morte do pai ou da mãe. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 3. Morte de um/a amigo/a muito chegado | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 4. Morte de um parente próximo. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 5. Morte de um/a filho/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 6. Morte de um/a neto/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 7. Doença do/a esposo/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 8. Doença do seu pai ou da sua mãe. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 9. Doença de um/a filho/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 10. Doença de um/a neto/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 11. O/a senhor/a ficou doente ou teve uma piora em seu estado de saúde. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 12. O/a senhor/a sentiu que sua memória estava piorando. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 13. O/a senhor/a teve que colocar o/a esposo/a numa instituição. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 14. O/a senhor/a teve que colocar o pai ou a mãe numa instituição. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 15. O/a senhor/a teve que tomar conta ou cuidar do pai ou da mãe doente. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 16. O/a senhor/a teve que tomar conta ou cuidar do/a esposo/a doente. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 17. O/a senhor/a perdeu contato com amigo/a por causa de mudança de casa ou de cidade. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 18. O/a senhor/a perdeu contato com um/a filho/a por causa de mudança de casa ou de cidade. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 19. O/a senhor/a perdeu algum objeto de que gostava. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 20. O/a senhor/a sentiu que estava perdendo poder aquisitivo. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 21. Sua aposentadoria. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 22. Aposentadoria de seu/sua esposo/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 23. Divórcio ou separação. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 24. Divórcio ou separação de um/a filho/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 25. Casamento – o/a senhor/a se casou. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 26. Casamento de um/a filho/a. | 1 | 2 | | | | | | 99 |
| 27. Diminuição na participação em atividades de que gostava muito. | 1 | 2 | | | | | | 99 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|----|
| 28. O/a senhor/a teve que assumir responsabilidades financeiras por um/a filho/a adulto/a ou por seus pais ou sogros. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 29. Conflitos com os/as filhos/as. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 30. Conflitos com o/a esposo/a. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 31. Sua casa sofreu danos por causa de chuvas, de enchente ou de seca. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 32. Foi maltratado/a ou ameaçado/a de maus-tratos. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 33. Foi enganado/a ou ridicularizado/a. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 34. Sofreu roubo ou assalto à sua residência. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 35. Foi roubado/a ou assaltado/a na rua ou em transporte público. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 36. Precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 37. Precisou de socorro médico de urgência e não conseguiu. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 38. Um ente querido sofreu algum tipo de violência. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 39. Um ente querido precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |
| 40. Um ente querido precisou de socorro médico de urgência e não foi possível obter. | 1 | 2 | | | | | | | 99 |

ATENÇÃO: Depois de perguntar sobre cada um dos eventos, se o/a idoso/a viveu ou não, voltar naquelas que ele/ela disse “SIM”, e perguntar sobre a intensidade do evento.

INTENSIDADE DO EVENTO ASSINALADO COMO O MAIS ESTRESSANTE

Qual desses eventos o/a senhor/a considera como o mais estressante? N° _____

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Aldwin, Sutton e Lachman (1996), Fortes-Burgos et al. (2008).

| Estratégias | Nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre | NR |
|---|-------|---------------|--------------|--------|----|
| 1. Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2. Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 3. Queixou-se ou desabafou com alguém. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4. Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 5. Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 7. Procurou distrair-se, por exemplo dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 8. Demonstrou hostilidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 9. Rezou e pediu orientação a algum ente superior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 10. Isolou-se. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 11. Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 12. Guardou seus sentimentos para si mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| 13. Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 14. Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou para esquecer do que estava acontecendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 15. Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 16. Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 17. Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 18. Tentou esquecer que o problema existia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 19. Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 20. Gritou e xingou. | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

EFICÁCIA DO ENFRENTAMENTO

1. O/a senhor/a acha que essas coisas que fez para lidar com a situação que lhe pareceu a mais estressante deram certo ou funcionaram bem?

1. Sim
2. Não
99. NR