

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROGÉRIO DONIZETI REIS

**AS CARACTERÍSTICAS DA REDE DE APOIO SOCIAL ESTÃO ASSOCIADAS À
HOSPITALIZAÇÃO? ACHADOS DE UM ESTUDO DE COORTE COM PESSOAS
IDOSAS DA COMUNIDADE**

ALFENAS/MG

2024

ROGÉRIO DONIZETI REIS

**AS CARACTERÍSTICAS DA REDE DE APOIO SOCIAL ESTÃO ASSOCIADAS À
HOSPITALIZAÇÃO? ACHADOS DE UM ESTUDO DE COORTE COM PESSOAS
IDOSAS DA COMUNIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Alfenas, para obtenção de título de Doutor em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a Tábatta Renata Pereira de
Brito.

ALFENAS/MG

2024

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Reis, Rogério Donizeti.

As características da rede de apoio social estão associadas à hospitalização? : achados de um estudo de coorte com pessoas idosas da comunidade / Rogério Donizeti Reis. - Alfenas, MG, 2024.

102 f. : il. -

Orientador(a): Tábatta Renata Pereira de Brito.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Idoso. 2. Hospitalização. 3. Apoio Social. 4. Planejamento de Assistência ao Paciente. I. Brito, Tábatta Renata Pereira de, orient. II. Título.

ROGÉRIO DONIZETI REIS

AS CARACTERÍSTICAS DA REDE DE APOIO SOCIAL ESTÃO ASSOCIADAS À HOSPITALIZAÇÃO? ACHADOS DE UM ESTUDO DE COORTE COM PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 28 de junho de 2024.

Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Daniella Pires Nunes
Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Ana Claudia Mesquita Garcia
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Renato Augusto Passos
Instituição: Faculdade de Medicina de Itajubá



Documento assinado eletronicamente por **Tabatta Renata Pereira de Brito**, Professor do Magistério Superior, em 01/07/2024, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1266402** e o código CRC **CC51375F**.

À minha mãe Lazineira pelo incentivo, companharismo e amor incondicional.
Ao meu pai Daniel que pelo suor derramado, mãos calejadas e rosto marcado pelo sol fizeram
chegar até aqui.

Aos irmãos Ricardo, Michel e Daniela.

Aos amigos *in memoriam* Benedito Emilio Salomon (Didi Salomon), sua partida deixou uma
lacuna em minha vida, você foi um belo companheiro nesta jornada. Dimas de Oliveira
Fonseca, sua passagem foi repentina que ainda não consigo aceitar.

Aos amigos Euplínio, Solange, Ricardo Nassif, Carlos, Márcio, Luiz Antônio, Wagner, Luiz
Celso, Ana Carvalho, José Augusto, Luzia Aparecida, Maria Mirtes dos Santos, Karina
Parreira e José Vitor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu guia, minha luz na hora da escuridão, por ser presença na minha vida, amparo nas horas de desânimo e desespero, ouvidos para escutar minhas lamentações.

A professora, enfermeira, mestre e doutora Tábatta, um ser humano incrível, dedicada, amiga e incentivadora, esta conquista devo a você. Agradeço a Deus por ter colocado você no meu caminho. Algumas pessoas são como cometas e cometas passam de tempos em tempos e não deixam lembranças. Comparo você como uma estrela e a estrela é diária, ela brilha, ilumina e direciona, desta forma, basta fechar os olhos e deixar sua essência e seu ensinamento emergir.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

As pessoas idosas que participaram deste estudo.

Eu poderia falar todas as línguas que são faladas na terra e até no céu, mas, se não tivesse amor, as minhas palavras seriam como o som de um gongo, ou como o barulho de um sino. Poderia ter o dom de anunciar mensagens de Deus, ter todo o conhecimento, entender todos os segredos e ter tanta fé, que até poderia tirar as montanhas do seu lugar, mas, se não tivesse amor, eu não seria nada. Poderia dar tudo o que tenho e até mesmo entregar o meu corpo para ser queimado, mas, se eu não tivesse amor, isso não me adiantaria nada. Quem ama é paciente e bondoso. Quem ama não é ciumento, nem orgulhoso, nem vaidoso. Quem ama não é grosseiro nem egoísta; não fica irritado, nem guarda mágoas. Quem ama não fica alegre quando alguém faz uma coisa errada, mas se alegra quando alguém faz o que é certo. Quem ama nunca desiste, porém, suporta tudo com fé, esperança e paciência. O amor é eterno. Existem mensagens espirituais, porém, elas durarão pouco. Existe o dom de falar em línguas estranhas, mas, acabará logo. Existe o conhecimento, mas, também terminará. Pois os nossos dons de conhecimento e as nossas mensagens espirituais são imperfeitos. Mas, quando vier o que é perfeito, então, o que é imperfeito desaparecerá. Quando eu era criança, falava como criança, sentia como criança e pensava como criança. Agora que sou adulto, parei de agir como criança. O que agora vemos é como uma imagem imperfeita num espelho embaçado, mas, depois veremos face a face. Agora, o meu conhecimento é imperfeito, mas, depois, conhecerei perfeitamente, assim como sou conhecido por Deus. Portanto, agora existem estas três coisas: a fé, a esperança e o amor. Porém, a maior delas é o amor (*1 Coríntios 13, 1-13*).

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas que podem agravar as condições crônicas, tornando a pessoa idosa mais suscetível à hospitalização. Nesse sentido, a rede de apoio social pode ajudar a enfrentar os efeitos deletérios do estresse no organismo e, conseqüentemente ser uma importante aliada no processo de cuidar das pessoas mais velhas, ao diminuir as chances de desfechos adversos. **Objetivo:** verificar se as características da rede de apoio social estão associadas ao tempo até a hospitalização de pessoas idosas. **Método:** estudo de coorte prospectiva que utilizou como dados da linha de base a pesquisa intitulada “Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos” que foi realizada em 2019 em Alfenas – MG. Os dados do acompanhamento foram coletados em maio de 2023. As características da rede de apoio social foram avaliadas por meio da Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*. As datas da primeira hospitalização após a entrevista de 2019 foram obtidas por meio dos registros dos sistemas de informação do município. As análises de associação foram realizadas por meio do modelo de riscos proporcionais de Cox. *Hazard Ratios* (HR) e intervalos de 95% de confiança foram calculados. Foi utilizado o teste de log-rank para análise da diferença estatística entre as curvas de sobrevida construídas pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Das 413 pessoas idosas acompanhadas, observou-se que 72,9% da amostra era de mulheres, 46,3% tinham entre 60 e 69 anos, e 44,1% informaram renda mensal entre 1 a 2 salários mínimos. Sobre a saúde, 68,7% dos participantes referiram duas ou mais doenças crônicas, 40,1% foram consideradas em polifarmácia e a maioria não referiu sintomas depressivos (65,9%), nem declínio cognitivo (71,9%). Sobre as características da rede de apoio social, 72,1% das pessoas idosas tinham mais que cinco integrantes em sua rede social. A maioria dos participantes relatou alto/médio nível de todos os tipos de apoio. A presença de declínio cognitivo (HR=1,69; IC95%=1,10-2,58) e o baixo nível de interação social positiva (HR=1,76; IC95%=1,07-2,90) aumentam as chances de hospitalização, independentemente do tamanho da rede, apoio material, afetivo e emocional/informação. **Conclusão:** O baixo nível de interação social positiva aumenta as chances de hospitalização das pessoas idosas avaliadas, o que indica que o processo de cuidar em enfermagem deve considerar intervenções que estimulem a criação, manutenção e expansão das redes de apoio social das pessoas idosas, a fim de prevenir ou postergar as hospitalizações.

Palavras-chave: idoso; hospitalização; apoio social; planejamento de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Introduction: Aging is characterized by physiological changes that can exacerbate chronic conditions, making older people more susceptible to hospitalization. In this context, the social support network can help mitigate the detrimental effects of stress on the body and consequently be an important ally in the care process of older people, by reducing the chances of adverse outcomes. **Objective:** To verify if the characteristics of the social support network are associated with the time to hospitalization of older people. **Method:** This is a prospective cohort study that used baseline data from the research entitled "Association between low level of social support and telomere length in older people" conducted in 2019 in Alfenas, MG. Follow-up data were collected in May 2023. The characteristics of the social support network were assessed using the Medical Outcomes Study Social Support Survey. Hospitalization dates were obtained from the municipality's information systems records. Association analyses were performed using the Cox proportional hazards model. Hazard Ratios (HR) and 95% confidence intervals were calculated. The log-rank test was used to analyze the statistical difference between survival curves constructed by the Kaplan-Meier method. **Results:** Of the 413 older people followed, it was observed that 72.9% of the sample were women, 46.3% were between 60 and 69 years old, and 44.1% reported a monthly income between 1 to 2 minimum wages. Regarding health, 68.7% of the participants reported two or more chronic diseases, 40.1% were in polypharmacy, and the majority did not report depressive symptoms (65.9%) or cognitive decline (71.9%). Regarding the characteristics of the social support network, 72.1% of the older people had more than five members in their social network. Most participants reported a high/medium level of all types of support. The presence of cognitive decline (HR=1.69; 95%CI=1.10-2.58) and low levels of positive social interaction (HR=1.76; 95%CI=1.07-2.90) increase the chances of hospitalization, regardless of the size of the network, material support, affective support, and emotional/informational support. **Conclusion:** Low levels of positive social interaction increase the chances of hospitalization of the evaluated older people, indicating that nursing care should consider interventions that stimulate the creation, maintenance, and expansion of older people's social support networks to prevent or postpone hospitalizations.

Keywords: aged; hospitalization; social support; patient care planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Definição da amostra.....	34
Figura 2 – Período de acompanhamento de pessoas idosas de julho a dezembro de 2019 a abril de 2023. (n=413)	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Motivos das hospitalizações de pessoas idosas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Alfenas, 2019-2023, (n=96).....	40
Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas segundo aspectos socioeconômicos, de saúde, características da rede de apoio e hospitalização. Alfenas, MG, 2019-2023, (n=413)	41
Tabela 3 – Modelo univariado de Cox para tempo até ocorrência de hospitalização em pessoas idosas. Alfenas, 2019-2023, (n=413).....	46
Tabela 4 – Modelo de Cox para tempo até ocorrência de hospitalização em pessoas idosas. Alfenas, 2019-2023, (n=413).....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer relacionado ao tamanho da rede de apoio social. Alfenas, 2019-2023, (n=413)	43
Gráfico 2 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer relacionado ao apoio material. Alfenas, 2019-2023, (n=413)	44
Gráfico 3 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer relacionado ao apoio afetivo. Alfenas, 2019-2023, (n=413)	44
Gráfico 4 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer relacionado à interação social positiva. Alfenas, 2019-2023, (n=413).....	45
Gráfico 5 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer relacionado ao apoio emocional/informação. Alfenas, 2019-2023, (n=413)	45

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA.....	14
1.2	OBJETIVOS	15
1.2.1	Objetivo geral	15
1.2.2	Objetivos específicos	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS POPULACIONAIS E AS DIMENSÕES BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL, CULTURAL E ESPIRITUAL	16
2.2	REDE DE APOIO SOCIAL – ASPECTOS CONCEITUAIS.....	23
2.3	HOSPITALIZAÇÃO E A REDE DE APOIO SOCIAL	29
3	MÉTODO.....	33
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
3.2	LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES.....	33
3.3	COLETA DE DADOS.....	35
3.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	36
3.4.1	Variável dependente – Desfecho	36
3.4.2	Apoio Social	36
3.4.3	Covariáveis	37
3.5	ANÁLISE DE DADOS	38
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4	RESULTADOS.....	40
5	DISCUSSÃO	49
6	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES.....	69
	ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

O convívio e a integração social das pessoas idosas são aspectos importantes do envelhecimento saudável. Todavia, em geral, os adultos mais longevos têm redes de apoio social menores quando comparados aos adultos mais jovens devido às mudanças na fase do seu ciclo de vida, às perdas relacionadas com a idade, ao declínio da saúde e ao aumento das limitações de mobilidade. Conseqüentemente, com o aumento da idade, uma proporção crescente de pessoas idosas experimenta solidão e outras condições crônicas que levam a hospitalização (Kemperman *et al.*, 2019).

Um aspecto considerável a ser avaliado em uma análise das condições gerais de vida e saúde das pessoas idosas é a rede de apoio social que dispõem no seu cotidiano. Um dos fatores que sustenta o enfrentamento das condições crônicas e as fragilidades impostas pelo envelhecimento é a presença de uma rede social de apoio funcional (Cavini; Gaspar, 2013). Segundo França *et al.* (2018), a identidade social da pessoa é mantida por seus contatos interpessoais que formam sua rede de apoio social. A falta desta rede é preditora de mortalidade por diversas causas (Hobbs *et al.*, 2016).

Assim, a avaliação do apoio social, além de evidenciar o quão integrado socialmente a pessoa idosa está, também determina o grau com que as relações interpessoais correspondem a certas funções e lhe oferecem suporte em situações de crise ou readaptação (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018).

A rede de apoio social é apenas uma das muitas singularidades que devem ser consideradas neste novo prisma da atenção à saúde e não mais somente da atenção à doença. Ao considerar a velhice e o processo de envelhecimento humano como uma etapa da vida sujeita a mudanças, perdas, enfermidades e adaptações, reconhece-se que o apoio social é de suma importância, principalmente nas situações em que há comprometimento da saúde e possibilidade de hospitalização (Souza *et al.*, 2017).

Uma rede de apoio social enfraquecida, distante, inapropriada e que fornece um apoio rudimentar pode estar relacionada à aspectos tão amplos, que ultrapassam condições patológicas crônicas, podendo levar a desfechos adversos como hospitalização e óbito (Félix *et al.*, 2016).

Diante disso, dispôs-se da seguinte pergunta de pesquisa: as características da rede de apoio social (tamanho da rede, apoio material, apoio afetivo, interação social positiva e apoio emocional/infomação estão associadas com a hospitalização das pessoas idosas?

A hipótese é que características negativas da rede de apoio social das pessoas idosas aumentem as chances de hospitalização.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela importância de se compreender o processo de envelhecimento humano e suas complexidades. A compreensão do papel da rede de apoio social na vida das pessoas idosas é muito importante para o desenvolvimento de intervenções eficazes que promovam o envelhecimento saudável e ativo.

Ressalta-se que uma rede de apoio social forte pode atuar como um amortecedor contra depressão, ansiedade e isolamento social. É relevante mencionar que conhecer as formas que a pessoa idosa, a família e os que estão em seu entorno se relacionam, justificam a implementação de estratégias de estabelecimento e manutenção de redes de apoio onde as pessoas possam trocar ajuda para enfrentar melhor as situações do dia-a-dia.

A relevância social deste trabalho se encontra no fato de que a população idosa é a que mais cresce no Brasil e no mundo. Evidenciar a importância da rede de apoio social funcional, como é composta e como os membros se interagem e, além disso, compreender que a disfuncionalidade desta rede pode ser o motivo de hospitalização precoce, poderá contribuir para melhorar a condição de vida e saúde de um crescente contingente populacional. De outra forma, este estudo busca também evidenciar que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por grande parte das hospitalizações, e que as dificuldades e a complexidade vivenciadas por estas pessoas no controle da cronicidade pode levar à desfechos adversos e pior qualidade de vida.

Em relação a relevância profissional, a enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no cuidado de pessoas idosas, especialmente aquelas que possuem uma rede de apoio social enfraquecida. A enfermagem deve adotar uma abordagem holística no cuidado das pessoas, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais, sociais e espirituais. Nesse sentido, os resultados desse estudo poderão ajudar os profissionais da enfermagem a implementarem ações que tornem as pessoas idosas e a famílias protagonistas do seu cuidar e sobretudo, fortaleçam o núcleo familiar por meio de suas redes de apoio. O estímulo a criação de vínculos de confiança e oferta de apoio emocional, podem ajudar as pessoas idosas a enfrentarem desafios e a lidar com a solidão e o isolamento social.

A respeito da relevância científica, estudos sobre a associação entre a rede de apoio social e a hospitalização são escassos na literatura nacional e internacional e por isso, o

desenvolvimento dessa pesquisa pode contribuir com novos achados e subsidiar estudos futuros que ajudem a consolidar o conhecimento científico na área da Gerontologia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Verificar se as características da rede de apoio social estão associadas ao tempo até a hospitalização em pessoas idosas.

1.2.2 Objetivos específicos

O presente estudo se propõe a:

- a) identificar as características sociodemográficas e de saúde das pessoas idosas na linha de base do estudo;
- b) descrever as características estruturais e funcionais da rede de apoio social das pessoas idosas na linha de base do estudo;
- c) estimar o tempo até a hospitalização num período de três anos e meio de acompanhamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS POPULACIONAIS E AS DIMENSÕES BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL, CULTURAL E ESPIRITUAL

Globalmente a população idosa alcançou 962 milhões em 2017. Estima-se que, em 2050, alcance 2,1 bilhões. Projeções indicam que, em 2050, as pessoas idosas corresponderão a 35% da população na Europa, 28% na América do Norte, 25% na América Latina e Caribe, 24% na Ásia, 23% na Oceania e 9% na África (United Nations, 2017).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa de vida no Brasil alcançou a média geral de 76 anos e 6 meses de vida. Para as mulheres essa expectativa alcançou 80,1 anos e para os homens e 73,1 anos. Desta forma, percebe-se um aumento expressivo da proporção de pessoas idosas no Brasil, sendo esse fato uma tendência mundial. A maior concentração de pessoas idosas com 60 anos ou mais está na região Sudeste (16,6%) e no Sul (16,2%). Em contrapartida, apenas 9,9% dos residentes do Norte são pessoas idosas. Houve um incremento de concentração de pessoas idosas nos Estados do Rio de Janeiro (19,1%) e Rio Grande do Sul (18,6%). A menor proporção desta população está em Roraima com apenas (7,7%) (IBGE, 2023).

O envelhecimento populacional é um marco. Ele é resultado do desenvolvimento das sociedades, prova cabal das vitórias do ser humano sobre os percalços e adversidades da natureza. O paradoxo é que esse envelhecimento populacional seja visto como um problema pela maioria dos governantes, políticos, planejadores e, mesmo, pelas pessoas em geral. O contrassenso citado é que ele pode ter uma contrapartida de fracasso, pois, os anos de vivência podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência. Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida (Paschoal, 2017).

Sobre o envelhecimento, do ponto de vista individual, Almeida (2010), afirma que o mesmo é de natureza universal e um fenômeno inerente à vida. Não segue uma evolução linear, como pode aparentar, e se caracteriza como um processo lento que se acelera durante as últimas fases da vida.

Pessini (2017) afirma que o processo de envelhecer é a gradual plenificação do ciclo da vida. O envelhecimento não precisa ser escondido ou negado, mas deve ser compreendido,

afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida lentamente se revela.

Na visão de Rocha (2018), o envelhecimento é visto como um processo natural que ocorre desde que nascemos e fica mais evidente com a idade mais avançada. Percebe-se que a qualidade do envelhecimento está relacionada, diretamente, com a qualidade de vida à qual o organismo foi submetido. Nestes últimos anos, a sociedade tem se preocupado um pouco mais com as pessoas idosas, devido ao aumento desta população, porém, os avanços ainda são poucos em relação à pessoa idosa e insuficientes para lidar com a situação (Rocha, 2018).

Envelhecer com qualidade de vida, saúde e bem-estar representa hoje um dos principais desafios para a sociedade. Apesar do aumento da esperança média de vida ser reconhecido como uma importante conquista, à medida que se atingem idades mais avançadas, existe um aumento da carga de morbidade e incapacidade, atribuída às doenças e lesões predominantemente do foro crônico (Portugal, 2020).

As implicações do envelhecimento para a sociedade são significativas, notadamente no que se refere à saúde. Com o aumento exponencial da população idosa, o desafio é viver mais, com menos agravos, de forma salutar e com uma melhor qualidade de vida (Mari *et al.*, 2016).

É importante frisar que o envelhecimento é um processo e, com o passar dos anos, aumenta a importância dos fatores ambientais para compreensão da forma como a pessoa idosa desenvolve suas relações sociais e as interações do cotidiano, assim como as diversas formas de adoecer e os desfechos negativos em saúde (Pereira *et al.*, 2013). Por conseguinte, na falta de um ambiente que otimize o seu potencial, a pessoa idosa sofre o impacto das limitações para a realização de atividades, o que dentro de uma série de episódios, culmina em alterações oriundas do processo de envelhecimento biológico (Cruz; Leite, 2018).

O processo de envelhecimento apresenta três dimensões: biológica/fisiológica, psicológica e social. A dimensão biológica, ou senescência, refere-se às alterações fisiológicas que originam uma gradual vulnerabilidade física e mental. A dimensão psicológica é caracterizada pela maior ou menor capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência, e a dimensão social se refere aos papéis sociais esperados pela sociedade (Costa; Nunes, 2020).

Em um estudo realizado por Jin (2010) esse autor faz alguns questionamentos para tentar elucidar o processo de envelhecimento. Por que envelhecemos? Quando começamos a envelhecer? Qual é o marcador de envelhecimento? Existe um limite para quantos anos podemos crescer? Estas questões são muitas vezes ponderadas pela humanidade nos últimos

duzentos anos. No entanto, apesar dos recentes avanços em biologia molecular e genética, os mistérios que controlam a expectativa de vida humana ainda não foram desvendados.

Para Davidovic *et al.* (2010), várias teorias foram propostas para decifrar o processo de envelhecimento, mas nenhuma delas parece ser totalmente satisfatória. As teorias tradicionais do envelhecimento sustentam que se trata de um processo geneticamente programado. As dimensões ou teorias biológicas do envelhecimento dividem-se em duas categorias principais: teorias programadas e estocásticas ou de danos ou erros. As teorias programadas sugerem que o envelhecimento segue um cronograma biológico, fortuitamente um prosseguimento daquele que regula o crescimento e o desenvolvimento infantil. Essa regulação decorreria de mudanças na expressão gênica que afetam os sistemas responsáveis pelas respostas de manutenção, reparo e defesa. As teorias estocásticas ou de dano ou erro enfatizam agressões ambientais a organismos vivos que induzem danos cumulativos em vários níveis como a causa do envelhecimento.

Alguns exemplos segundo Farinatti (2002) são as correntes que defendem a existência de mutações genéticas somáticas progressivas ou erros da cadeia de síntese proteica em virtude da influência de radiação ou substâncias específicas. Todas essas teorias carecem de comprovação definitiva, não havendo condições de sobrepor-se umas às outras. Tem-se, contudo, diversas dúvidas sobre a real influência das causas por elas apontadas no processo global de envelhecimento biológico, assim como sobre a forma pela qual poderiam interagir.

Sobre a teoria programada há três subcategorias: 1) longevidade programada; 2) teoria endócrina; e 3) teoria imunológica. Segundo a longevidade programada, o processo de envelhecimento é o resultado de uma ativação e desativação sequencial de determinados genes, logo a senescência é o marco em que os déficits associados à idade se manifestam. Assim é importante discutir o papel da instabilidade genética no envelhecimento e na dinâmica do processo de envelhecimento (Davidovic *et al.*, 2010). De acordo com a teoria endócrina os relógios biológicos se manifestam por meio de hormônios para gerir o ritmo do envelhecimento e a via de sinalização insulina/IGF-1 (IIS) conservada evolutivamente desempenha um papel fundamental na regulação hormonal do envelhecimento (Van Heemst, 2010). Já de acordo com a teoria imunológica, o sistema imune está programado para diminuir ao longo do tempo, o que leva a uma maior vulnerabilidade às doenças infecciosas e, portanto, ao envelhecimento e à morte (Troen, 2003). Esta última teoria se baseia em duas premissas: 1) há declínio da capacidade funcional do sistema imune, conforme é evidenciado por resposta mitogênica diminuída das células T e por resistência reduzida às infecções; e 2) ocorre aumento da propriedade autoimune (elevação de anticorpos séricos).

Os autores George e Ritter (1996), expõem que a resposta imune vai se diferenciando com a idade. O timo é um órgão do sistema imune envolvido na seleção e na maturação das células T e na produção de hormônios peptídeos. O timo atinge o volume máximo e o pico da sua função na puberdade. Após, o timo involui e reduz, de maneira progressiva, a produção de células T maduras e de hormônios. Caso essa modificação for um sinal de imunossenescência precoce, nota-se uma troca entre a utilidade diminuída do timo e o custo da manutenção do órgão, pois o repertório de células T já foi organizado. Para Franceschi *et al.* (2000) essa interpretação estaria equivocada porque outras funções, como a atividade de vários tipos de linfócitos e do sistema de complemento, estão bem preservadas em indivíduos centenários saudáveis.

Quanto às alterações fisiológicas, segundo a Universidade Federal do Maranhão (2017), é possível observar, durante o processo de envelhecimento, uma perda contínua de neurônios, especialmente no córtex dos giros pré-centrais – área motora voluntária. A disfunção do sistema nervoso e, em especial, do sistema nervoso autônomo, pode estar relacionada a diversos processos patológicos, tais como as doenças neurodegenerativas.

Para Colussi e Freitas (2002), o sistema nervoso é o sistema fisiológico que sofre maiores danos com o processo de envelhecimento e é responsável por diversos tipos de sensação, movimentos, funções psíquicas, entre outros. Ainda para os autores, o cérebro diminui de peso e tamanho. Nota-se uma redução de 5% aos 70 anos e cerca de 20% aos 90 anos de idade. Para Burke e Barnes (2006), a redução da massa cerebral está associada à perda neuronal, que não é uniforme. Ocorre certo grau de atrofia cortical, com consequente aumento volumétrico do sistema ventricular, que é uniforme em todas as áreas cerebrais.

Bishop, Tao e Yabkner (2010) narram que em estudos recentes evidenciaram através de imagem funcional do cérebro humano que a atividade neural reduz com a idade. Diferentes regiões cerebrais relacionadas às funções cognitivas apresentam menor ativação coordenada com o envelhecimento o que leva a um fraco desempenho em vários domínios cognitivos. Ademais, a atividade neural além de ser menos integrada, também se torna menos localizada em algumas regiões do cérebro, especificamente no córtex pré-frontal, em particular em respostas relacionadas à execução de tarefas.

A respeito do envelhecimento cardíaco, a Universidade Federal do Maranhão (2017) relata que muitos vasos são alterados. A aorta se dilata e seu diâmetro interno aumenta e ocorre depósito de cálcio em toda a extensão da sua parede. Artérias de menor calibre também sofrem com o processo de envelhecimento. Com o passar da idade, as carótidas, as coronárias, as

arteríolas renais do labirinto e outras se estreitam devido a uma deposição elevada de tecido fibroso.

Contudo, esse é oposto do que acontece com outros órgãos vitais do ser humano, visto que o peso do coração aumenta e surge o espessamento da parede do ventrículo esquerdo, assim como placas arterioscleróticas. Essas alterações fazem com que a pressão arterial sistólica aumente progressivamente após os 55 e 60 anos de idade. O sistema nervoso autônomo, que controla os batimentos cardíacos e a pressão arterial, torna-se menos eficiente, acarreta maiores variações da pressão arterial, bem como hipotensão ortostática. O processo de aterosclerose, por ser crônico e degenerativo, torna-se mais exuberante em pacientes longevos (Universidade Federal do Maranhão, 2017).

Sobre o envelhecimento pulmonar Fachine e Tromprieri (2012) discorrem que há uma diminuição da função pulmonar. A funcionalidade pulmonar tem seu pico durante a adolescência, estabiliza por volta dos 30 anos e, após essa idade, inicia-se o processo de declínio. As alterações pulmonares na pessoa idosa podem ser decorrentes das combinações entre alterações anatômicas e a reorientação das fibras elásticas. Essas alterações são definidas pela diminuição da elasticidade pulmonar, redução da capacidade da difusão do oxigênio, redução dos fluxos expiratórios, diminuição da complacência pulmonar e estreitamento das pequenas vias aéreas. Há uma acentuada rigidez na parede torácica e calcificação das cartilagens e das articulações costais e redução do espaço intervertebral.

Quanto ao funcionamento do sistema respiratório tem-se a redução da força dos músculos respiratórios, redução da taxa de fluxo expiratório e redução da pressão arterial de oxigênio (Cardoso, 2009). O único músculo que parece não costumar ser afetado pelo envelhecimento é o diafragma que, nas pessoas idosas, apresenta a mesma massa muscular que indivíduos mais jovens (Gorzoni; Russo, 2012).

O sistema renal também sofre alterações, tanto em sua estrutura, como em sua função. Do ponto de vista estrutural há uma redução referente ao peso e volume renal; diminuição do número de glomérulos com aumento na porcentagem de glomérulos escleróticos, hialinização de arteríolas aferentes e, em algumas situações, desenvolvimento de arteríolas aglomerulares, e fibrose tubulointersticial (Weinstein; Anderson, 2010).

Quanto à alteração funcional, tem-se uma redução progressiva da função renal, com acentuada redução da taxa de filtração glomerular, que é o resultado direto da redução na taxa de fluxo plasmático capilar glomerular e no coeficiente de ultrafiltração capilar glomerular. Na função tubular, ocorre diminuição da taxa de reabsorção tubular renal. Observa-se também uma redução na homeostase de sódio, associada à perda da capacidade de concentrar ou diluir a

urina, que pode estar relacionada à perda de néfrons, à carga de filtração por néfron ou à limitação da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona. A redução do fluxo plasmático renal propicia uma menor produção e liberação de renina e aldosterona, implicando a adaptação a estados de hipovolemia ou hipercalcemia. Também ocorre defeito na acidificação e alteração no metabolismo do cálcio, sendo a osteopenia um achado frequente (Colloca; Santoro; Gambassi, 2010).

Outro sistema comprometido com o envelhecimento é o tegumentar que é constituído pela pele e anexos. Fisiologicamente, a pele fica ressecada devido à diminuição das glândulas sebáceas, como resultado as papilas da derme ficam menos profundas, o que diminui a aproximação entre as camadas da pele e favorece a ocorrência de lesões. Além disso, na derme da pessoa idosa, ocorre a diminuição das fibras colágenas e elásticas, o que produz a formação das rugas. Em virtude disso, a vascularização também diminui, o que explica a baixa temperatura e a palidez da pele, deixando-a suscetível ao desenvolvimento de dermatites (Pereira *et al.*, 2013).

Quanto as dimensões ou teorias psicológicas do envelhecimento, Wernher e Lipsky (2015) fazem a seguinte interrogação: as ideias sobre as mudanças psicológicas que comumente resultam do envelhecimento, assim como as mudanças fisiológicas, se relacionam com as teorias biológicas do envelhecimento, ou usamos as teorias psicológicas do envelhecimento para entender melhor os caminhos que o indivíduo alcança com as perdas relacionadas à idade?

A literatura sugere que as seguintes respostas aos questionamentos são válidas: as teorias psicológicas do envelhecimento podem se referir tanto às mudanças psicológicas decorrentes do envelhecimento, quanto aos mecanismos psicológicos adaptativos (ou falta deles) para neutralizar as perdas associadas ao declínio físico. Por exemplo, o campo da psicologia cognitiva aborda mudanças relacionadas à idade no desempenho cognitivo, bem como o uso de estratégias para compensar essas mudanças (Wernher; Lipsky, 2015).

As dimensões ou as teorias psicológicas que envolvem o envelhecimento ressaltam as modificações nos desempenhos cognitivos, afetivos e sociais, bem como as alterações em motivações, interesses, atitudes e valores que são característicos dos anos mais avançados da vida adulta e dos anos da velhice. Enfoca as diferenças intra-individuais e interindividuais que caracterizam os diferentes processos psicológicos na velhice e leva em conta as atitudes de diferentes faixas etárias, sexo e pessoas idosas de diferentes escolaridades e experiências socioculturais. Estuda também os processos e as condições problemáticas que caracterizam e que afetam o funcionamento psicológico dos indivíduos mais velhos (Schaie, 1996).

Sobre a cognição, Canineu, Samara e Stella (2016), discorrem que há uma perda progressiva na vida da pessoa idosa. Para Cançado, Alanis e Horta (2016) algumas funções são mais afetadas que outras, sendo que a memória sofre o comprometimento mais perceptível e devastador. Pereira (2016) afirma que a velocidade de processamento, função executiva, atenção, concentração e resolução de problemas são reduzidas com o envelhecimento. Perante esses acometimentos, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2005), as causas do declínio cognitivo nas pessoas idosas são diversas e multifatoriais e podem estar associadas à fatores comportamentais, psicológicos e sociais, bem como pelo desuso e pela cronicidade das doenças. Para Irigaray, Schneider e Gomes (2011), o processo funcional cognitivo está relacionado à saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico, além de ser considerado um fator importante para o envelhecimento ativo e longevidade.

Todas essas alterações tendem a limitar a pessoa idosa quanto à capacidade funcional, o que, conseqüentemente, está atrelado à multimorbidade e assim, a dimensão social, por diversos motivos ou desconhecimento, acaba ficando na subjetividade. Por outro lado, as pessoas idosas que tem uma velhice saudável, mas que são cerceados pelas famílias ou são estigmatizadas pelo idadismo, sofrem pelas condições naturais da seletividade humana.

Além disso, o estigma exerce outra função interessante, pois faz com que os indivíduos percam sua identidade ou as transformem. De acordo com Goffman (1998) estigmas são atributos que tornam o indivíduo possuidor em “desvantagem” para com os demais. A pessoa estigmatizada, que não obtém o respeito da “pessoa normal”, pode não aceitar a si mesma, como se “o normal” lhe confirmasse seus próprios defeitos. Dessa forma, o estigma na velhice pode trazer sérios prejuízos e levar as pessoas idosas a negar a participação na sociedade, viverem marginalizados e enclausurados em seus lares, ainda que possuam condições de viver uma vida ativa, produtiva e ter um saudável convívio em sociedade.

Sob um outro olhar Zimerman (2009), afirma que a dimensão social do envelhecimento está relacionada às alterações no *status* social. A transição da situação de economicamente ativo para a de aposentado é percebida como uma perda de utilidade e poder social. É com esta mudança que alguns projetos de vida ficam comprometidos. Existem pessoas idosas que apresentam dificuldades neste processo de adaptação e que iniciam um ciclo de perdas diversas: condição econômica, poder de decisão, perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia, de contatos sociais, da autoestima e perda da identidade.

O fenômeno envelhecimento apresenta limitações e fragilidades comomentes referentes a este processo, sabe-se que o aspecto social pode ser excludente e destrutivo, o que faz emergir naturalmente pessoas idosas cada vez mais isoladas e distantes da vida social. Nessa

contextualização, nota-se a existência da dimensão social e, inserida nessa dimensão, está a rede de apoio social.

Desta forma, as relações de apoio social construídas durante a vida podem influenciar o processo saúde/doença, principalmente na velhice. Uma vez compreendido o fenômeno envelhecimento, sua característica e dimensão, faz-se necessário elucidar e consolidar o conhecimento sobre a rede de apoio social e suas especificidades.

Na dimensão cultural, o papel do velho/idoso sempre foi ambíguo na maior parte dos períodos históricos. Algumas sociedades antigas o reverenciavam, como no caso de algumas sociedades ágrafas, em que o saber era passado, verbalmente, dos anciãos para os mais jovens; outras o depreciavam e criavam mecanismos culturalmente aceitos de higienização social, tal como o exemplo das sociedades vikings, descrito por Durkheim (1997) em que o sujeito que envelhecia não poderia mais acompanhar a tribo, e se suicidava ao se jogar do topo de um penhasco (Rosa; Vilhena, 2016).

Para França (2016) o tratamento dos indivíduos envelhecidos varia de época para época. Simone de Beauvoir também argumentou sobre uma cena chocante relacionada à velhice. Ela relatou que no século XIX, quando os trabalhadores envelheciam e era percebido que eles não serviam mais para a produção, eram expulsos dos seus trabalhos sem direito a nada e não tendo família que os amparassem. Ao passar do tempo, a situação em relação ao tratamento com a pessoa idosa foi mudando até hoje, quando muitas instituições públicas e muitos programas que os favorecem foram criados para ampará-los.

Por fim, a compreensão da dimensão da espiritualidade na vida das pessoas idosas faz-se necessária, pois pode ser um suporte importante para o enfrentamento das adversidades, uma vez que, no avanço da idade, se têm múltiplos desafios, dentre eles, as modificações fisiológicas próprias do envelhecimento (senescência), comprometimento do estado de saúde, as perdas e mudanças dos papéis sociais, a dependência diante das limitações físicas e, até mesmo, perdas e lutos de entes familiares, frente essas perdas o conforto espiritual é uma estratégia de enfrentamento favorável (Ribeiro *et al.*, 2017).

2.2 REDE DE APOIO SOCIAL – ASPECTOS CONCEITUAIS

Ainda não há consenso entre os autores sobre uma definição ímpar para contextualizar a rede de apoio social, haja vista que, diversos conceitos ao longo dos anos foram sendo criados. Alguns usaram metáforas e outros basearam em ideias reais para aproximar seus construtos.

Sabe-se que algumas linhas de pensamento são consagradas e, na visão da psicologia, alguns autores procuram elucidar a rede de apoio a partir de diferenciação entre os conceitos de apoio social e rede social. Os autores Kahn e Antonucci (1980), descreveram o apoio social como trocas interpessoais que incluem os seguintes elementos: afeto, afirmação e ajuda podendo ser considerado a presença de um ou mais desses elementos. Quanto a afetividade esse apoio está relacionado ao gostar, o admirar, ao respeito e sobretudo, o amor; o apoio relacionado à afirmação abrange reconhecer o outro e a confirmação de suas ações e por fim, o apoio relacionado à ajuda que envolve a viabilização de recursos, dinheiro, informações, cuidados, etc., para a efetivação da assistência ou ajuda.

O apoio social para Simionato e Marcon (2006), refere-se a uma característica qualitativa e funcional da rede social. Esta rede de relações interpessoais presente na vida do indivíduo, que a princípio é constituída pela família, vai sendo ampliada à medida que se incluem amigos, colegas de estudo e trabalho, além de relações sociais baseadas em atividades outras, como esportivas, culturais e de cuidados de saúde.

Segundo Brito e Koller (1999), rede de apoio social é um “conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”. O componente afetivo foi acrescido a este conceito, em função do incontestável e reconhecido valor do vínculo de afeto para a constituição e manutenção do apoio e proteção (Brito; Koller, 1999; Taylor, 2002).

Para Sluzki (1997), a rede social tem sido definida como a soma de todas as relações que a pessoa percebe como significativas ou diferenciadas e Sluzki (1996) afirma que esta é instituída por um conjunto de relações familiares e não familiares que exercem, real ou potencialmente, um ou mais tipos de ajuda que incluem companheirismo, apoio emocional, ajuda prática, ajuda financeira e orientação cognitiva ou aconselhamento.

Ainda de acordo com Sluzki (1996), a rede de apoio social pode ser avaliada em termos de suas características estruturais, sua funcionalidade e os atributos dos vínculos que a constituem. Sendo que as características estruturais abrangem “tamanho da rede” (número de pessoas que a compõem), a “densidade” (grau de inter-relação entre os membros) e a “distribuição” (localização das relações nos quadrantes e círculos do mapa da rede), entre outras. Quanto às suas funções, identificam a "empresa social", o "apoio emocional", “orientação e aconselhamento cognitivo”, “ajuda financeira” e “ajuda prática”. Por fim, entre os atributos das redes são considerados a sua “multidimensionalidade”, “intimidade”, “frequência de contato” e “história”.

Os autores López-Cabañas e Chacón (1997), Meneses (2007) e Sluzki (1997), discorrem que o tamanho e densidade das redes sociais de apoio pode-se dividir em pequena, média e extensa. Redes pequenas e pouco densas têm uma maior probabilidade de desenvolver fortes tensões, ao passo que, as redes médias permitem uma maior desenvolvimento e mobilização entre os seus integrantes, e desta forma, aparentam ser melhores e, finalmente as redes extensas e com densidade maior tendem a levar os membros a dificuldades de integração. A dispersão geográfica, como outra característica da rede de apoio, pode influenciar, tanto a eficiência, quanto a velocidade de resposta diante de um conflito, o que pode facilitar ou dificultar o contato entre os membros.

Acerca da composição, López-Cabañas e Chacón (1997), Meneses (2007) e Sluzki (1997) relatam que a homogeneidade dos membros é importante, porque por meio das semelhanças, desenvolve-se e fortalece-se a consciência de pertencimento, tal qual a heterogeneidade também é importante, no sentido de que, pelas diferenças é possível criar identidades pessoais. Já a força das ligações, simetria e enraizamento social, vínculos muito fortes, extremamente enraizados e com relações estáveis levam a repercussão negativa, uma vez que os membros da rede podem se tornar excessivamente dependentes dela, o que diminuiria as possibilidades de ampliação da mesma.

No que diz respeito às características funcionais, Meneses (2007) fundamenta que elas se dão pelas trocas de apoio entre os membros e que essas trocas requerem interação entre os integrantes da rede envolvendo vínculos, comunicação, organização ao redor do fazer, estruturação e otimização do tempo.

Em outra perspectiva, House (1987) destaca que quatro dimensões são relevantes para a rede de apoio social: o apoio emocional, o apoio prático, o apoio de informação e o apoio de avaliação. O apoio emocional é a demonstração de afeto, preocupação, empatia e disponibilidade para ouvir, o apoio prático é descrito como fornecimento de auxílio financeiro, material e nas atividades diárias, o apoio de informação se dá pelo fornecimento de informação, orientação e aconselhamento e o apoio de avaliação consiste em afirmar/reforçar atitudes e comportamentos adequados.

Sluzki (1997) enfatiza algumas características da rede de apoio social, principalmente as da pessoa idosa, uma vez que ela se contrai, ou seja, o número de vínculos existentes diminui por morte, migração ou enfraquecimento dos membros, as oportunidades para renovar a rede social, assim como a motivação para renová-la, reduz progressivamente, os processos de manutenção da rede se tornam mais difíceis à medida que a energia necessária para manter

ativos os vínculos diminuí e a acuidade sensorial se atenua e é necessário maior esforço para obter menos resultados.

Quanto à linha de pensamento baseada na perspectiva da sociologia, a relação entre as redes sociais e a condição de saúde dos indivíduos tem sido relatada a partir do início de 1950 por diversos pesquisadores. Émile Durkheim foi o pioneiro ao desenvolver essa temática, e desde então já mostrava a associação entre a ocorrência de suicídios e a ausência de uma rede de relações sociais consistente (Durkheim, 1951).

Castel (1993) discorre que nos últimos anos, pelo processo de globalização, o campo da saúde vem sofrendo transformações importantes em decorrência da nova conjuntura social. Devido à globalização, nota-se como resultado a distribuição desigual de renda, a precarização das condições de trabalho, o aumento do desemprego, a diminuição das redes sociais, entre outros, intensificando a pobreza, a exclusão e as desigualdades sociais.

No livro intitulado “As dinâmicas de rede e o trabalho social” elaborado por Sanicola (2015), o autor explica que as redes sociais de uma pessoa correspondem aos contatos interpessoais, responsáveis por manter a sua identidade social. Também dão forma às relações sociais e são classificadas em redes primárias (representadas por laços de família, parentesco, amizade, vizinhança e trabalho) e em redes secundárias podendo ser formal e informal. As formais constituídas por laços com instituições e organizações e informais estabelecidas pela ligação entre pessoas para responder a uma necessidade imediata.

Ainda de acordo Sanicola (2015) e, também um estudo realizado por Haines, Beggs e Hurlbert (2002), as redes sociais primárias ou secundárias apresentam três dimensões, sendo a primeira a estrutura (que consiste no conjunto de laços que se firmam entre pessoas e entre redes, e a movimentação desses laços gera conexões que conferem o formato da rede). Nessa dimensão, nota-se o tamanho da rede, que se refere à quantidade de indivíduos que interagem entre si; a densidade da rede, determinante do grau em que as relações entre os atores sociais são interligadas; a composição da rede engloba a classificação do tipo de laços; e a homogeneidade representa a proporção de vínculos, funções e dinâmica. A segunda dimensão diz respeito as funções (que desempenhadas pela rede são intermediadas pela estrutura, e são definidas como suporte e contenção) e a terceira a dinâmica das redes (que é realizada pelos movimentos de informações e forças internas, que convergem em pontos de maior carga e são redistribuídos).

Em sentido geral, o termo rede, para Silva (2006), descreve o conjunto de indivíduos com quem a pessoa mantém contato e que os mesmos interagem e ajudam-se mutuamente de diversos modos, tipificando uma situação de troca. Mesmo com a pluralidade conceitual sobre

o tema redes de apoio e apoio social, onde cada uma das diversas definições procura ressaltar diferentes aspectos das relações interpessoais e inviabilize uma concepção universal acerca da temática, é unânime a relevância das relações interpessoais, das redes de apoio e do apoio social sobre o desenvolvimento físico e mental dos indivíduos.

Para Bowling (1995), o apoio social pode ser compreendido como um dos alicerces que respalda a superação de adversidades e um conceito que pode conduzir certas funcionalidades de um grupo para com o indivíduo, e que podem suprir de familiares, amigos, dentre outros, sendo esse conjunto denominado de redes de relações ou apoio social.

Ainda para Bowling (1997), a rede de apoio social pode ser compreendida como o grupo de pessoas com quem mantém algum contato ou vínculo social. Esse contato é constituído por características estruturais, tais como o seu tamanho ou a quantidade de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato, bem como sua frequência. No âmbito dos recursos psicossociais, a rede social e o apoio social constituem construções diferentes, porém relacionados.

Além das linhas de pensamento da psicologia e da sociologia, a epidemiologia traz sua contribuição. Os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos pelo epidemiologista Cassel (1974, 1976), ao juntar evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade das pessoas ao adoecimento em geral. Relacionou a falta de apoio social com a importância dos processos psicossociais na etiologia das doenças e, em particular, nos desequilíbrios relacionados com as situações de stress. Procurou estabelecer numa perspectiva ecológica, as condições sociais que as pessoas vivem e convivem e quando há uma ruptura no espaço que circundam essas pessoas, tem-se uma elevada percentagem de distúrbios físicos e psicológicos, culminando com uma maior vulnerabilidade de se adoecer.

Por outro lado, continua Cassel (1976), o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e enfrentarem melhor as adversidades da vida. A hipótese deste autor é que o apoio social tamponaria os efeitos deletérios do estresse no organismo, além de aumentar a imunidade corporal e a resistência orgânica, evitando o adoecimento físico e psicológico.

Cobb (1976) traz sua contribuição quando define que o apoio social é visto como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Paradoxalmente, para Cobb (1976) a quebra das ligações sociais afetava o sistema de defesa do organismo, de tal maneira que o indivíduo se tornava mais suscetível às doenças em geral. Esse autor ainda argumenta que a natureza e a força do apoio que o grupo social oferece ao indivíduo, aliadas à capacidade de todo organismo

vivo de se adaptar psicologicamente a uma ampla variedade de circunstâncias ambientais, tem um efeito de barreira contra os efeitos físicos e psicológicos da doença.

Para Chor *et al.* (2001), o termo apoio social refere-se a elementos qualitativos da rede, ou seja, o grau de contentamento do indivíduo com suas relações. É importante ressaltar que o suporte social deve ser compreendido como uma reciprocidade, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o suporte, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.

Para Due *et al.* (1999), o apoio social seria uma faceta operante das relações interpessoais, juntamente ao senso de integração e as tensões sociais ou relações conflitantes. Deste ponto de vista, evidencia-se um prisma sistêmico do apoio social que usa a concepção de sistemas sociais, considerando de forma ampla os tipos de contexto, os atores envolvidos nas interações de apoio e as funções que assumem para os indivíduos. Contudo, nessa visão, o apoio social se refere a aspectos mais qualitativos das relações sociais.

Essas relações também são formadas por elementos estruturais como o número e o tipo dos relacionamentos, sua duração, frequência, diversidade, densidade e reciprocidade. Assim, esses elementos constituem os aspectos quantitativos e/ou estruturais das relações sociais, em que o termo “redes sociais” encontra maior correspondência. Portanto, apoio social diz respeito aos recursos disponibilizados por outras pessoas em situações de necessidade (Due *et al.*, 1999).

Östergren *et al.* (1991) descreve que o apoio social se refere à dimensão funcional ou qualitativa da rede social, e vincula as relações formais e informais são formados por um sistema fechado, por meio do qual um indivíduo recebe informações, ajuda emocional, afetiva, material e estabelece interação social positiva. Ou seja, o apoio emocional busca estimar a habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida.

Para Due *et al.* (1999), a confusão reside no fato de que o apoio social e a rede social são, muitas vezes, considerados conceitos gerais e não singularidades relativas às características funcionais e estruturais, respectivamente, das relações. Mesmo assim, ainda parece ser difícil uma clara delimitação entre esses conceitos, existindo uma grande variedade de termos para referi-los.

Na presente tese será adotado o conceito de apoio social proposto por Cassel (1976) e já apresentado anteriormente, uma vez que a abordagem do apoio social será feita com base nos aspectos utilizados pelos autores que desenvolveram a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS), que será utilizada neste trabalho.

2.3 HOSPITALIZAÇÃO E A REDE DE APOIO SOCIAL

De acordo com Dantas *et al.* (2017) e Santos *et al.* (2015) a hospitalização de pessoas idosas tem como principais causas as doenças cérebro-cardiovasculares, crônicas respiratórias, constante aumento das neoplasias e das causas externas, osteomioarticulares e relacionadas ao sistema gastrointestinal. Para Brischilian *et al.* (2014) e Kernkamp *et al.* (2016), até o ano de 2020 as Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT) representaram 78% dos óbitos no mundo, gerando maior demanda por hospitalizações, tratamento medicamentoso e reabilitação.

No artigo produzido por Joseph e Jehan (2017) estes autores afirmam que durante a hospitalização, a imobilidade e outras fragilidades podem ser de caráter parcial ou permanente e para Aquim *et al.* (2019) a hospitalização prolongada, idade extrema e gravidade ou cronicidade da doença levam ao caráter permanente. Associado a estes fatores, temos as alterações metabólicas, neuropsicológicas, doenças vestibulares, cardiovasculares, assim como quedas, sedentarismo, polifarmácia e grande número de morbidades, contribuem para esta condição (Ferreira *et al.*, 2016; Souza; Bertolini, 2019).

Segundo Aarden *et al.* (2019), estimam-se que 30 a 60% das pessoas idosas hospitalizados desenvolvem algum tipo de imobilidade após a hospitalização, que para Joseph e Jehan (2017) é considerada um problema de saúde pública, com reflexos para qualidade de vida, o que contribui significativamente para o aumento de morbidade e mortalidade, que de acordo com Aquim *et al.* (2019) todas essas circunstâncias influenciam diretamente na utilização de serviços de saúde de alta complexidade e sobrecarga econômica e social das famílias.

Nitidamente, nota-se um aumento do número de hospitalizações de pessoas idosas. Em 2019 das 12,1 milhões de pessoas hospitalizadas no Sistema Único de Saúde do Brasil, aproximadamente 212 mil tinham acima de 60 anos e cerca de 124 mil tinham a idade superior a 70 anos (Brasil, 2016). Contudo, pessoas idosas com idade igual ou superior a 85 anos, quando são internadas, têm maior probabilidade de irem a óbitos durante a hospitalização (Levant; Chari; Defrances, 2015).

Oliveira *et al.* (2021) afirmam que os hospitais estão no centro do cuidado e consomem em torno de 70% dos recursos destinados ao Sistema de Saúde, a despeito da alta demanda estão as pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração devido às CCNT. Os autores Freeman, Weiss e Heslin (2016), relatam em seus estudos que pessoas idosas permanecem internadas por um período mais longo quando comparadas com pacientes mais jovens (5,2 dias para idades de 65 a 84 anos, 5,1 dias para 45 a 64 anos e 3,8 para 18 a 44 anos).

O tempo de hospitalização é uma situação de risco para a população idosa, particularmente para os longevos. As pessoas idosas que necessitam de internação hospitalar comumente têm como peculiaridades a idade avançada, multimorbidade, polifarmácia, problemas na esfera funcional, apoio social, mental e familiar, que os tornam mais vulneráveis às complicações. O comprometimento da funcionalidade é um dos mais importantes, devido à sua alta frequência e às graves consequências principalmente nas atividades de vida diária (Osuna-Pozo *et al.*, 2014).

Para Brissette, Cohen e Seeman (2000) a importância da estrutura das redes de apoio, o suporte que é proporcionado em casos de doenças, a qualidade e quantidade das relações sociais, a capacidade de reverter ou minorar sentimentos de isolamento e de solidão, bem como de oportunizar e fortalecer vínculos sociais, têm sido identificados como aspectos determinantes de saúde e de bem-estar. Dentro dessa faceta de solidariedade, expressada no âmbito da esfera individual e privada ou do aspecto organizativo da sociedade civil, evidencia-se que as pessoas idosas que detenham atividade social e apoio social precário, redes sociais pobres e solidão, têm aumento do risco de mortalidade (Berkman; Glass, 2000). São diversos os estudos que demonstram essa importante associação entre solidão e piora da saúde, incluindo doenças cardiovasculares, inflamação e depressão (Cacioppo *et al.*, 2006).

Neves e Ferreira (2018) partiram do pressuposto de que o envelhecimento é o resultado da combinação de vários determinantes e condicionantes de saúde no processo de vida particular de cada indivíduo. Para algumas pessoas idosas a velhice pode apresentar alterações fisiológicas e sociais, doenças crônicas e vários outros agravos à saúde, como imobilidade com dependência funcional, sendo que para alguns, o conjunto dessas doenças pode levar ao óbito. Para outros, no entanto, tem-se a necessidade de internação hospitalar e em ambas as situações, há aumento da demanda por ações/intervenções sociais, familiares e estatais. Dentre as muitas necessidades específicas dessa população, a rede de apoio social e o cuidado de longa duração são imprescindíveis para conservação e recuperação de saúde e bem-estar. Em contrapartida, a ausência ou insuficiência do apoio social pode desencadear processos ou situações prejudiciais à saúde das pessoas idosas.

Em seu artigo Barbosa *et al.* (2020), afirmam que os indivíduos envelhecidos apresentam alta taxa de incidência de institucionalização, de quedas, de incapacidade e dependência funcional; além de um maior número de hospitalizações, com tempo prolongado de permanência hospitalar e mortalidade elevada, principalmente devido a dificuldades no controle de condições crônicas não transmissíveis e também uma rede de apoio enfraquecida.

A rede de apoio social é fundamental para a família e em especial as pessoas idosas, ambos atores envolvidos na dinâmica de internação hospitalar e o mecanismo de enfrentamento desta mudança de habitat é que irá determinar a qualidade de vida, bem-estar e até mesmo a evolução satisfatória do quadro clínico a que institui a citada internação. E desta forma, segundo Nascimento (2019), a rede de apoio estabelecida influencia de forma positiva as situações de estresse, medo e angústia pelas quais todos passam.

Bellato *et al.* (2011) afirmam que as contribuições do familiar como uma rede de apoio são muitas, e abrangem o afeto e o cuidado no processo de saúde prestado pelas famílias para a melhoria do doente. Os familiares podem ser um elo entre a pessoa hospitalizada e a equipe de saúde, auxiliando esses profissionais no tratamento do familiar hospitalizado, o que tende a possibilitar a efetivação dos objetivos de trabalho destes profissionais, que diz respeito a reestabelecer a saúde da pessoa que está internada.

A rede de apoio social bem estabelecida potencializa o melhor cuidado a saúde das pessoas idosas, principalmente aquelas diagnosticadas com hipertensão e diabetes. A influência positiva do apoio social para pacientes hipertensos se dá pela condição restrigente posta pela enfermidade diante às relações destes com o ambiente de trabalho, a família, amigos e parceiros, além das questões sociais que naturalmente vão se rarefazendo conforme envelhecemos, o que de certa forma pode até abalar sua identidade, fragilizar sua capacidade resolutiva de diversos problemas e alterar o sentido que era atribuído à vida antes do adoecer (Fonseca *et al.*, 2009). A rede social da pessoa com hipertensão pode ser utilizada como estratégia para a melhoria da qualidade de vida do sujeito, no domínio biopsicossocial e espiritual (Faquinello; Carreira; Marcon, 2010).

Helgeson (2003) realizou um estudo em pacientes com uma única condição crônica e evidenciou que o apoio social percebido (percepção subjetiva de apoio recebido ou disponível quando necessário) traduziu em um indicador forte de saúde e bem-estar. Com isso, a avaliação do apoio social, além de indicar como integrado socialmente a pessoa idosa está, também aponta o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções e lhe oferecem suporte em momentos de crise ou readaptação (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018).

Dispor de pessoas que ofereçam variadas modalidades de apoio em situações de necessidade pode ser de fundamental importância para a pessoa que vivencia uma situação de fragilidade física e/ou psíquica. No que concerne à saúde, caracteriza-se como recurso capaz de proteger o indivíduo contra o estresse, além de potencializar o enfrentamento de situações adversas do cotidiano, resultando em efeitos emocionais e comportamentais positivos (Woo *et al.*, 2005).

A presença de apoio social eleva a autoestima, melhorando a adaptação dos indivíduos a condições adversas, promovendo a resiliência, ao habilitar o indivíduo a mobilizar seus recursos psicológicos e controlar seus problemas emocionais, permitindo que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida (Cohen, 2004).

Por outro lado, a pessoa idosa acometida por uma doença crônica e com ausência de um companheiro na velhice pode se associar à incapacidade, pois, ser uma pessoa longeva e viúva aumenta a probabilidade de debilidade na saúde, aumentando a chance de internação hospitalar em 70%, ao passo que aquelas estão divorciadas tem maior possibilidade de viver em instituição de longa permanência, o que reduz drasticamente sua rede social (Goda; Shoven; Slavov, 2013).

Por fim, de acordo com J. Chen, S. Chen e Landry (2019) a rede de apoio social desempenha um papel crucial na proteção das pessoas idosas contra hospitalizações precoces, ela atua como um amortecedor contra fatores de risco, como o isolamento social e a depressão. Além disso, a pesquisa de Luo, Chen e Chan (2020), destaca que uma rede de apoio social bem estabelecida está associada a uma maior adesão a comportamentos saudáveis e a uma maior probabilidade de intervenções precoces em questões de saúde, o que pode contribuir para a redução do risco de hospitalização precoce em pessoas idosas.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

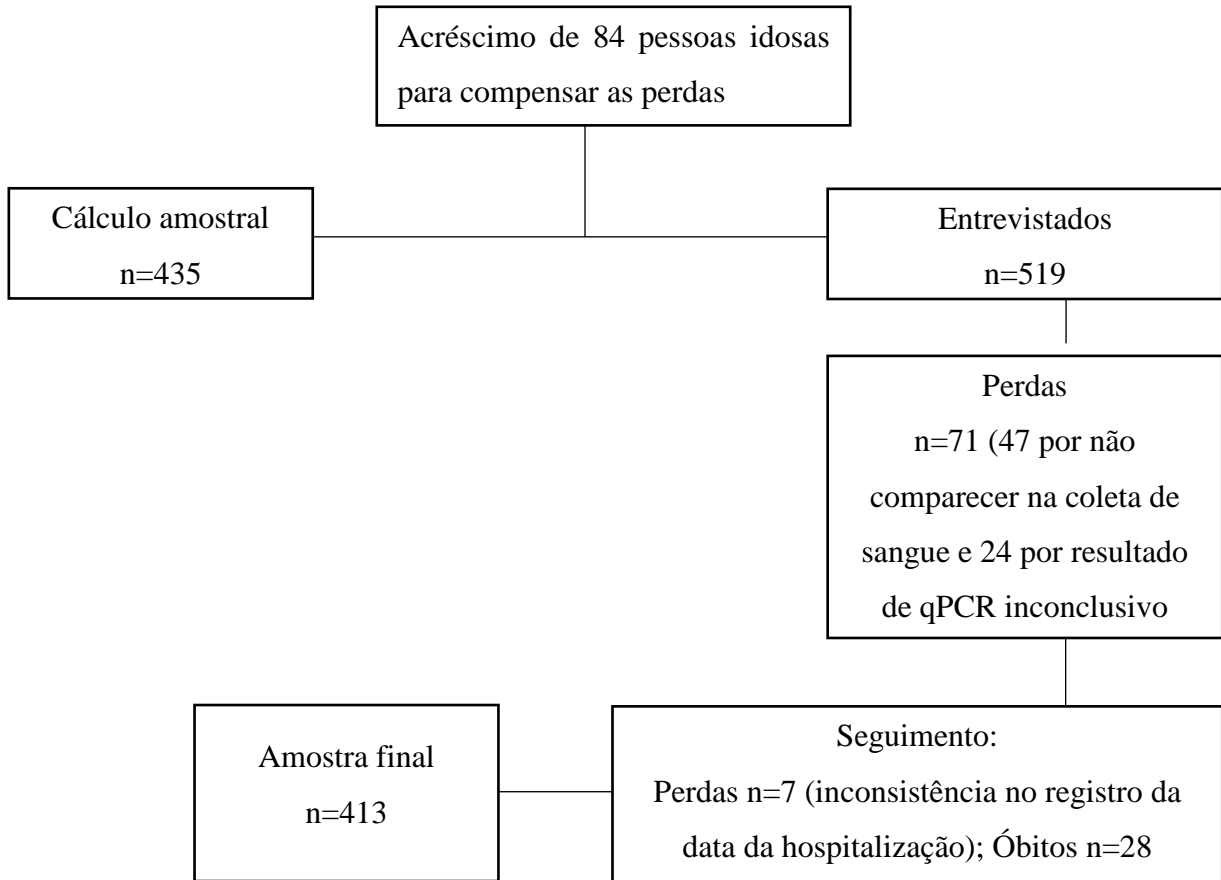
Trata-se de um estudo de coorte prospectiva que utilizou como dados da linha de base a pesquisa intitulada “Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos”. A estrutura do presente trabalho seguiu as diretrizes presentes na iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

3.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

O estudo foi conduzido na cidade de Alfenas, localizada na região Sul do Estado de Minas Gerais. De acordo com as estimativas do IBGE (2019), a população de Alfenas era de 79.996 habitantes em 2019. Na época em que a amostragem foi realizada, a última projeção etária disponível, feita pela RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), datava de 2015 e apontava a presença de cerca de 10.797 pessoas idosas em uma população total de 78.713 habitantes (Brasil, 2020).

O conjunto populacional abordado pela pesquisa compreendeu pessoas com 60 anos ou mais que residiam na área urbana de Alfenas em 2019. O cálculo do tamanho da amostra foi determinado considerando a estimativa de proporções de 50%, intervalo de confiança de 95%, efeito de delineamento de 1,17 e população de 10.797 pessoas idosas, resultando em um tamanho amostral de, no mínimo, 435 indivíduos na linha de base do estudo. O tamanho final da amostra após o período de seguimento (n=413) está ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Definição da amostra



Fonte: Autor (2023).

Pessoas idosas foram selecionadas para participar do estudo a partir de domicílios escolhidos de maneira estratégica, visando a inclusão de indivíduos de todas as áreas do município. Esse processo de seleção foi inspirado no método de complementação da amostra utilizado no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), uma pesquisa de base populacional conduzida na cidade de São Paulo. Os entrevistadores foram alocados nas diferentes regiões da cidade, levando em consideração a proximidade de suas residências. Quando encontravam um domicílio cujo morador tinha 60 anos ou mais, procuravam por residências próximas ou, no máximo, dentro dos limites do mesmo bairro do endereço original.

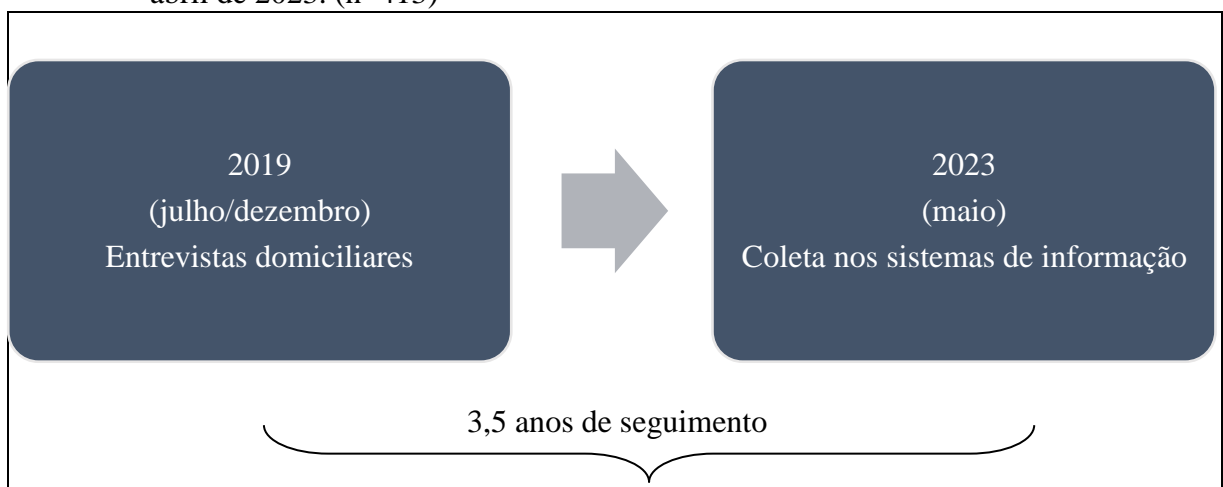
Para serem incluídos no estudo, os participantes precisavam cumprir os seguintes critérios de inclusão: ter pelo menos 60 anos de idade e ter a capacidade de responder ao questionário (percebida pelo entrevistador a partir da capacidade em responder informações pessoais – nome, data de nascimento, endereço e telefone - durante a apresentação da pesquisa e convite de participação). Se o potencial participante não conseguisse responder ao menos uma das questões, não seria considerado apto a participar da pesquisa. O critério de exclusão era ter uma incapacidade permanente ou temporária que afetasse a capacidade de locomoção, a menos

que fosse possível usar um dispositivo de auxílio à marcha. Esse critério foi aplicado devido à realização de testes físicos no estudo maior que requeriam uma mobilidade mínima.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da linha de base ocorreu entre julho e dezembro de 2019 e os dados do acompanhamento foram coletados em maio de 2023 (Figura 2).

Figura 2 – Período de acompanhamento de pessoas idosas de julho a dezembro de 2019 a abril de 2023. (n=413)



Fonte: Autor (2023).

As entrevistas foram conduzidas no domicílio das pessoas idosas por alunos de graduação e pós-graduação que foram treinados pelos coordenadores do projeto. Cada entrevista teve duração média de uma hora.

O questionário utilizado para as entrevistas foi abrangente e abordou várias áreas, conforme detalhado nos seguintes blocos (Apêndice A):

- a) bloco A: Identificação e características sociodemográficas;
- b) bloco B: Cognição, depressão e apoio social;
- c) bloco C: Estado geral de saúde;
- d) bloco D: Funcionalidade, sarcopenia, fragilidade e quedas;
- e) bloco E: Nutrição;
- f) bloco F: Avaliação física.

Do conjunto de questões presentes no questionário, as que foram selecionadas para inclusão nas análises do presente estudo serão apresentadas a seguir.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.4.1 Variável dependente – Desfecho

A variável dependente (suposto efeito) do estudo foi o tempo até a primeira hospitalização após a entrevista de 2019.

Os dados referentes às hospitalizações foram obtidos por meio do registro de dados secundários do Sistema de Internações Hospitalares Descentralizado do SUS (SIHD), sendo analisadas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), no período de julho de 2019 a abril de 2023, verificando nome, endereço, data de nascimento, data da internação e causa da internação (categorizada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças).

Em seguida, com a emissão dos registros, foi realizada a busca das hospitalizações dos participantes da linha de base do estudo, ocorridos durante o período.

3.4.2 Apoio Social

As variáveis independentes de interesse (exposição) foram referentes às características da rede de apoio social (número de integrantes da rede e tipos de apoio social percebido).

Para estimar o tamanho da rede de contatos foi feita a seguinte pergunta aos participantes: "Aproximadamente, quantos amigos ou familiares próximos o(a) senhor(a) têm? (Pessoas com as quais o(a) senhor(a) fica à vontade e pode falar de tudo o que quiser. Pessoas com quem o(a) senhor(a) pode contar quando precisa de ajuda.)" As categorias da variável foram definidas com base no primeiro quartil da distribuição do número de membros da rede, categorizando-a da seguinte forma: (0) mais de cinco membros; (1) até cinco membros.

Diferentes tipos de apoio social foram avaliados utilizando a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS). Essa escala foi originalmente desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) e posteriormente traduzida para o português e validada no Brasil (Griep *et al.*, 2005). A MOS-SSS inclui 19 itens que abrangem as seguintes dimensões funcionais do apoio social: material, afetivo, interação social positiva e emocional/informativo. Os participantes devem indicar a frequência com que percebem cada tipo de apoio disponível: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre.

Para fins de análise, a classificação utilizada foi "baixo", "médio" e "alto" apoio, seguindo a categorização de Zanini, Peixoto e Nakano (2018). Devido ao número limitado de

peessoas idosas na categoria "alto" em todas as dimensões de apoio social, as categorias "alto" e "médio" foram combinadas para análises de associação.

3.4.3 Covariáveis

As covariáveis foram: sexo (masculino; feminino); faixa etária (60 – 69 anos; 70 – 79 anos; 80 anos e mais); anos de estudo (≤ 4 anos de estudo; >4 anos de estudo); renda familiar (> 2 salários mínimos; entre 1 e 2 salários mínimos; < 1 salário mínimo); situação conjugal (com companheiro; sem companheiro); arranjo domiciliar (multipessoal; unipessoal); declínio cognitivo avaliado pela *Cognitive Abilities Screening Instrument – Short Form* (CASI-S) (com declínio e sem declínio); sintomas depressivos avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (com e sem sintomas depressivos); número de doenças (nenhuma doença; uma doença; duas ou mais doenças); polifarmácia (0 a 4 medicamentos - não; 5 ou mais medicamentos - sim); atividades básicas de vida diária (ABVD) avaliadas pela Escala de Katz (independente; dependente); atividades instrumentais de vida diária (AIVD) avaliadas pela Escala de Lawton e Brody (independente; dependente); autorrelato de solidão (não; sim); dor crônica (não; sim); queda no último ano (não; sim); e Índice de Massa Corporal (IMC) (adequado; baixo peso; sobrepeso). A dor foi avaliada por meio da seguinte questão: “Nos últimos 12 meses o(a) Sr. (a) teve alguma dor constante ou que vai e vem?”

Os instrumentos mencionados anteriormente são detalhados da seguinte forma:

Cognitive Abilities Screening Instrument - Short Form (CASI-S): Este instrumento foi desenvolvido para detectar possíveis alterações cognitivas em pessoas idosas. Ele avalia a orientação temporal, fluência verbal, recordação espontânea com sugestão semântica (categoria) e reconhecimento. Dadas sua concisão (cerca de cinco minutos de aplicação) e a facilidade de uso em comparação com testes mais tradicionais, o CASI-S pode ser de grande utilidade para rastreamento cognitivo em estudos populacionais. A pontuação máxima é 33 pontos, e o ponto de corte para identificar declínio cognitivo é 23 (Damasceno *et al.*, 2005).

Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*): Essa escala é usada para identificar a presença de sintomas depressivos em pessoas idosas, com base em 15 perguntas de resposta sim/não. Uma pontuação igual ou superior a 6 é considerada uma triagem positiva para sintomas depressivos (Paradela; Lourenço; Veras, 2005; Sheikh; Yesavage, 1986).

Escala de Katz: Essa escala avalia a capacidade de realizar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Essas atividades envolvem cuidados pessoais e incluem seis funções: ir ao banheiro, vestir-se, tomar banho, mobilidade, continência (controle de eliminações) e

alimentação (Katz *et al.*, 1963). A medida reflete o grau de dependência. As pessoas idosas que conseguiram realizar todas as ABVD sem assistência foram consideradas independentes.

Escala de Lawton e Brody: Essa escala avalia o desempenho das pessoas idosas em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são tarefas adaptativas desenvolvidas na comunidade, destinadas a uma vida independente. Essas atividades incluem usar transporte, realizar tarefas domésticas (cuidar da casa e preparar refeições), fazer compras, fazer telefonemas, gerenciar finanças pessoais e tomar medicamentos (Lawton; Brody, 1969). As pessoas idosas que conseguiram executar todas as AIVD sem assistência foram consideradas independentes.

O IMC foi obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas (kg) pela estatura em metro (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). O IMC dos indivíduos foi classificado de acordo com os pontos de corte para pessoas idosas recomendados pelo Ministério da Saúde: até $22 \text{ kg}/\text{m}^2$, baixo peso; entre 22 e $26,99 \text{ kg}/\text{m}^2$, adequado; $27 \text{ kg}/\text{m}^2$ ou mais, sobrepeso (Brasil, 2011).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados foram estimadas distribuições de frequências, médias, medianas, desvios-padrão e percentis 25 e 75 para as variáveis contínuas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes χ^2 de Pearson. As associações com a hospitalização foram realizadas por meio do modelo de riscos proporcionais de Cox (sobrevivência). O tempo de observação utilizado para estimar as funções de sobrevida foi o intervalo de tempo entre a data entrevista em 2019 e 30 de abril de 2023 para aqueles que foram seguidos até o final do período. Em casos de hospitalização, o tempo de observação foi o intervalo de tempo entre a data da entrevista de 2019 e a data da hospitalização. Foi utilizado o teste de log-rank para análise da diferença estatística entre as curvas de sobrevida construídas pelo método de Kaplan-Meier. Hazard Ratios (HR) e intervalos de 95% de confiança foram calculados utilizando modelo proporcional de Cox. A suposição de riscos proporcionais foi testada com base nos resíduos de Schoenfeld após ajuste do modelo.

Os dados foram inseridos no programa Excel por dupla digitação e analisados pelo Software Stata versão 17.0.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa cumpriu todas as recomendações da resolução nº 466/2012 (Brasil, 2013). O estudo da linha de base foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, sendo aprovado sob o parecer N° 2.668.936 (Anexo A). O projeto referente ao seguimento foi aprovado pelo CEP UNIFAL-MG sob parecer N° 6.034.837 (Anexo B).

No momento do recrutamento dos participantes, os pesquisadores explicaram os objetivos e os procedimentos da pesquisa. A partir da concordância em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi apresentado, lido e assinado.

4 RESULTADOS

Das 448 pessoas entrevistadas em 2019, 35 foram consideradas perdas de seguimento, sendo que 28 foram a óbito no período de acompanhamento e sete foram desconsideradas devido à inconsistência no registro da data da hospitalização. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os acompanhados e as perdas, sendo que a proporção de perdas foi maior entre os homens ($p=0,001$), entre os que estavam em polifarmácia ($p=0,033$), os que referiram dificuldade em AIVD ($p=0,015$), com declínio cognitivo ($p=0,028$) e que relataram queda no ano anterior à entrevista ($p=0,014$). Não houve diferença em relação as variáveis relacionadas as características das redes de apoio social.

Das 413 pessoas idosas acompanhadas, 96 foram hospitalizadas (21,8%). As principais causas de internação foram: doenças do aparelho circulatório (15,6%), neoplasias (12,5%) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Motivos das hospitalizações de pessoas idosas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Alfenas, 2019-2023, (n=96)

Capítulo da CID-10	n (%)
Doenças do aparelho circulatório	15(15,6)
Neoplasias	12(12,5)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11(11,5)
Doenças do aparelho digestivo	10(10,4)
Doenças do aparelho geniturinário	10(10,4)
Doenças do aparelho respiratório	9(9,4)
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	9(9,4)
Fatores que influenciam o estado de saúde e do contanto com os serviços de saúde	8(8,3)
Outros conjuntos de internação hospitalar sem identificação do CID	5(5,2)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3(3,1)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1(1,0)
Doenças do olho e anexos	1(1,0)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicos	1(1,0)
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1(1,0)
Total	96(100,0)

Fonte: Autor (2023).

Observou-se que a amostra é composta majoritariamente por mulheres (72,9%), pessoas idosas com idade entre 60 a 69 anos (46,2%), com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos (44,1%), 4 anos ou menos de estudo (65,2%), que relataram possuir companheiro (51,6%), que não moram sozinhos (81,4%) e que relataram nunca sentir solidão (59,0%). No que diz respeito

a condição de saúde, 68,7% das pessoas idosas participantes referiram ter duas ou mais doenças crônicas e 40,1% foram consideradas em polifarmácia. A maioria foi considerada independente para a realização de ABVD (87,7%) e AIVD (66,2%), não possuíam sintomas depressivos (65,9%) e nem declínio cognitivo (71,9%). A maioria se encontrava em sobrepeso de acordo com o IMC (57,6%), não relataram quedas no último ano (73,6%) e no que diz respeito a dor, 49,0% referiram dor constante nos últimos 12 meses (Tabela 2).

No que diz respeito às características da rede de apoio social, 72,1% das pessoas idosas informaram ter mais que cinco integrantes em sua rede social. A maioria dos participantes relatou alto/médio nível de todos os tipos de apoio. O tipo de apoio com maior proporção de pessoas com baixo nível foi a interação social positiva (38,0%) (Tabela 2).

Em relação a ocorrência de hospitalização, observou-se diferença nas proporções no que diz respeito à faixa etária, declínio cognitivo, queda no último ano e interação social positiva (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas segundo aspectos socioeconômicos, de saúde, características da rede de apoio e hospitalização. Alfenas, MG, 2019-2023, (n=413)

Variável	Total n(%)	Hospitalização		p
		Não n(%)	Sim n(%)	
(continua)				
Sexo				
Masculino	112(27,1)	80(71,4)	32(28,6)	0,118
Feminino	301(72,9)	237(78,7)	64(21,3)	
Faixa etária				
60 a 69 anos	191(46,2)	158(82,7)	33(17,3)	0,022
70 a 79 anos	158(38,3)	111(70,2)	47(29,8)	
80 anos ou mais	64(15,5)	48(75,0)	16(25,0)	
Anos de estudo				
>4 anos	132(34,8)	108(81,8)	24(18,2)	0,075
≤4 anos	247(65,2)	182(73,7)	65(26,3)	
Situação conjugal				
Com companheiro	211(51,6)	160(75,8)	51(24,2)	0,641
Sem companheiro	198(48,4)	154(77,8)	44(22,2)	
Arranjo domiciliar				
Multipessoal	328(81,4)	251(76,5)	77(23,5)	0,881
Unipessoal	75(18,6)	58(77,3)	17(22,7)	
Renda familiar				
> 2 salários mínimos ^a	134(35,4)	106(79,1)	28(20,9)	0,817
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	167(44,1)	127(76,1)	40(23,9)	
≤ 1 salário mínimo	78(20,5)	60(76,9)	18(23,1)	

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas segundo aspectos socioeconômicos, de saúde, características da rede de apoio e hospitalização. Alfenas, 2019-2023, (n=413)

Variável	Total n(%)	Hospitalização		p
		Não n(%)	Sim n(%)	
Número de doenças				
Nenhuma	45(11,3)	34(75,6)	11(24,4)	0,617
Uma doença	80(20,1)	58(72,5)	22(27,5)	
Duas ou mais doenças	274(68,7)	213(77,7)	61(22,3)	
Polifarmácia				
Não	239(59,9)	182(76,2)	57(23,8)	0,867
Sim	160(40,1)	123(76,9)	37(23,1)	
ABVD ^b				
Independente	348(87,7)	271(77,9)	77(22,1)	0,187
Dependente	49(12,3)	34(69,4)	15(30,6)	
AIVD ^c				
Independente	262(66,2)	203(77,5)	59(22,5)	0,338
Dependente	134(33,8)	98(73,1)	36(26,9)	
IMC ^d				
Baixo peso	48(11,9)	101(82,1)	22(17,9)	0,141
Eutrófico	123(30,5)	33(68,7)	15(31,3)	
Sobrepeso	232(57,6)	175(75,4)	57(24,6)	
Sintomas depressivos				
Sem depressão	269(65,9)	208(77,3)	61(22,7)	0,686
Com depressão	139(34,1)	105(75,5)	34(24,5)	
Declínio Cognitivo				
Sem declínio	292(71,9)	236(80,2)	56(19,2)	0,001
Com declínio	114(28,1)	75(65,8)	39(34,2)	
Dor				
Não	207(51,0)	157(75,8)	50(24,2)	0,714
Sim	199(49,0)	154(77,4)	45(22,6)	
Solidão				
Não	239(59,0)	180(75,3)	59(24,7)	0,484
Sim	166(41,0)	130(78,3)	36(21,7)	
Quedas				
Não	304(73,6)	242(79,6)	62(20,4)	0,022
Sim	109(26,4)	75(68,8)	34(31,2)	
Tamanho da rede				
Mais que 5 integrantes	289(72,1)	227(78,5)	62(21,4)	0,255
Até 5 integrantes	112(27,9)	82(73,2)	30(26,8)	
Apoio material				
Alto/médio	318(78,5)	245(77,0)	73(23,0)	0,649
Baixo	87(21,5)	65(74,7)	22(25,3)	
Apoio afetivo				
Alto/médio	366(90,4)	280(76,5)	86(23,5)	0,953
Baixo	39(9,6)	30(76,9)	9(23,1)	
Interação social positiva				
Alto/médio	251(62,0)	201(80,1)	50(19,9)	0,032

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas segundo aspectos socioeconômicos, de saúde, características da rede de apoio e hospitalização. Alfenas, 2019-2023, (n=413) (conclusão)

Variável	Total n(%)	Hospitalização		p
		Não n(%)	Sim n(%)	
Baixo	154(38,0)	109(70,8)	45(29,2)	0,910
Apoio emocional/informação				
Alto/médio	279(68,9)	214(76,7)	65(23,3)	
Baixo	126(31,1)	96(76,2)	30(23,8)	

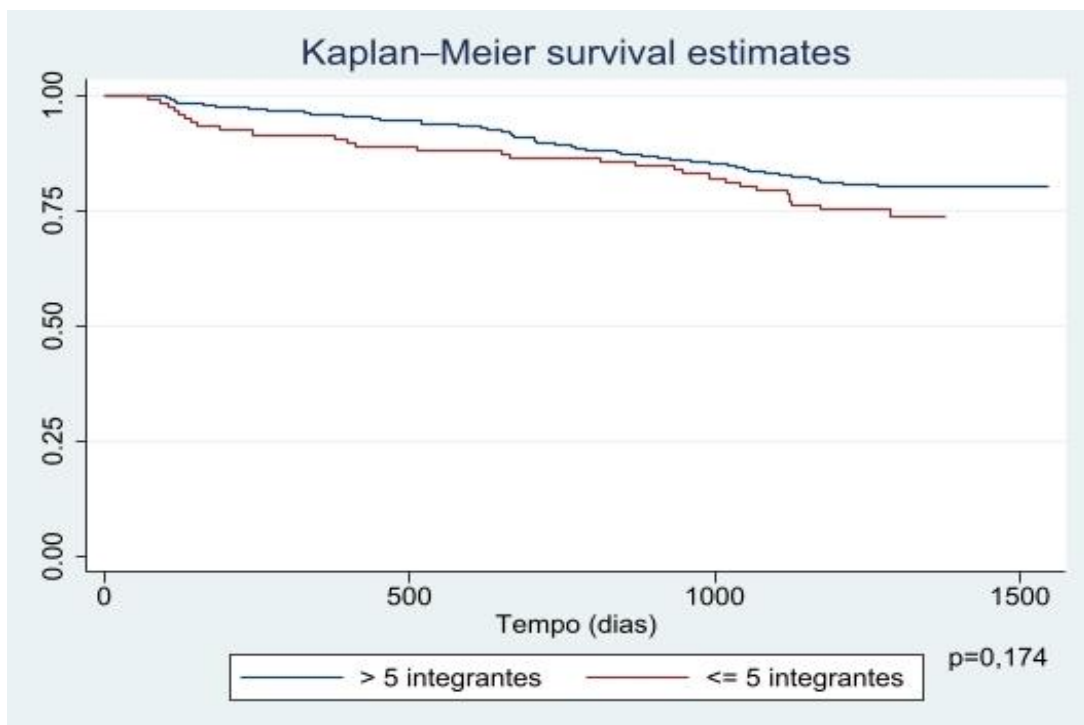
Fonte: Autor (2023).

Nota: ^aSalário mínimo vigente = R\$998,00; ^bABVD (Atividades Básicas de Vida Diária); ^cAIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária); ^dÍndice de Massa Corporal.

O tempo médio até a internação foi de 1,8 anos (desvio padrão=1,0 ano). A mediana foi de 1,9 anos, (percentil 25= 0,8 ano; percentil 75= 2,7 anos).

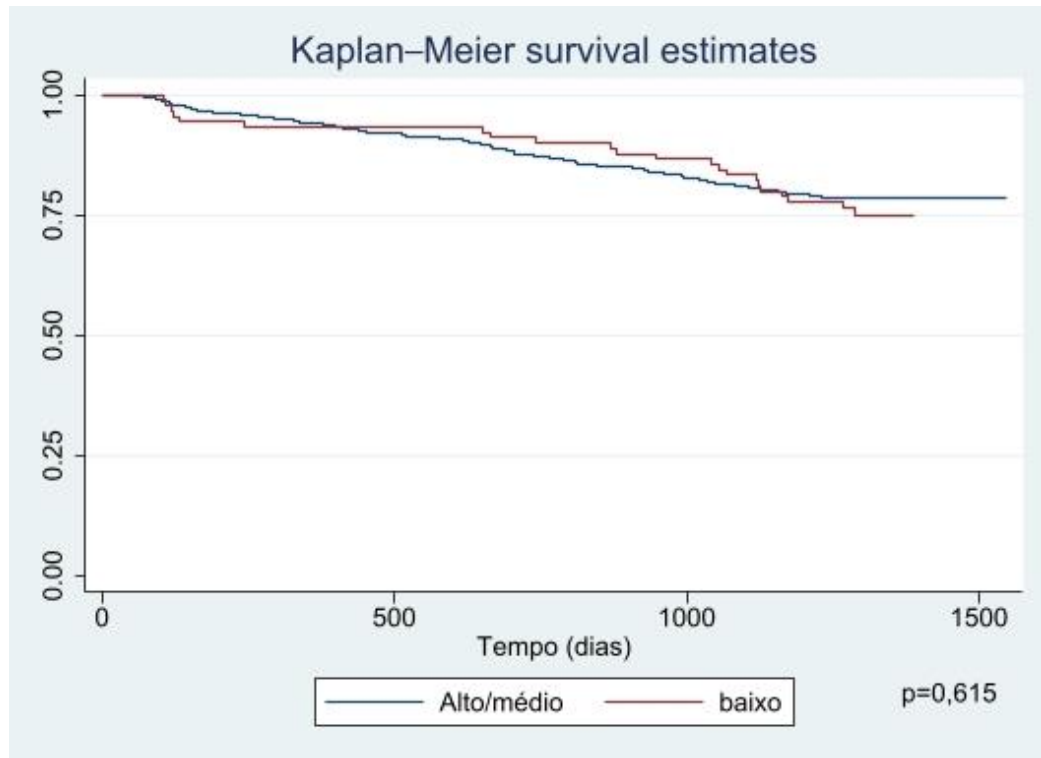
Em relação às características de rede de apoio social e hospitalização, os Gráficos 1, 2, 3, 4, 5 apresentam as curvas de sobrevida de Kaplan-Meier.

Gráfico 1 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier relacionado ao tamanho da rede de apoio social. Alfenas, 2019-2023, (n=413)



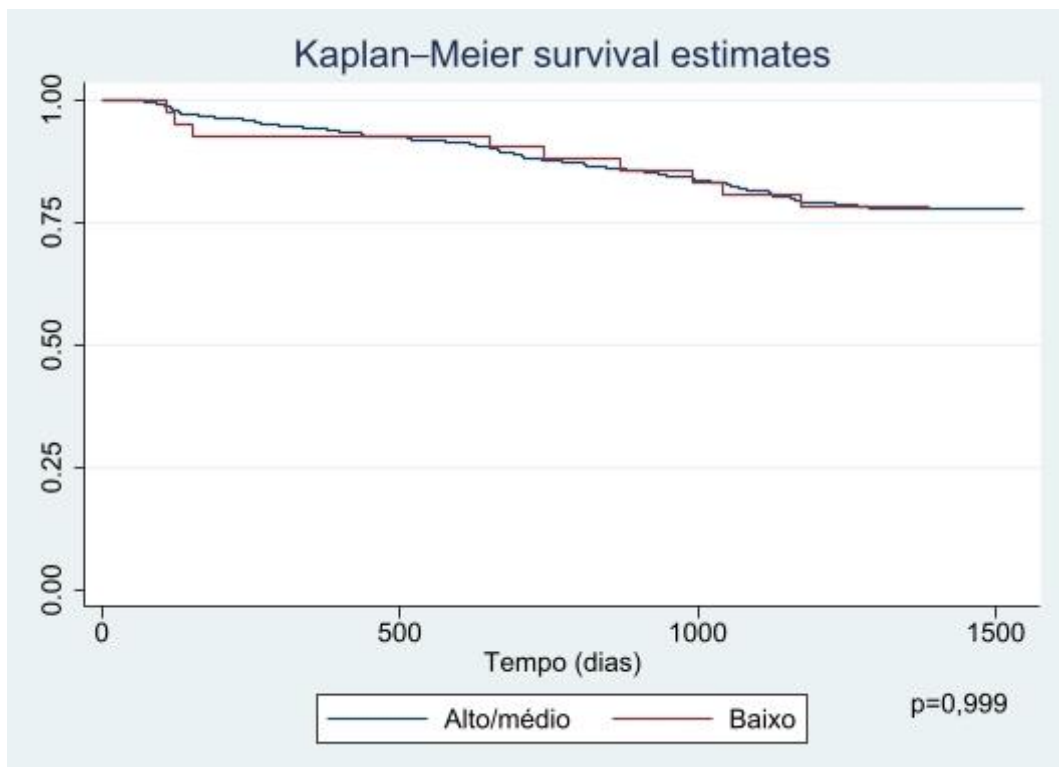
Fonte: Autor (2023).

Gráfico 2 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier relacionado ao apoio material. Alfenas, 2019-2023, (n=413)



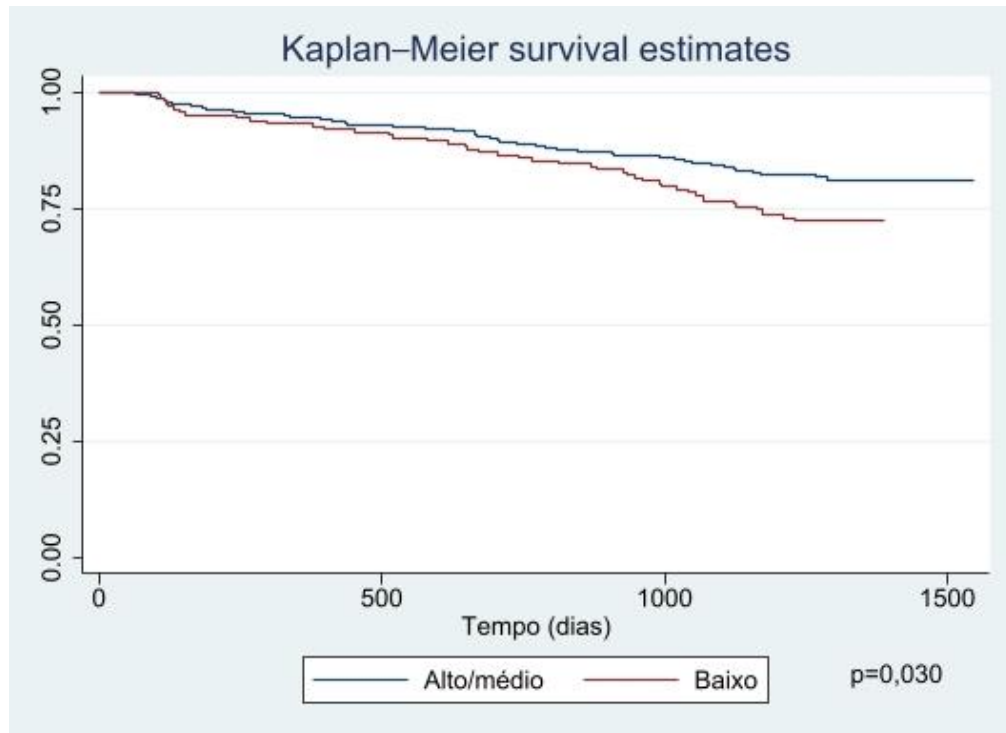
Fonte: Autor (2023).

Gráfico 3 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier relacionado ao apoio afetivo. Alfenas, 2019-2023, (n=413)



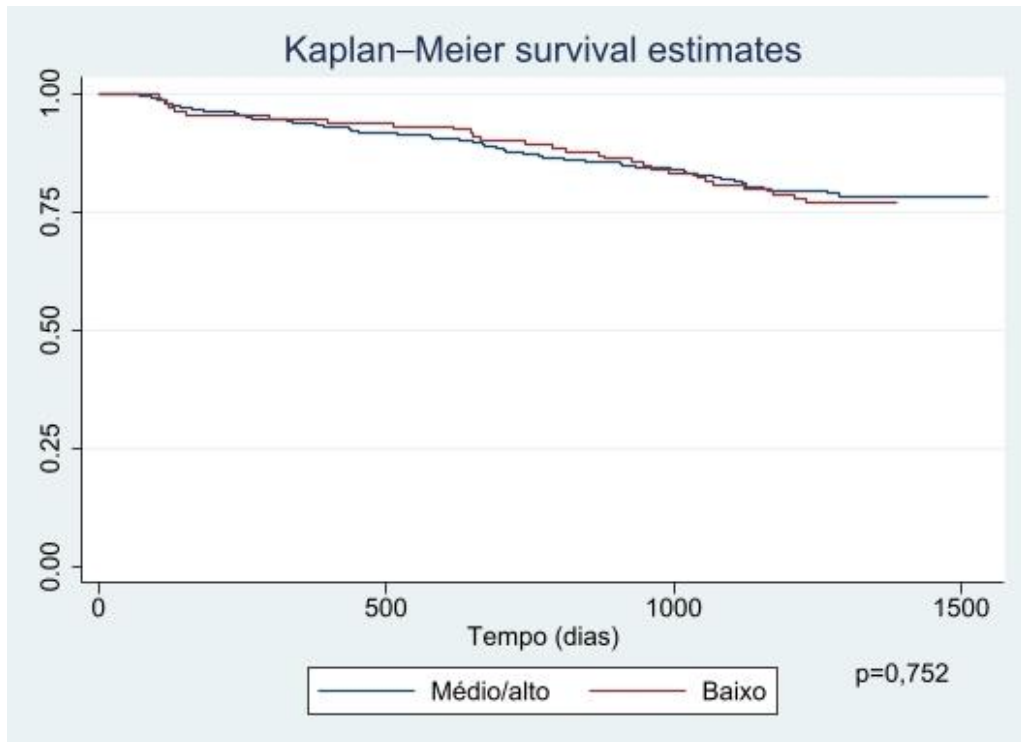
Fonte: Autor (2023).

Gráfico 4 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier relacionado à interação social positiva. Alfenas, 2019-2023, (n=413)



Fonte: Autor (2023).

Gráfico 5 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier relacionado ao apoio emocional/informação. Alfenas, 2019-2023, (n=413)



Fonte: Autor (2023).

Na análise univariada, a faixa etária de 70 a 79 anos, a presença de declínio cognitivo, ocorrência de queda no ano anterior à entrevista e baixo nível de interação social positiva aumentaram a chance de hospitalização (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo univariado de Cox para tempo até ocorrência de hospitalização em pessoas idosas. Alfenas, 2019-2023, (n=413)

	Modelo não ajustado HR^c (IC95%)	Teste de Log-rank P
(continua)		
Sexo		
Masculino	1,00	
Feminino	0,82 (0,53-1,25)	0,368
Faixa etária		
60 a 69 anos	1,00	
70 a 79 anos	1,67 (1,07-2,61)	0,023
80 anos ou mais	1,39 (0,76-2,52)	0,279
Anos de estudo		
>4 anos	1,00	
≤4 anos	1,43 (0,89-2,29)	0,128
Situação conjugal		
Com companheiro	1,00	
Sem companheiro	0,95 (0,63-1,42)	0,809
Arranjo domiciliar		
Multipessoal	1,00	
Unipessoal	0,99 (0,58-1,67)	0,978
Renda familiar		
> 2 salários mínimos ^a	1,00	
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	1,14 (0,70-1,84)	0,592
≤ 1 salário mínimo	1,07 (0,59-1,94)	0,806
Número de doenças		
Nenhuma	1,00	
Uma doença	1,20 (0,58-2,47)	0,619
Duas ou mais doenças	1,84 (0,44-1,60)	0,611
Polifarmácia		
Não	1,00	
Sim	0,90 (0,059-1,36)	0,627
ABVD ^b		
Independente	1,00	
Dependente	1,36 (0,78-2,38)	0,263
AIVD ^c		
Independente	1,00	
Dependente	1,13 (0,74-1,71)	0,560
IMC ^d		
Baixo peso	1,00	
Eutrófico	0,53 (0,27-1,02)	0,061
Sobrepeso	0,80 (0,45-1,41)	0,448

Tabela 3 – Modelo univariado de Cox para tempo até ocorrência de hospitalização em pessoas idosas. Alfenas, 2019-2023, (n=413)

	Modelo não ajustado HR^e (IC95%)	Teste de Log-rank p
(conclusão)		
Sintomas depressivos		
Sem depressão	1,00	
Com depressão	1,04 (0,68-1,58)	0,850
Declínio Cognitivo		
Sem declínio	1,00	
Com declínio	1,85 (1,22-2,78)	0,002
Dor		
Não	1,00	
Sim	0,86 (0,57-1,29)	0,479
Solidão		
Não	1,00	
Sim	0,88 (0,58-1,340)	0,574
Quedas		
Não	1,00	
Sim	1,62 (1,06-2,46)	0,023
Tamanho da rede		
Mais que 5 integrantes	1,00	
Até 5 integrantes	1,35 (0,87-2,08)	0,174
Apoio material		
Alto/médio	1,00	
Baixo	1,12 (0,70-1,82)	0,715
Apoio afetivo		
Alto/médio	1,00	
Baixo	1,00 (0,50-1,98)	0,999
Interação social positivo		
Alto/médio	1,00	
Baixo	1,75 (1,03-2,32)	0,032
Apoio emocional/informação		
Alto/médio	1,00	
Baixo	1,07 (0,69-1,65)	0,752

Fonte: Autor (2023).

Nota: ^aSalário mínimo vigente = R\$998,00; ^bABVD (Atividades Básicas de Vida Diária); ^cAIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária); ^dÍndice de Massa Corporal; ^eHR (*Hazard Ratio*).

No Modelo de Riscos Proporcionais de Cox foram incluídas todas as variáveis relacionadas às características da rede de apoio social, além das que apresentaram significância estatística na univariada. No entanto, os riscos relativos à covariável faixa etária não foram proporcionais. Por essa razão, o Modelo de Cox ajustado pela faixa etária não foi adequado e, portanto, a variável faixa etária foi retirada. A variável queda também não permaneceu no modelo final por ter perdido a significância estatística na presença das demais variáveis. Desse modo, observa-se no modelo final que a presença de declínio cognitivo e o baixo nível de

interação social positiva aumentaram as chances de hospitalização, independentemente do tamanho da rede, apoio material, afetivo e emocional/informação (Tabela 4).

Tabela 4 – Modelo de Cox para tempo até ocorrência de hospitalização em pessoas idosas. Alfenas, 2019-2023, (n=413)

	Modelo ajustado^a HR^b(IC95%)
Declínio Cognitivo	
Sem declínio	1,00
Com declínio	1,69 (1,10-2,58)
Interação social positiva	
Alto/médio	1,00
Baixo	1,76 (1,07-2,90)
Tamanho da rede	
Mais que 5 integrantes	1,00
Até 5 integrantes	1,27 (0,81-2,01)
Apoio material	
Alto/médio	1,00
Baixo	1,03 (0,61-1,73)
Apoio afetivo	
Alto/médio	1,00
Baixo	0,83 (0,40-1,74)
Apoio emocional/informação	
Alto/médio	1,00
Baixo	0,74 (0,42-1,30)

Fonte: Autor (2023).

Nota: ^aResíduos de Schoenfeld (p=0,724); ^bHR (*Hazard Ratio*).

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar se as características da rede de apoio social estavam associadas ao tempo até a hospitalização em pessoas idosas. Os resultados demonstraram associação apenas no que diz respeito à interação social positiva, sendo que pessoas idosas com baixo nível desse tipo de apoio, têm menos tempo até a hospitalização.

Não é de nosso conhecimento que estudos semelhantes tenham sido publicados. Estudos sobre o efeito do apoio social na diminuição das chances de hospitalização são escassos na literatura. Dentre os poucos estudos encontrados, há maior enfoque no papel do apoio social na redução das readmissões hospitalares como no artigo realizado por Saragosa *et al.* (2023) em Toronto – Canadá. Tal estudo teve como objetivo compreender as características de utilização dos serviços de saúde de pessoas que recebiam apoio pessoal de serviços de cuidados domiciliários que sofreram uma retenção hospitalar e identificar fatores que prediziam a readmissão hospitalar no prazo de 30 dias após a retomada do serviço de cuidados domiciliários. Com amostra de 3.992 pessoas com média de idade de 80,1 anos, os resultados revelaram que o menor apoio social foi associado a readmissão hospitalar em até 30 dias.

Outra pesquisa, realizada em Tawian com 299 pessoas com insuficiência cardíaca, encontrou resultados que indicaram que 158 participantes (52,8%) tiveram readmissão por todas as causas e 118 pacientes (39,5%) tiveram readmissão cardíaca. Os autores afirmam que os pacientes com insuficiência cardíaca readmitidos relataram níveis mais baixos de apoio social e que um melhor apoio social poderia prever a reinternação de todas as causas (Lin *et al.*, 2022).

Polsook e Aunguroch (2021) ao pesquisar sobre fatores que predizem readmissão em tailandeses com doença arterial coronariana realizaram um estudo com 321 pacientes com média de idade de 63 anos. Os resultados apontaram que um terço dos participantes já havia sido reinternados uma vez, enquanto duas e três readmissões foram encontradas em 35,5% e 11,2% dos pacientes, respectivamente. Para os autores, o apoio social foi considerado um fator preditivo significativo para readmissão.

Deste modo, como os estudos são escassos, uma possível explicação para essa associação de acordo com Holt-Lunstad, Smith e Layton (2010) é que o baixo nível de interação social pode estar relacionado à diminuição da participação em atividades que ajudam a manter a mobilidade e o bem-estar psicológico preservados, o que pode deixar as pessoas idosas mais vulneráveis a eventos adversos, como a hospitalização. Considerando que a interação social positiva está relacionada a ter alguém com quem sair e fazer coisas agradáveis, o baixo nível

desse tipo de apoio pode estar relacionado aos sentimentos de solidão e tristeza, contribuindo para maior permanência em casa por longo período, o que pode favorecer o processo de fragilização da pessoa idosa.

Sobre as características da rede de apoio social dos participantes do presente estudo, no que diz respeito ao tamanho da rede, nota-se que nesta pesquisa 72,1% dos participantes informaram ter uma rede com mais de 5 integrantes. Não houve associação entre o tamanho da rede e o tempo até a hospitalização, o que pode ser explicado pelo fato de que apenas 27,9% referiu ter uma rede social com poucos integrantes. Oh *et al.* (2019) afirmam que falta de apoio social entre as pessoas idosas é forte preditor de hospitalização e institucionalização e estes autores, no estudo com uma amostra de 4712 pessoas idosas, observaram que 71,4% dos participantes possuíam uma rede social pequena com até 2 integrantes.

Brito *et al.* (2018) realizaram um estudo com 1413 pessoas idosas e estas autoras foram imperativas ao afirmar que a oferta de apoio social é um fator protetor contra o desenvolvimento de dependência e aquelas que oferecem apoio (71,95%) têm cerca de três vezes menos chance de desenvolver dependência.

Os resultados do estudo de Guedes *et al.* (2020) com 197 participantes identificou que 41,62% da amostra apresentava baixo apoio social. Os autores retratam também que o apoio emocional e a participação social são condições importantes do apoio social informal para as idosas. Ter sentimento de inserção positiva e pertencimento em contexto social pode gerar proteção e melhor enfrentamento das adversidades para a pessoa idosa. Em relação ao apoio emocional/informação, 68,9% dos participantes do estudo relataram que tem alto/médio apoio.

De acordo com Chu *et al.* (2023), o apoio emocional recebido dos membros familiares e de amigos pode reduzir a fragilidade física futura entre as pessoas idosas e conseqüentemente eventos adversos da saúde.

Brito *et al.* (2021) investigaram o apoio social percebido por pessoa idosas com câncer e o resultado do escore médio de apoio material foi 95,33 (DP = 11,89), de apoio afetivo foi 93,40 (DP = 18,65), de interação social positiva foi 88,57 (DP = 23,16) e de apoio emocional/informação foi 88,01 (DP = 21,51). Ao analisar as dimensões por categoria (baixo, médio e alto), a maioria das pessoas idosas recebe alto nível de apoio social em todas as dimensões.

Quanto às características socioeconômicas e clínicas da amostra, os resultados apresentados no estudo em relação aos motivos de internação hospitalar evidenciam o predomínio das doenças do aparelho circulatório (15,6%). No estudo realizado por Teixeira, Bastos e Souza (2017) na cidade de Goiânia, GO, as autoras, por meio do Sistema de

Informações sobre Autorizações de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, fizeram o levantamento de 186.202 internações de pessoas idosas e identificaram que as principais causas de hospitalização foram, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório (27,41%), neoplasias (13,90%), doenças do aparelho respiratório (11,90%), lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (9,05%) e doenças do aparelho digestivo (9,04%). Dentro da dimensão que são as doenças do aparelho circulatório, estas são doenças consideradas sensíveis à atenção primária e responsáveis pela grande parte da ocupação de leitos hospitalares e constituem um marcador da qualidade da assistência, uma vez que a qualidade do cuidado pode evitar internações e óbitos precoces (Santos *et al.*, 2020).

No presente estudo 72,9% dos participantes eram do sexo feminino e, destas, 21,3% tiveram pelo menos uma hospitalização. Em um estudo longitudinal, com acompanhamento de 24 meses, realizado com 304 pessoas no município de Várzea Grande, MT, realizado por Cabral *et al.* (2021), a maior parte da amostra também era do sexo feminino com 62,50% e 40% da amostra experienciaram uma internação. Vale destacar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), o maior número de mulheres nos estudos citados pode estar relacionado com a feminização da velhice e principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, resultando em maior sobrevivência das mulheres e pela maior demanda das mulheres por serviços de saúde para o controle das condições crônicas, o que explica, a taxas mais altas de longevidade.

Sobre a faixa etária, na pesquisa realizada por Souza *et al.* (2021) com 1451 pessoas idosas, os autores tiveram como resultado a predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (52,3%) da amostra, valores próximos ao encontrado no presente estudo.

Sobre a escolaridade notou-se alta frequência de pessoas idosas com ≤ 4 anos de estudo, representado por 65,2% da amostra. Este resultado simboliza o contexto sócio-histórico destes participantes, pois na época que frequentaram ou passaram pela fase escolar, o acesso à educação era mais difícil, devido à distância entre a moradia e a escola ou porque o estudo era secundário, assim muitos abandonaram essa atividade para trabalhar e contribuir com o sustento familiar (Santos-Orlandi *et al.*, 2017).

É imperativo afirmar que a baixa escolaridade é um fator de risco para pior qualidade de vida e com efeito nas condições de saúde, uma vez que pessoas idosas com baixo nível de escolaridade podem estar mais suscetíveis por apresentarem condições socioeconômicas desfavoráveis e conseqüentemente contribuir para a cronicidade das doenças não transmissíveis (Jesus *et al.*, 2017).

Sobre a situação conjugal, no estudo realizado por Maia *et al.* (2020) com 1750 pessoas idosas na região Sudeste, 54,2% eram casados, dados que convergem com os achados neste estudo onde obteve-se 51,6% que relataram possuir companheiro. Tavares *et al.* (2017) afirma que pessoas idosas que não possuem cônjuge ou companheiro apresentam maior fator de risco para fragilidade. Em contrapartida, Canêdo, Lopes e Lourenço (2018), em um estudo realizado no Rio de Janeiro com 845 pessoas idosas afirmaram que idosos casados parecem ter um envelhecimento bem-sucedido e que a promoção da saúde visando mudanças comportamentais pode levar a benefícios tangíveis para a saúde e o bem-estar na velhice.

A respeito do número de doença, nota-se uma situação muito comum entre as pessoas idosas e neste estudo 68,7% das pessoas idosas tinham duas ou mais doenças. Este dado vem de encontro com os achados no estudo de Silva *et al.* (2021) onde evidenciou que 92,30% das pessoas idosas relataram ter pelo menos um diagnóstico de CCNT e no mesmo estudo 63% dos participantes não fazem uso de polifarmácia, valor muito semelhante ao encontrado no estudo em questão onde obteve-se 59,9% de não polifarmácia. Sabe-se que a doença crônica é um dos fatores que antecede internação hospitalar das pessoas idosas (Silva *et al.*, 2021). O mesmo autor em estudo traz como resultado a questão do arranjo domiciliar onde 68,50% não moram sozinhos e no estudo presente 81,4% das pessoas idosas residem com um familiar/amigo.

Quanto à renda familiar, Silva *et al.* (2023), em um estudo realizado em uma cidade do Sul das Minas Gerais com 200 pessoas idosas hospitalizadas, 61,5% recebiam menos de um salário-mínimo, contra 44,1% dos entrevistados na pesquisa corrente. Ainda, Silva *et al.* (2023), afirmam que renda está intimamente ligada ao autocuidado, pois são atributos que possibilitam as pessoas idosas condições favoráveis para a promoção da própria saúde.

A independência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária das pessoas idosas traduz em fator protetivo para uma melhor qualidade de vida e autonomia neste grupo etário. Costa e Nunes (2020) realizaram um estudo na cidade de São Paulo com 250 pessoas idosas com idade média de 71,9 anos que deram entrada em um serviço de emergência. Como resultado, obteve-se que 42,8% eram independentes para as ABVD, porém é notório compreender que pessoas idosas, quando vivenciam um período de internação hospitalar, surgem repercussões que, muitas vezes, levam a incapacidade funcional e alterações na dinâmica pessoal que podem ser irreversíveis.

Cortez *et al.* (2023) realizaram um estudo com 400 pessoas idosas e destas, 60,75% eram independentes para as AIVD. A prevalência de dependência para as AIVD encontradas entre as pessoas idosas em ambos os estudos não foi expressiva, contudo, merece um olhar

diferenciado, uma vez que a perda da independência é considerada um forte preditor de hospitalização e morbimortalidade entre o grupo estudado.

Sobre o IMC das pessoas idosas deste estudo, percebeu-se que mais da metade da amostra estava em sobrepeso 57,6%. Rossi *et al.* (2020) afirmam que pessoas idosas em sobrepeso têm maiores chances de comorbidades e hospitalização quando comparados aos eutróficos.

Na amostra estudada 65,9% das pessoas idosas não possuíam sintomas depressivos. Convergente com esta porcentagem, um estudo realizado por Bretanha *et al.* (2015), na cidade de Bagé – RS, com 1593 pessoas idosas, usuárias de distribuídas em 20 unidades básicas de saúde, 66,3% afirmaram não ter sintomas depressivos. A mesma autora afirma que a prevalência de sintomas depressivos na população idosa requer investimento em ações de promoção em saúde, atentando para práticas que estimulem o envelhecimento ativo e diminuam a incapacidade funcional.

A dor foi outra característica pesquisada neste estudo e 49,0% das pessoas idosas relataram ter este sintoma. Carvalho *et al.* (2018) realizaram um estudo transversal por meio de um questionário disponibilizado pela internet a amostra total foi de 27.345, destas, 68,99% tinham idade superior a 55 anos. A incidência de dor lombar crônica primária foi de 59,85%; de artrite reumatoide primária foi (59,78%) e dor primária oriunda de osteoartrite foi de 69,02%. A intensidade da dor entre os entrevistados (nos últimos 3 meses) variou de média a moderada em 57,28%.

Além disso, Henschke, Kamper e Maher (2015) afirmam que a dor em pessoas idosas está frequentemente associada a condições médicas crônicas, como osteoartrite, neuropatia periférica e dor lombar, que podem ser exacerbadas pelo envelhecimento e pela diminuição da reserva fisiológica.

Quanto à solidão, 41,0% dos participantes afirmaram vivenciar este sentimento. Ferreira e Casemiro (2021) ao pesquisar a solidão em idosos e fatores associados observaram que 89,1% dos participantes apresentavam níveis de depressão mínima a leve e 10,9% das pessoas idosas apresentaram triagem indicativa para solidão moderada a grave. No Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) Sandy Junior, Borim e Neri (2023), pesquisaram a solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos. Da amostra de 7957 participantes, 16,8% afirmaram sempre sentir solidão, 31,7% algumas vezes sentir solidão, 51,5% nunca sentir solidão. Para Qiao *et al.* (2022), a solidão pode ser um preditor para o desenvolvimento de demências e institucionalização e que intervenções junto à população pode reduzir o risco para estes desfechos.

Sobre o evento quedas no estudo em questão, 73,6% das pessoas idosas negaram esta ocorrência. Entre os anos de 2006 e 2014 foram registradas 703.791 internações por causa de quedas no Brasil. Esta tendência é devido ao aumento expressivo do número deste grupo etário e das mudanças biológicas associadas à idade (Confortin *et al.*, 2020).

Além do baixo nível de interação social positiva, também houve associação entre o declínio cognitivo e o tempo até hospitalização. Para Toot *et al.* (2013), as pessoas idosas com declínio cognitivo têm maiores chances de hospitalização e na maioria das vezes apresentam resultados piores em comparação com anosas sem este acometimento. Há inúmeras evidências de que a presença do declínio cognitivo intensifica outros problemas de saúde física, incluindo quedas, fraturas, convulsões, infecções e pneumonia, que estão altamente associados a internações hospitalares (Toot *et al.*, 2013).

Fogg *et al.* (2017) afirmam que pessoas idosas com declínio cognitivo, quando hospitalizadas, tem o maior tempo de permanência de internação e maiores riscos de irem a óbito quando comparadas às pessoas mais jovens. Segundo os autores, há uma necessidade de identificar e intensificar os cuidados na atenção primária frente a esta população fragilizada e vulnerada, desta forma, espera-se que as consequências do declínio cognitivo possam ser minimizadas e assim, as hospitalizações precoces serem evitadas.

A exclusão de pessoas idosas com incapacidade permanente ou temporária de locomoção pode ser considerada uma limitação desse estudo. Além disso, o autorrelato das condições crônicas e a ausência de informações a respeito do controle dessas condições e de readmissões hospitalares também podem ser considerados limitações. Os pontos fortes podem ser observados no delineamento longitudinal com uma amostra específica de pessoas idosas, o que parece ser inédito no Brasil, além de considerar as características da rede de apoio social de modo mais abrangente, incluindo aspectos estruturais, como tamanho da rede, e os diferentes de tipo de apoio separadamente.

6 CONCLUSÃO

Das características da rede de apoio social, apenas a interação social positiva foi associada ao tempo até a hospitalização, sendo que o baixo nível desse tipo de apoio aumentou as chances de que a pessoa idosa fosse hospitalizada em menos tempo, assim como o declínio cognitivo, independentemente do tamanho da rede e dos outros tipos de apoio.

Intervenções baseadas no estímulo à construção, manutenção e expansão das redes de apoio social devem ser implementadas no contexto do processo de cuidar das pessoas idosas, com vistas a postergar a hospitalização. Especialmente no que diz respeito à interação social positiva, ações que busquem envolver as pessoas idosas em atividades fora do domicílio e que promovam bem-estar e satisfação com a vida, parecem ser apropriadas.

REFERÊNCIAS

- AARDEN, J. J. *et al.* Muscle strength is longitudinally associated with mobility among older adults after acute hospitalization: the Hospital-ADL study. **PLoS One**, San Francisco, v. 14, n. 7, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611658/pdf/pone.0219041.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.
- ALMEIDA, L. D. de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/582. Acesso em: 22 jan. 2022.
- AQUIM, E. E. *et al.* Diretrizes Brasileiras de mobilização precoce em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 434-443, 2019. Disponível em: <http://criticalcarescience.org.br/artigo/detalhes/0103507X-31-4-1>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- BARBOSA, G. C. *et al.* A relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade segundo o paradigma de desenvolvimento lifespan. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 85823-85846, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19473>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BELLATO, R. *et al.* Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 177-184.
- BERKMAN, L. F.; GLASS, T. Social integration, social networks, social support, and health. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. (ed.). **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 137-173.
- BISHOP, N. A.; TAO, L.; YABKNER, B. A. Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. **Nature**, London, v. 464, n. 7288, p. 529-535, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927852/pdf/nihms227633.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.
- BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. Maidenhead: Open University Press, 1997. p. 91-109.
- BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas vitais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/estatisticas-vitais/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde – Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em 25 abr. 2024.

BRETANHA, A. F. *et al.* Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-12, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BRISCHILIAN, S. C. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores derisco. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 531-538, jan./fev. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-718882>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRISSETTE, I.; COHEN, S.; SEEMAN, T. E. Measuring social integration and social networks. In: COHEN, S. L.; UNDERWOOD, B.; GOTTLIEB, B. H. (ed.). **Social support measuring and intervening: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 53-85.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-130.

BRITO, T. R. P. de *et al.* Factors associated with perceived social support in older people with cancer. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212000104>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRITO, T. R. P. de *et al.* Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1-15, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BURKE, S. N.; BARNES, C. A. Neural plasticity in the ageing brain. **Nature Reviews Neuroscience**, London, v. 7, n. 1, p. 30-40, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrn1809>. Acesso em: 25 mar. 2022.

CABRAL, J. F. *et al.* Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302>. Acesso em: 18 mar. 2024.

- CACIOPPO, J. T. *et al.* Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 21, n. 1, p. 140-151, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>. Acesso em: 31 maio 2022.
- CANÇADO, F. A. X.; ALANIS, L. M.; HORTA, M. de L. Envelhecimento cerebral. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, L. (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2016. p. 515-555.
- CANÊDO, A. C.; LOPES, C. S.; LOURENÇO, R. A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatrics & Gerontology International**, Tokyo, v. 18, n. 8, p. 1280-1285, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.13334>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- CANINEU, P. R.; SAMARA, A. B.; STELLA, F. Transtorno neurocognitivo leve. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, L. (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2016. p. 585-603.
- CARDOSO, A. F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre fisiologia do envelhecimento. **Efdeportes.com**: lecturas: educación física y deportes, Buenos Aires, v. 13, n. 130, p. 1-1, 2009. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em: 30 maio 2022.
- CARVALHO, R. C. de *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 331-338, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180063>. Acesso em: 25 abr. 2024.
- CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 64, n. 11, p. 1040-1043, 1974.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 104 n. 2, p. 107-123, 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>. Acesso em: 10 maio 2022.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. *In*: LANCETTI, A. (org.). **Saúde loucura**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 21-48.
- CAVINI, J. M. T. G.; GASPAR, K. C. Dilemas emocionais dos familiares de pacientes com câncer. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (org.). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 223-243.
- CHEN, J.; CHEN, S.; LANDRY, P. F. Twenty-five years after the Americans with Disabilities Act: aging with physical disabilities and the role of social support in exacerbating and buffering hospitalization. **Social Work in Public Health**, [s. l.], v. 34, n. 5, p. 403-413, 2019.

CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400022>. Acesso em: 22 mar. 2022.

CHU, W. M. *et al.* Effect of different types of social support on physical frailty development among community-dwelling older adults in Japan: evidence from a 10-year population-based cohort study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 108, p. 1-7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104928>. Acesso em: 23 abr. 2023.

COBB, S. Social support as a moderator of stress. **Psychosomatic Medicine**, [s. l.], v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COHEN, S. Social relationships and health. **American Psychological Association**, Washington, v. 59, n. 8, p. 676-684, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.8.676>. Acesso em: 10 jun. 2022.

COLLOCA, G.; SANTORO, M.; GAMBASSI, G. Age-related physiologic changes and perioperative management of elderly patients. **Surgical Oncology**, Amsterdam, v. 19, n. 3, p. 124-130, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2009.11.011>. Acesso em: 21 mar. 2022.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500024>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Internação por queda em idosos residentes em Florianópolis, em Santa Catarina e no Brasil: tendência temporal 2006-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 251-259, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020255>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CORTEZ, P. J. *et al.* Functional disability and associated factors in older adults seen at a primary health care unit. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230033>. Acesso em: 22 mar. 2024.

COSTA, P. M.; NUNES, A. C. Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. *In.* FARIA, M. C. *et al.* (coord). **Visão sobre o envelhecimento**. Beja: IPBeja, 2020. p. 65-78.

CRUZ, D. T. da; LEITE, I. C. G. Falls and associated factors among elderly persons residing in the community. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 532-541, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180034>. Acesso em: 19 jan. 2022.

DAMASCENO, A. *et al.* Primitive reflexes and cognitive function. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 577-582, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2005000400004>. Acesso em: 22 jan. 2022.

DANTAS, I. C. *et al.* Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p93-108>. Acesso em: 28 abr. 2022.

DAVIDOVIC, M. *et al.* Old age as a privilege of the “selfish ones”. **Aging and Disease**, California, v. 1, n. 2, p. 139-146, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295027/>. Acesso em: 27 maio 2022.

DUE, P. *et al.* Social relations network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00381-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00381-5). Acesso em: 16 jun. 2022.

DURKHEIM, E. **Suicide: a study in sociology**. New York: The Free Press, 1951.

DURKHEIM, E. **Suicide: a study in sociology**. London: The Free Press, 1997.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400017>. Acesso em: 19 jul. 2022.

FARINATTI, P. de T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 129-138, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000400001>. Acesso em: 14 fev. 2022.

FECHINE, B. R. A.; TROMPRIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace: revista científica internacional**, [s. l.], v. 1, n. 20, p. 106-194, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FÉLIX, T. A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>. Acesso em: 13 ago. 2022.

FERREIRA, H. G.; CASEMIRO, N. V. Solidão em idosos e fatores associados. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 9, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2021. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5199>. Acesso em: 12 abr. 2024.

FERREIRA, L. M. de B. M. *et al.* Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 995-1003, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160034>. Acesso em: 26 mar. 2022.

FOGG, C. *et al.* The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study. **Age and Ageing**, Oxford, v. 46, n. 5, p. 794-

801, Sept. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx022>. Acesso em: 13 mar. 2024.

FONSECA, F. de C. A. *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200011>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FRANÇA, J. A. de. **Velhice e terceira idade: um estudo sobre a sociabilidade do grupo estrela de ouro em Itapororoca/PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Antropologia) - Centro de Ciências Aplicadas e Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/3794>. Acesso em: 10 jul. 2024.

FRANÇA, M. S. de *et al.* Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170303>. Acesso em: 25 maio 2023.

FRANCESCHI, C. *et al.* The network and the remodeling theories of aging: historical background and new perspectives. **Experimental Gerontology**, Tarrytown, v. 35, n. 6/7, p. 879-896, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0531-5565\(00\)00172-8](https://doi.org/10.1016/s0531-5565(00)00172-8). Acesso em: 15 ago. 2022.

FREEMAN, W.; WEISS, A.; HESLIN, K. Overview of U.S. hospital stays in 2016: variation by geographic region. *In*: HEALTHCARE COST AND UTILIZATION PROJECT (HCUP) STATISCAL BRIEFS, 246., 2016. **Statiscal Brief**. Rockville: AHRQ, 2016. p. 1-15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720972/>. Acesso em: 3 maio 2022.

GEORGE, A. J.; RITTER, M. A. Thymic involution with ageing: obsolescence or good housekeeping?. **Immunology Today**, Barking, v. 17, n. 6, p. 267-272, 1996. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0167-5699\(96\)80543-3](https://doi.org/10.1016/0167-5699(96)80543-3). Acesso em: 22 mar. 2022.

GODA, G. S.; SHOVEN, J. B.; SLAVOV, S. N. Does widowhood explain gender differences in out-of-pocket medical spending among the elderly?. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 32, n. 3, p. 647-658, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.011>. Acesso em: 14 jun. 2022.

GOFFMAN, E. **Estigmas**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. O envelhecimento respiratório. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, N. (ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. p. 340-343.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>. Acesso em: 25 set. 2022.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Validade e acurácia do Guedes Tool para avaliar o apoio social informal para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23,

n. 2, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200059>. Acesso em: 15 mar. 2024.

HAINES, V. A.; BEGGS, J. J.; HURLBERT, J. S. Exploring the structural contexts of the supportsocial networks, social statuses, social support process, and psychological distress. *In*: LEVY, J. A.; PESCOLIDATO, B. A. (ed.). **Social networks and health**. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2002. p. 269-292.

HELGESON, V. S. Social support and quality of life. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 12, n. 1, 25-31, 2003. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/a:1023509117524>. Acesso em: 22 out. 2022.

HENSCHKE, N.; KAMPER, S. J.; MAHER, C. G. The epidemiology and economic consequences of pain. **Mayo Clinic Proceedings**, Oxford, v. 90, n. 1, p. 139-147, Jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>. Acesso em: 11 abr. 2024.

HOBBS, W. R. *et al.* Online social integration is associated with reduced mortality risk. **Biological Sciences**, [s. l.], v. 113, n. 46, p. 12980-12984, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.1605554113>. Acesso em: 15 abr. 2022.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B.; LAYTON, J. B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 7, n. 7, p. 1-20, July 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>. Acesso em: 11 abr. 2024.

HOUSE, J. S. Social support and social structure. **Sociological Forum**, [s. l.], v. 2, p. 135-146, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos domicílios e dos moradores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102004>. Acesso em: 14 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**: Alfenas. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alfenas/panorama>. Acesso em: 10 abr. 2019.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES, I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. **Psicologia: reflexão crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 810-818, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022>. Acesso em: 3 jan. 2022.

JESUS, I. T. M. de *et al.* Frailty of the socially vulnerable elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700088>. Acesso em: 22 abr. 2024.

JIN, K. Modern Biological Theories of Aging. **Aging and Disease**, California, v. 1, n. 2, p. 72-74, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995895/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

JOSEPH, B.; JEHAN, F. S. The mobility and impact of frailty in the Intensive Care Unit. **The Surgical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 97, n. 6, p. 1199-1213, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.07.007>. Acesso em: 10 jan. 2023.

KAHN, R. L.; ANTONUCCI, T. C. **Life-span development and behavior**. Michigan: Academic Press, 1980.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, Sept. 1963.

KEMPERMAN, A. *et al.* Loneliness of older adults: social network and the living environment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>. Acesso em: 10 jul. 2023.

KERNKAMP, C. da L. *et al.* Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1-14, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044115>. Acesso em: 19 ago. 2023.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEVANT, S.; CHARI, K.; DEFRANCES, C. J. Hospitalizations for patients aged 85 and over in the United States, 2000-2010. **NCHS Data Brief**, [s. l.], n. 182, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25590465/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LIN, T. K. *et al.* The impact of sources of perceived social support on readmissions in patients with heart failure. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 154, n. 110723, Mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110723>. Acesso em: 22 abr. 2024.

LÓPEZ-CABANAS, M.; CHACÓN, F. Apoyo social, redes sociales e grupos de autoayuda. *In*: FUERTES, F. C.; CABANAS, M. L. **Intervención Psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo**. Madrid: Síntesis Psicológica, 1997. p. 249-260.

LUO, H.; CHEN, C.; CHAN, K. Social support, health behavior, and health-related quality of life in individuals with spinal cord injury in Mainland China. **Spinal Cord Series and Cases**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1-7, 2020.

MAIA, L. C. *et al.* Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MARI, F. R. *et al.* The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>. Acesso em: 19 ago. 2022.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais-pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2007. Tese

(Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/919/1/389616.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2023.

NASCIMENTO, C. C. N. dos. Apoio social aos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [s. l.], ago. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccs/2019/08/apoyo-familiares-pacientes.html>. Acesso em: 12 ago. 2023.

NEVES, M. E. R.; FERREIRA, T. C. L. Hospitalização e redes de apoio social de idosos. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL*, 16., 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: UFES, 2018. p. 1-19. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22628>. Acesso em: 22 jul. 2023.

OH, A. *et al.* Social support and patterns of institutionalization among older adults: a longitudinal study. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 67, n. 12, p. 2622-2627, Dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16184>. Acesso em: 28 mar. 2024.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4541-4552, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10862021>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

ÖSTERGREN, P. O. *et al.* Social network, social support and acute chestcomplaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department: a case-control study. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 257-267, 1991. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90359-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90359-k). Acesso em: 12 set. 2023.

OSUNA-POZO, C. M. *et al.* Review of functional impairment associated with acute illness in the elderly. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 49, n. 2, p. 77-89, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.08.001>. Acesso em: 30 abr. 2023.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. *In: FREITAS, E. V. de; PY, L. (ed.). Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 79-86.

PEREIRA, G. N. *et al.* Social and environmental factors associated with the occurrence of falls in the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3507-33514, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013001200007>. Acesso em: 14 abr. 2023.

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, L. (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2016. p. 383-414.

PESSINI, L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no Adeus à vida. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, L. (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 87-96.

POLSOOK, R; AUNGSUROCH, Y. A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. **Journal of Research in Nursing**, London, v. 26, n. 4, p. 293-304, June 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744987120946792>. Acesso em: 19 abr. 2024.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas: COVID-19**. Portugal: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>. Acesso em: 3 jan. 2022.

QIAO, L. *et al.* Association between loneliness and dementia risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Frontiers in Human Neuroscience**, Lausanne, v. 16, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.899814>. Acesso em: 30 mar. 2024.

RIBEIRO, M. dos S. *et al.* Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 869–877, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083> Acesso em: 16 jul. 2024.

ROCHA, J. A. da. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista Farol**, Rolim de Moura, v. 6, n. 6, p. 77-89, jan. 2018. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/113/112>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. de. O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 9-19, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527554777010>. Acesso em: 10 jul. 2024.

ROSSI, A. P. *et al.* Worsening disability and hospitalization risk in sarcopenic obese and dynapenic abdominal obese: a 5.5 years follow-up study in elderly men and women. **Frontiers in Endocrinology**, Lausanne, v. 11, p. 1-9, June 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00314>. Acesso em: 27 mar. 2024.

SANDY JÚNIOR, P. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213222>. Acesso em: 16 abr. 2024.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras, 2015.

SANTOS, C. M. dos *et al.* Relação entre internações, óbitos por doenças do aparelho circulatório e estrutura dos serviços. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 211-222, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020476>. Acesso em: 30 mar. 2024.

SANTOS, M. A. S. *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 389-398, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300005>. Acesso em: 2 abr. 2024.

SANTOS-ORLANDI, A. A. dos *et al.* Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SARAGOSA, M. *et al.* How might we have known? Using administrative data to predict 30-day hospital readmission in clients receiving home care services from 2018 to 2021. **Health Services Insights**, Thousand Oaks, v. 16, p. 1-8, Nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F11786329231211774>. Acesso em: 28 abr. 2024.

SCHAIE, K. W. Intellectual development in adulthood. *In*: BIRREN, J. E.; SCHAIE, K. W. (ed.). **Handbook of the psychology of aging**. 4. ed. San Diego: Academic, 1996. p. 266-286.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. **The Journal of Aging and Mental Health**, [s. l.], v. 5, n. 1-2, p. 165-173, 1986.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b). Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, J. O. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas, de Paulo Henrique Martins e Breno Fontes. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 19, n. 47, p. 353-355, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v19i47.18763>. Acesso em: 25 set. 2022.

SILVA, J. V. da *et al.* Fatores condicionantes básicos no contexto das capacidades de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Contemporânea**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 3897-3911, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N5-024>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA, R. L. da *et al.* Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200335>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SIMIONATO, M. A. W.; MARCON, S. S. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: as dimensões da rede social e do cuidado mental. **Psicologia para América Latina**, México, n. 7, ago. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300003. Acesso em: 23 jun. 2023.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C. E. **La red social**: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa, 1996.

SOUZA, A. C. L. G. de *et al.* Mortalidade por todas as causas em um período de três anos entre idosos não institucionalizados do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210015>. Acesso em: 5 abr. 2024.

SOUZA, D. da S. *et al.* Analysis of the relationship of social support and fragility in elderly syndrome. **Psicologia, Saúde & Doença**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 420-433, jul. 2017. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180211>. Acesso em: 18 ago. 2023.

SOUZA, K. C. de; BERTOLINI, S. M. M. G. Impactos morfofuncionais da imobilidade prolongada na terceira idade. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. 9, p. 1689-1699, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2777>. Acesso em: 10 jan. 2023.

TAVARES, D. M. dos S. *et al.* Frailty syndrome and socioeconomic and health characteristics among older adults. **Colombia Médica**, Cali, v. 48, n. 3, p. 126-131, Sept. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.25100/cm.v48i3.1978>. Acesso em: 10 mar. 2024.

TAYLOR, S. **Lazos vitales**: de cómo el cuidado y el afecto son esenciales para nuestras vidas. Madrid: Taurus, 2002.

TEIXEIRA, J. J. M.; BASTOS, G. C. F. C.; SOUZA, A. C. Leite de. Perfil de internação de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 15-20, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833048/15-20.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2024.

TOOT, S. *et al.* Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, v. 14, n. 7, p. 463-470, July 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.011>. Acesso em: 16 abr. 2024.

TROEN, B. The biology of aging. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, New York, v. 70, n. 1, p. 3-22, 2003.

UNITED NATIONS. Department of Economics and Social Affairs. **World population ageing 2017**: highlights. New York: UN, 2017. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. Acesso em: 2 jan. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **A interdisciplinaridade e a saúde do idoso**: questões da prática assistencial para médicos. São Luís: UFMA, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7861>. Acesso em: 3 jan. 2022.

VAN HEEMST, V. D. Insulin, IGF-1 and longevity. **Aging and Disease**, California, v. 1, n. 2, p. 147-157, Oct. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295030/pdf/ad-1-2-147.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

VANDENBROUCHE, J. P. *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **Epidemiology**, Hagerstown, v. 18, n.

6, p. 805-835, Nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ede.0b013e3181577511>. Acesso em: 11 abr. 2024.

WEINSTEIN, J. R.; ANDERSON, S. The aging kidney: physiological changes. **Advances in Chronic Kidney Disease**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 302-307, 2010. Disponível em: <https://www.akdh.org/action/showPdf?pii=S1548-5595%2810%2900079-0>. Acesso em: 11 abr. 2023.

WERNHER, I.; LIPSKY, M. S. Psychological theories of aging. **Disease-a-Month**, Chicago, v. 61, n. 11, p. 480-488, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2015.09.004>. Acesso em: 13 jul. 2023.

WOO, J. *et al.* Social determinants of frailty. **Gerontology**, Basel, v. 51, n. 6, p. 402-208, Nov./Dec. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000088705>. Acesso em: 12 ago. 2023.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. de C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 387-399, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>. Acesso em: 13 ago. 2023.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

APÊNDICE A – Questionário

Questionário da pesquisa

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Número do Questionário: | | | | | | | | | |

Nome do entrevistador: _____

Início da entrevista: __h: ____m

Fim da entrevista: __h: ____m Duração: _____

Nome: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Telefone de contato: 1 () _____ 2 () _____

E-mail: _____

Nome e Telefone de um familiar, amigo ou vizinho para contato:

Telefone () _____

Número do cartão do SUS: _____

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS
--

A1 - Estado Civil

- | | |
|--|-------------|
| 1. Solteiro | 4. Viúvo(a) |
| 2. Casado(a) ou vive com companheiro(a) | 8. NS |
| 3. Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) | 9. NR |

A2 - O(a) Sr.(a) foi à escola?

1. Sim
2. Não
3. Nunca frequentou, mas sabe ler e escrever
4. Nunca frequentou, não sabe ler e escrever **(PULAR para A4)**
8. NS
9. NR

A3 - Qual a última série (e de que grau) da escola em que o Sr.(a) obteve aprovação?

{ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO}

Última série (ano escolar) cursada pelo(a) idoso(a): _____

1. Primeiro grau (ou primário + ginásio)
2. Segundo grau (antigo clássico e científico)
3. Técnico de nível médio (ex.: técnico em contabilidade, laboratório)
4. Magistério – segundo grau (antigo normal)
5. Graduação (nível superior)
6. Pós-graduação

A8 - O Sr.(a) exerce algum trabalho remunerado atualmente?

1. Sim 2. Não (**PULAR para A10**) 8. NS 9. NR

A9 - Qual a sua ocupação atual? _____ 8. NS 9. NR

A10 - Qual a sua ocupação anterior? _____ 8. NS 9. NR

A11- Qual a sua renda mensal individual? R\$ ___ (em valor bruto) 8. NS 9. NR

A12 - Qual a renda total das pessoas que moram com o(a) senhor(a) incluindo-o(a)? R\$ _____ (em valor bruto) 8. NS NR

A13 - O(A) Sr(a) tem algum plano de saúde (convênio) além do Sistema Único de Saúde:

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

A14 – Na maioria das vezes o Sr(a) utiliza os serviços públicos ou privados (plano de saúde/convênio) de saúde? 1. Público 2. Privado 8. NS 9. NR

A15 - O(A) Sr(a) tem alguma dificuldade para utilizar ou acessar serviços de saúde, quando precisa?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

BLOCO B – COGNIÇÃO, DEPRESSÃO E APOIO FAMILIAR APLICAR SOMENTE AO IDOSO

B1 - Instrução: “Eu vou examinar sua memória. Vou dizer três nomes para você repetir e gravar na memória para lembrar depois. Repita os nomes somente depois que eu tiver falado todos os três.” (Diga com clareza os três nomes, aproximadamente 1 nome por 1.5 segundo. Use uma das três versões. Dê 1 ponto para cada nome repetido corretamente após a primeira apresentação oral dos mesmos. Os nomes podem ser reapresentados até três vezes.)

CAMISA

MARROM

HONESTIDADE

PONTUAÇÃO (total de nomes repetidos – 0 se o idoso não repetir nenhum) _____

ORIENTAÇÃO NO TEMPO – Marque a pontuação correspondente à alternativa de acordo com a resposta do

(a) idoso (a)

B2 - “Em que ano nós estamos?” RESPOSTA _____ PONTUAÇÃO _____

Ano correto - 4 pontos	Erra por 2 a 5 anos – 1 ponto
Erra por 1 ano – 2 pontos	Erra por 6 ou mais anos – 0 ponto

B3 - “Qual é o mês e o dia-do-mês em que estamos?” RESPOSTA _____

PONTUAÇÃO _____

Resposta correta - 5 pontos	Erra por 6 a 29 dias- 2 pontos
Erra por 1 a 2 dias - 4 pontos	Erra por 30 a 59 dias - 1 ponto
Erra por 3 a 5 dias - 3 pontos	Erra por 60 ou mais dias - 0 ponto

B4 - “Que dia da semana é hoje?” RESPOSTA _____

PONTUAÇÃO _____

Resposta correta - 1 ponto	Resposta errada- 0 ponto
----------------------------	--------------------------

B5 - “Que horário do dia é agora?” RESPOSTA _____ PONTUAÇÃO _____

Resposta exata ou com erro de até 60 minutos - 1 ponto	Resposta errada- 0 ponto
--	--------------------------

B6 - FLUÊNCIA VERBAL: “Agora eu quero que você diga os nomes de todos os animais de quatro pernas que você conhece. Você vai ter 30 segundos para dizer o máximo de nomes que você lembrar. Pode começar.” (Dê 1 ponto para cada resposta correta, até um máximo de 10 pontos). PONTUAÇÃO (0 – 10)

B7 - EVOCAÇÃO: “Você se lembra daqueles 3 nomes que eu pedi para você guardar na memória?” RESPOSTA: _____ PONTUAÇÃO : _____

A (CAMISA) Evocação espontânea (sem ajuda)	3 pontos
Se após: “Um dos nomes era de uma coisa que usamos no corpo”	2 pontos
Se após: “Um dos nomes era sapatos, camisa ou meias?”	1 ponto
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar	0 ponto

B (MARROM) Evocação espontânea	3 pontos
Se após: “Uma das palavras era o nome de uma cor”	2 pontos

Se após: “Um dos nomes era azul, preto ou marrom?”	1 ponto
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar	0 ponto

C (HONESTIDADE) Evocação espontânea	3 pontos
Se após: “Um dos nomes se referia a uma boa qualidade pessoal”	2 pontos
Se após: “Um dos nomes era honestidade, caridade ou modéstia?”	1 ponto
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar	0 ponto

Agora pense nas últimas duas semanas e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período...

	Sim	Não	NS	NR
B8 - O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	2	8	9
B9 - Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	1	2	8	9
B10 - Sente que sua vida está vazia?	1	2	8	9
B11 - Tem estado aborrecido frequentemente?	1	2	8	9
B12 - Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	8	9
B13 - Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	1	2	8	9
B14 - Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1	2	8	9
B15 - Com frequência se sente desamparado ou desvalido?	1	2	8	9
B16 - Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	1	2	8	9
B17 - Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	1	2	8	9

B18 - O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?	1	2	8	9
B19 - Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	1	2	8	9
B20 - Sente-se cheio de energia?	1	2	8	9
B21 - Se sente sem esperança diante da sua situação atual?	1	2	8	9
B22 - O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor?	1	2	8	9

Aproximadamente, quantos amigos ou familiares próximos o senhor(a) têm? (Pessoas com as quais você fica à vontade e pode falar de tudo o que quiser. Pessoas com quem você pode contar quando precisa de ajuda). **B23A** - Escreva o número de amigos _____ **B23B** Escreva o número de familiares próximos: _____

B24 - Pense nas pessoas com as quais o senhor(a) fica à vontade, pode falar de tudo o que quiser e pode contar quando precisa de ajuda. No geral, essas pessoas são:	1. Familiares que moram com o senhor(a) 2. Familiares que não moram com o senhor(a) 3. Amigos e/ou vizinhos 8. NS 9. NR
B25 - A maior parte dos seus amigos e familiares próximos é homem ou mulher?	1. Mesmo número de homens e de mulheres 2. Maioria mulheres 3. Maioria homens 8. NS 9. NR
B26 - Maior parte dos seus amigos e familiares próximos é criança/adolescente, adulto ou idoso?	1. Maioria criança/adolescente 2. Maioria adulto 3. Maioria idoso 8. NS 9. NR
B29 - No geral, com que frequência o senhor(a) tem contato com a maioria dos seus amigos?	1. Nunca 2. Diariamente 3. Semanalmente 4. Mensalmente 5. Anualmente 8. NS 9. NR
B29 - No geral, com que frequência o senhor(a) tem contato com a maioria dos seus familiares próximos?	1. Nunca 2. Diariamente 3. Semanalmente 4. Mensalmente 5. Anualmente 8. NS 9. NR
B30 - No geral, como o senhor(a) se sente em relação ao contato com a maioria dos seus amigos?	1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Pouco satisfeito 4. Nada satisfeito 8. NS 9. NR
B30 - No geral, como o senhor(a) se sente em relação ao contato com a maioria dos seus familiares próximos?	1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Pouco satisfeito 4. Nada satisfeito 8. NS 9. NR

Caso o entrevistado responda SIM a pergunta colocar com que frequência <input type="checkbox"/>	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
B31. O(A) Sr(a) tem alguém que o ajude se estiver doente, de cama? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B32. O(A) Sr(a) tem alguém para lhe ouvir quando precisa falar? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B33. O(A) Sr(a) tem alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B34 - O(A) Sr(a) tem alguém para levá-lo ao médico? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B35 - O(A) Sr(a) tem alguém que demonstre amor e afeto pelo sr(a)? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B36 - O(A) Sr(a) tem alguém para se divertir junto? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B37 - O(A) Sr(a) tem alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B38 - O(A) Sr(a) tem alguém em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B39 - O(A) Sr(a) tem alguém que lhe dê um abraço? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B40 - O(A) Sr(a) tem alguém com quem relaxar? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B41 - O(A) Sr(a) tem alguém para preparar suas refeições se o sr(a) não puder prepará-las? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B42 - O(A) Sr(a) tem alguém de quem realmente quer conselhos? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B43 - O(A) Sr(a) tem alguém com quem distrair a cabeça? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B44 - O(A) Sr(a) tem alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias se o sr(a) ficar doente? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B45 - O(A) Sr(a) tem alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B46 - O(A) Sr(a) tem alguém para dar sugestões de como lidar com um problema	2	3	4	5

peçoal? (0) Sim (1) Não				
B47 - O(A) Sr(a) tem alguém com quem fazer coisas agradáveis? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B48 - O(A) Sr(a) tem alguém que compreenda seus problemas? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5
B49 - O(A) Sr(a) tem alguém que o sr(a) ame e que faço sr(a) se sentir querido? (0) Sim (1) Não	2	3	4	5

B50. Se precisar de ajuda para cuidar da sua casa, por motivo de doença, quem é a principal pessoa que lhe ajudará? (não leia as alternativas, espere que o(a) idoso fale espontaneamente).

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------------------|
| 1. Cônjuge ou companheiro(a) | 2. Filho(a) | 3. Nora/genro |
| 4. Outro parente | 5. Amigos | 6. Empregada doméstica |
| 7. Outro empregado remunerado | 8. Vizinho(a) | 9. Outro |
| 10. Ninguém | 8.NS | 9. NR |

B51. Se, por motivo de doença, precisar de ajuda para fazer compras, pagar contas ou ir ao banco, quem é a principal pessoa que lhe ajudará? (não leia as alternativas, espere que o(a) idoso fale espontaneamente).

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------------------|
| 1. Cônjuge ou companheiro(a) | 2. Filho(a) | 3. Nora/genro |
| 4. Outro parente | 5. Amigos | 6. Empregada doméstica |
| 7. Outro empregado remunerado | 8. Vizinho(a) | 9. Outro |
| 10. Ninguém | 8.NS | 9. NR |

B52. Se quiser fazer uma confidência ou contar alguma coisa muito pessoal, em quem mais pode confiar? (não leia as alternativas, espere que o(a) idoso fale espontaneamente).

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------------------|
| 1. Cônjuge ou companheiro(a) | 2. Filho(a) | 3. Nora/genro |
| 4. Outro parente | 5. Amigos | 6. Empregada doméstica |
| 7. Outro empregado remunerado | 8. Vizinho(a) | 9. Outro |
| 10. Ninguém | 8.NS | 9. NR |

B53. Se precisar de dinheiro ou algum objeto emprestado, a quem pode pedir? (não leia as alternativas, espere que o(a) idoso fale espontaneamente).

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------------------|
| 1. Cônjuge ou companheiro(a) | 2. Filho(a) | 3. Nora/genro |
| 4. Outro parente | 5. Amigos | 6. Empregada doméstica |
| 7. Outro empregado remunerado | 8. Vizinho(a) | 9. Outro |
| 10. Ninguém | 8.NS | 9. NR |

B54. O(A) Sr(a) fica incomodado(a) porque acha que as pessoas tentam ajudá-lo(a) mais do que o(a) Sr(a) acha que precisa?

- | | | | | |
|----------|------------------|-----------|------|------|
| 1. Nunca | 2. Algumas vezes | 3. Sempre | 8.NS | 9.NR |
|----------|------------------|-----------|------|------|

B55. Com que frequência o(a) Sr(a) se sente sozinho (solitário)?

- | | | | | |
|----------|------------------|-----------|------|------|
| 1. Nunca | 2. Algumas vezes | 3. Sempre | 8.NS | 9.NR |
|----------|------------------|-----------|------|------|

8.NS
9.NR

Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que o (a) Sr(a) tem alguma das	A.Diagnóstico	B.Limitação	C.Remédio
---	----------------------	--------------------	------------------

seguintes doenças ou problemas de saúde? Se sim, esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia? Você toma remédio para controlar este problema?	Sim	Não	NS	NR	Sim	Não	NS	NR	Sim	Não	NS	NR
C11 - Hipertensão	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C12 - Diabetes	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C13 - Doença cardiovascular	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C14 - Tumor/Câncer	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C15 - AVC ou derrame	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C16 - Doença Crônica Pulmonar (asma, enfisema, etc)	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C17 - Reumatismo/Artrite/ Artrose	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C18 - Osteoporose	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C19 - Dor de cabeça frequente/ Enxaqueca	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C20 - Dor nas costas/Problema na coluna	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C21 - Alergia: _____	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C22 - Problema Emocional (depressão/ ansiedade/tristeza)	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C23 - Tontura/Vertigem	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C24 - Problema/Infecção Urinária	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C25 - Deficiência Auditiva tipo 1.deficiência 2.surdez	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C26 - Deficiência Visual tipo 1.deficiência 2. cegueira um olho 3. cegueira dois olhos	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
C27 - Outros : _____	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9

Nos últimos 12 meses o(a) Sr. (a) teve algum destes problemas?	Sim	Não	NS	NR
--	------------	------------	-----------	-----------

C28 - Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)	1	2	8	9
C29 - Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)	1	2	8	9
C30- Dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes	1	2	8	9
C31- Lesões de pele, feridas ou escaras	1	2	8	9
C32 - Alguma dor constante ou que vai e vem	1	2	8	9

C33 – O(A) Sr(a) costuma usar medicamentos? () sim () não

C34 – O(A) Sr(a) pode nos mostrar quais os medicamentos que o(a) sr(a) tem em casa que são do seu uso de rotina?

Nome do medicamento (apresentação, concentração)	Uso com receita	Uso por conta própria	Validade

*****SÓ PARA MULHERES*****

C35 - Que idade tinha quando menstruou pela última vez? _____ ANOS

8. NS

9. NR

C35_1 - Alguma vez a senhora fez REPOSIÇÃO HORMONAL, ou seja, tomou HORMÔNIO de mulher por causada menopausa?

1. Sim, tomei, mas já não tomo mais
2. Ainda tomo
3. Nunca tomei

8. NS

9. NR

C35_2 - Por quanto tempo a senhora fez reposição hormonal?

número de meses _____ OU número de anos ___ 8.NS 9.NR

*****PARA TODOS*****

C36 - Como é o seu hábito intestinal ?

1. Normal
2. Constipado (preso)
3. Diarréico

4. Variado

8. NS

9. NR

C37 - Qual a frequência de evacuação? _____
 _____ vezes ao 1. Dia 2.
 Semana 8.NS 9. NR

C39 - De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

1 Muito Ruim	2 Ruim	3 Regular	4 Boa	Muito Boa	8 NS	9 NR
--------------	--------	-----------	-------	-----------	------	------

C40 - Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade?

1 Muito Pior	2 Pior	3 Igual	4 Melhor	5 Muito Melhor	8 NS	9 NR
--------------	--------	---------	----------	----------------	------	------

C41 - Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás?

1 Muito Pior	2 Pior	3 Igual	4 Melhor	5 Muito Melhor	8 NS	9 NR
--------------	--------	---------	----------	----------------	------	------

ATIVIDADE FÍSICA

Agora, vou dizer o nome de algumas atividades físicas que as pessoas realizam por prazer, para se exercitar, para se divertir, porque fazem bem para a saúde ou porque precisam. Gostaria que me dissesse se costuma realizar essas atividades, em quantos dias na semana e quanto tempo por dia.	A. Na última semana: 1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR	B. Qtos dias/ semana ?	C. Tempo/ dia (min)	D. Intensidade 1. Leve 2. Moderada 3. Vigorosa
C42 - Faz caminhadas como forma de exercício?				
C43 - Pratica corrida leve ou caminhada vigorosa?				
C44 - Faz ginástica, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo?				
C45 - Faz musculação?				
C46 - Faz hidroginástica ou natação?				
C47- Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei?	QUAL? _____			

BLOCO D – FUNCIONALIDADE, SARCOPENIA, FRAGILIDADE E QUEDAS

D1 - Quanta dificuldade tem para levantar ou carregar 4,5kg?

1. Nenhuma 1. Alguma 2. Muita ou não consegue 8. NS 9. NR

D2 - Quanta dificuldade tem para andar dentro de um cômodo?

- | | | |
|----|--|-------|
| 1. | Nenhuma | 8. NS |
| 2. | Alguma | 9. NR |
| 3. | Muita, usa equipamento ou não consegue | |

D3 - Quanta dificuldade tem para levantar de uma cadeira ou cama?

- | | | |
|----|-----------------------|-------|
| 1. | Nenhuma | 8. NS |
| 2. | Alguma | 9. NR |
| 3. | Muita ou não consegue | |

D4 - Quanta dificuldade tem para subir 10 degraus de escada (1 lance)?

- | | | |
|----|-----------------------|-------|
| 1. | Nenhuma | 8. NS |
| 2. | Alguma | 9. NR |
| 3. | Muita ou não consegue | |

D4A - Quantas vezes caiu depois que completou 60 anos?

1. _____ 8. NS 9. NR

D5 - O(a) Senhor(a) teve alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)

1. Sim
2. Não 8. NS 9. NR

D6 - Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses (último ano)

1. _____ 8. NS 9. NR

D7 - Quando foi sua última queda?

1. Há menos de 15 dias
2. 15 a 30 dias
3. 30 a 90 dias
4. Há mais de 90 dias
8. NS 9. NR

D8 - Onde o senhor sofreu essa queda?

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Banheiro | 5. Quintal |
| 2. Quarto | 6. Escada |
| 3. Cozinha | 7. Na rua |
| 4. Sala | 8. Ao subir e descer do ônibus |
| 9. No interior do ônibus | 10. Outro Qual _____? |

D9 - Como foi essa última queda?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Escorregou | 5. Fraqueza nas pernas |
| 2. Tropeçou | 6. Foi empurrado |
| 3. Ficou com tontura | 7. Outro Qual? _____ |
| 4. Desmaiou (síncope) | |
| 8. NS | 9. NR |

D10 - Qual tipo de superfície o senhor(a) caiu?

- | | |
|-------------|------------|
| 1. Cerâmica | 4. Madeira |
| 2. Cimento | 5. Asfalto |

3. Barro
8. NS
6. Outro Qual? _____
9. NR

D11 - O (a) Senhor(a) bateu em algo antes de cair?

1. Sim O quê? _____
2. Não
8. NS 9. NR

D12 - Qual parte do corpo bateu primeiro ao cair?

1. Cabeça 2. Dorso 3. Região do glúteo 4. Braços 5. Pernas 6. Pé
7. Outro Qual _____
8. NS 9. NR

D13 - Como consequência dessa queda o senhor fraturou quadril/bacia ou fêmur?

1. Sim
2. Não
8. NS 9. NR

D14 - Como consequência dessa queda o senhor fraturou o punho?

1. Sim
2. Não
8. NS 9. NR

D15 - Como consequência dessa queda o (a) senhor(a) teve alguma outra fratura?

1. Sim Onde? _____
2. Não
8. NS 9. NR

D16 - Depois de sua(s) queda(s) o (a) senhor(a)?

1. Ficou com medo de cair novamente
2. A queda vai impedir você de sair de casa?
3. Outra _____
8. NS 9. NR

D17 - Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? Sim, quantos quilos?

1. Entre 1 kg e 3 kg 8. NS
2. Mais de 3 kg 9. NR
3. Não perdeu peso

D18 - Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

D19 - O(A) sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

D20 - O(A) sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?

1. Sim

2. Não

8. NS

9. NR

D21 - Com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Nunca ou raramente (menos de 1 dia) | 4. A maior parte do tempo |
| 2. Poucas vezes (1 - 2 dias) | 8. NS |
| 3. Algumas vezes (3 - 4 dias) | 9. NR |

D22 - Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:

- | | | |
|--|-------------------------------|-------|
| 1. Nunca ou raramente (menos de 1 dia) | 3. Algumas vezes (3 - 4 dias) | 8. NS |
| 2. Poucas vezes (1 - 2 dias) | 4. A maior parte do tempo | 9. NR |

FUNCIONALIDADE	NR/NR
Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda de total para fazer cada uma das seguintes coisas:	
D23 - Usar o telefone: 1. É capaz de discar os números e atender sem ajuda? 2. É capaz de responder as chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? 3. É incapaz de usar o telefone? (nem atender nem discar)	9
D24 - Uso de transporte 1. É capaz de usar coletivo ou taxi sem ajuda? 2. É capaz de usar transporte coletivo ou taxi, porém não sozinho? 3. É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi ?	9
D25 - Fazer compras 1. É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? 2. É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? 3. É incapaz de fazer compras?	9
D26 - Preparo dos alimentos 1. Planeja, prepara e serve alimentos sem ajuda? 2. É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? 3. É incapaz de preparar qualquer refeição	9
D27 - Tarefas domésticas 1. É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? 2. É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? 3. É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	9
D28 - Uso de medicação 1. É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? 2. É capaz de usar medicação mas precisa de algum tipo de ajuda? 3. É incapaz de tomar medicação sem ajuda?	9
D29 - Manejo do dinheiro 1. É capaz de pagar contas, aluguel, e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? 2. Precisa de algum tipo de ajuda para realizar essas tarefas?	9

3.É incapaz de realizar essas atividades?	
Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda, ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	NR/NS
D30 - Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	9
D31 - Vestir-se (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. 2. Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. 3. Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas	9
D32 - Usar o vaso sanitário 1. Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite. 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	9
D33 - Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	9
D34 - Controle esfinteriano 1. Controla inteiramente a evacuação e a micção 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente	9
D35 - Alimentar-se 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos	9

BLOCO E - NUTRIÇÃO

Por favor, me diga tudo o que comeu ou bebeu ontem, desde o momento em que acordou até o horário em que foi dormir

Recordatório de 24 horas					
	Alimentos, bebidas ou preparações	Horário	Nome da refeição/ onde foi feita	Tipo/forma de preparo	Quantidades (medidas caseiras)
<i>Ex.</i>	<i>Pão com margarina</i>	<i>07:30</i>	<i>Desjejum em casa</i>	<i>Pão francês Margarina industrializada com sal</i>	<i>01 pão 01 ponta de faca de margarina</i>

1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

QNSA – Questionário Nutricional Simplificado de Apetite

E1 - MEU APETITE ESTÁ:		
1. Muito ruim 2. Ruim 3. Moderado	4. Bom 5. Muito bom	8. NS 9. NR
E2 - QUANDO EU COMO:		
1. Me sinto satisfeito após comer poucas garfadas/colheradas 2. Me sinto satisfeito após comer aproximadamente 1/3 da refeição 3. Me sinto satisfeito após comer mais da metade da refeição	4. Me sinto satisfeito após comer a maior parte da refeição 5. Dificilmente me sinto satisfeito	8. NS 9. NR
E3 - O SABOR DA COMIDA É:		
1. Muito ruim 2. Ruim 3. Mediano	4. Bom 5. Muito bom	8. NS 9. NR
E4 - NORMALMENTE EU COMO:		
1. Menos de uma refeição por dia 2. Uma refeição por dia 3. Duas refeições por dia	4. Três refeições por dia 5. Mais de três refeições por dia	8. NS 9. NR

SAÚDE BUCAL

O (a) Senhor (a) usa dentadura:	Sim	Não	NS	NR
E5 - Na arcada superior?	1	2	8	9
E6 - Na arcada inferior?	1	2	8	9
E7 - A dentadura machuca ou cai?	1	2	8	9
E8 - Costuma alimentar-se com dentadura?	1	2	8	9
E9 - Tem sentido sua boca seca nas últimas semanas?	1	2	8	9

E10 - Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde bucal?

1 MUITO RUIM	2 RUIM	3 REGULAR	4 BOA	5 MUITO BOA	8 NS	9 NR
--------------	--------	-----------	-------	-------------	------	------

O (a) senhor (a) consome :
E11 - (MAN) Pelo menos uma porção <u>diária</u> de leite ou derivados, tais como queijo e iogurte? 1. Sim 2. Não
E12 - (MAN) Algum tipo de carne, peixe e aves <u>todos os dias</u>? 1. Sim 2. Não
E13 - (MAN) Duas ou mais porções <u>diárias</u> de fruta, verduras e legumes? 1. Sim 2. Não
E14 - (MAN) Duas ou mais porções <u>semanais</u> de leguminosas (feijão, ervilha ou soja) ou ovos? 1. Sim 2. Não
E15 - (MAN) Nos últimos 3 meses, o/a senhor/a percebeu que passou a comer menos, devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir/engolir? 1. Diminuição grave da ingesta 2. Diminuição moderada da ingesta 3. Sem diminuição da ingesta
E16 - (MAN) Perda de peso nos últimos 3 meses: 1. Superior a três quilos 2. Não sabe informar 3. Entre um e três quilos 4. Sem perda de peso
E17 - (MAN) O (a) senhor (a) passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0. Sim 2. Não
E18 - (MAN) O senhor acha que está desnutrido? 1. Acredita estar desnutrido 2. Não sabe dizer 3. Acredita não ter um problema nutricional

E19 - (MAN) Modo de se alimentar

1. Não é capaz de se alimentar sozinho
2. Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
3. Alimenta-se sozinho sem dificuldade

	Número	NS	NR
E20 - (MAN) Quantas refeições o (a) senhor (a) faz por dia (café da manhã, almoço, jantar)?		8	9
E21 - (FIBRA) Quantos lanches entre as refeições faz por dia?		8	9
E22 - Quantos copos de líquidos (água, suco, chá, leite) consome por dia?		8	9

EBIA

E23 - Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

E24 - Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

E25 - Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

E26 - Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

E27 - Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

1. Sim 2. Não 8. NS 9. NR

BLOCO F - MEDIDAS

***Todos os testes são primeiramente demonstrados pelo examinador para que o participante observe e entenda o procedimento antes de realizá-lo. Sempre antes de iniciar cada teste, o examinador deve certificar-se de que o participante esteja seguro para realizar cada movimento. O examinador deve estar próximo o suficiente do participante a fim de evitar possíveis quedas.

F1 – Peso (kg): _____

F2 – Altura (m): _____

F3 – Circunferência da cintura (cm): _____

F4 – Circunferência da braquial (cm): ____

F5 – Circunferência da panturrilha (cm): _

F6 – Teste do equilíbrio: (o idoso deve conseguir ficar em pé sem usar bengala ou andador. Ele pode ser ajudado a levantar-se para ficar na posição)



(1) Manteve por 10 segundos
 (0) Não manteve por 10 segundos
 (0) Não tentou
 Tempo de execução (____) segundos
 F6_A – Dois pés juntos



(1) Manteve por 10 segundos
 (0) Não manteve por 10 segundos
 (0) Não tentou
 Tempo de execução (___) segundos

F6_B – Com um pé parcialmente a frente



(1) Manteve por 10 segundos
 (0) Não manteve por 10 segundos
 (0) Não tentou
 Tempo de execução (_____)segundo
 s
 F6_C – Com um pé à frente

F6 – Velocidade da caminhada: (_____) segundos

(tempo que o idoso leva para percorrer 4,0m. - obs.: se precisar de bengala ou andador

para auxiliar, pode utilizá-los) ATENÇÃO: TROCAR A FITA DO CHÃO

F7 – Time up and go: (____) segundos

(tempo que o idoso leva para levantar da cadeira, caminhar 3m, voltar e sentar novamente - obs.: se precisar de bengala ou andador para auxiliar, pode utilizá-los)

F8 – Sentar/levantar da cadeira: (_____) segundos

(tempo necessário para levantar 5 vezes da cadeira - pare o cronômetro quando o idoso se levantar completamente pela 5ª vez - obs.: a cadeira deve estar encostada à parede ou estabilizada de alguma forma para impedir que se mova durante o teste e o idoso NÃO pode usar os braços para levantar. Se o idoso não conseguir levantar-se sem usar os braços, não realize esse teste)

F8 – Pressão Arterial (mmHg): 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

F9 – Força de preensão palmar: 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

***** AGENDAR COLETA DE SANGUE – ORIENTAR JEJUM *****

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – “Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos”. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG.

TELEFONE: (35) 3701-9742

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Profa. Dra. Daniela Braga Lima, Prof. Dr. Angel Mauricio Castro Gamero, Profa. Dra. Pollyanna Oliveira

OBJETIVOS: Esta pesquisa busca analisar a associação entre apoio social e o comprimento telomérico (tamanho de estruturas do DNA) entre idosos.

JUSTIFICATIVA: Os resultados poderão esclarecer a importância das redes sociais no envelhecimento e justificar a implementação de estratégias de estabelecimento e manutenção de redes de apoio onde os idosos possam trocar ajuda para enfrentar melhor as situações do dia-a-dia.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Esta pesquisa tem duas etapas. Agendaremos um dia para o senhor(a) responder um questionário e um outro dia para realizarmos uma amostra de sangue. A aplicação do questionário e a aferição das medidas corporais serão realizadas por alunos da graduação treinados pelos pesquisadores do projeto. Já a coleta de sangue será realizada por um profissional habilitado. O questionário contém perguntas sobre renda, moradia e condições de vida, saúde, exercício físico, alimentação e nutrição. Ele será aplicado na sua residência ou em um local de sua preferência e terá duração média de 1 hora. Caso você considere o tempo de aplicação do questionário muito longo (total estimado de 1 hora), dividiremos em dois momentos, da forma que você achar mais conveniente de acordo com seu tempo e disponibilidade. Na segunda parte da pesquisa, coletaremos uma amostra de sangue para analisar o tamanho dos seus telômeros (estrutura que compõe o seu material genético). Tal análise será realizada no Laboratório de Genética da Universidade Federal de Alfenas.

RISCOS E DESCONFORTOS: Quanto à entrevista, há riscos de desconforto, cansaço pela duração da mesma e constrangimento devido às perguntas. Caso você fique cansado ou constrangido pelas perguntas do questionário, é possível interromper a entrevista a qualquer momento e remarcar com o pesquisador para outra data em que você esteja se sentindo melhor. Observamos que há a possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor no local da punção, hematoma, desmaio e infecção. Os riscos físicos e inconvenientes não serão diferentes daqueles previstos durante os procedimentos normais para a obtenção de amostras biológicas para diagnóstico. A pessoa que coletará o seu sangue é habilitada e utilizará técnica adequada para minimizar riscos para o(a) sr(a).

BENEFÍCIOS: O senhor(a) terá a oportunidade de conhecer sua condição de saúde e conversar com os pesquisadores sobre saúde e alimentação saudável. Ao final da entrevista o senhor(a) receberá orientação sobre alimentação adequada no processo do envelhecimento saudável, com entrega de um folheto explicativo. Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para fortalecer políticas públicas na área de saúde da pessoas idosas, e por isso, darão um retorno à sociedade e poderão possibilitar que outras pessoas idosas participem de programas de saúde.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não será remunerado por sua participação nesta pesquisa. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa. Em caso de eventos adversos haverá acompanhamento do participante pelo tempo necessário até sua resolução. Em caso de danos decorrentes da pesquisa poderá haver indenização. Esclarecemos que a Resolução 466/12 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e das instituições envolvidas".

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Suas respostas serão anotadas no formulário de pesquisa e mantidas em sigilo, com acesso somente pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Elas serão guardadas por cinco anos em local seguro, e depois serão descartadas de maneira sigilosa. Os seus dados de identificação pessoal não serão divulgados.

A amostra de sangue coletada durante esta pesquisa, conforme descrito acima, será utilizada apenas para os propósitos descritos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável: Robatta R. P. de Brito

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo(a) pesquisador(a) – _____ – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-001, Fone: (35) 3701-9016, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, _____ de _____ de _____ .

(Nome por extenso do sujeito ou responsável legal)

(Assinatura do sujeito ou responsável legal)

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética, Dados do Projeto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXO NÍVEL DE APOIO SOCIAL E O COMPRIMENTO DOS TELÔMEROS EM IDOSOS

Pesquisador: TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85218518.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.668.936

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que foi submetido para apreciação pela Chamada FAPEMIG 01/2018 - Demanda Universal e aborda tema relevante para ciência da saúde com a temática relacionada entre associação do apoio social e o comprimento telômeros entre a população idosa.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são claros, bem definidos, coerentes e exequíveis.

Objetivo Primário:

Analisar a associação entre apoio social e o comprimento telômeros entre idosos.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar o perfil dos idosos segundo características sociodemográficas, de saúde e apoio social;
2. Identificar o comprimento dos telômeros dos idosos;
3. Identificar a associação entre o baixo nível de apoio social e o encurtamento dos telômeros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos de execução do projeto foram bem avaliados, encontram-se bem descritos no projeto e

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 2.668.926

o pesquisador também apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva para cada risco. Os benefícios oriundos da execução do projeto foram apresentados pelo pesquisador de forma adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia da pesquisa mostra-se adequada aos objetivos do projeto e atualizada. O referencial teórico revela-se atualizado e suficiente para aquilo que se propõe. O cronograma de execução da pesquisa é coerente e adequado com os objetivos propostos e com a tramitação do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado
- f. Folha de rosto - Presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado
- h. Termo de Doação de Material Biológico- Presente e adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação da aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1093166.pdf	17/04/2018 10:21:26		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocompromisso.pdf	17/04/2018 10:21:00	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Acelto

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-0153 Fax: (35)3701-0153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.658.936

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_FAPEMIG_2018.pdf	17/04/2018 10:20:30	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/04/2018 10:20:13	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/03/2018 15:42:00	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Acelto
Outros	termofoacao.pdf	13/03/2018 15:41:05	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Murilo César do Nascimento
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.eticoa@unifal-mg.edu.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética, Dados da Emenda

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXO NÍVEL DE APOIO SOCIAL E O COMPRIMENTO DOS TELÔMEROS EM IDOSOS

Pesquisador: TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 85218518.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.034.837

Apresentação do Projeto:

Título - ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXO NÍVEL DE APOIO SOCIAL E O COMPRIMENTO DOS TELÔMEROS EM IDOSOS

Estudos recentes apontam que as trocas de apoio social são um importante preditor de saúde durante toda a vida. A qualidade das relações e a quantidade de pessoas que compõem a rede social do indivíduo tem sido associadas à maior morbidade e mortalidade, especialmente na velhice, o que suscita a ideia de que a troca de apoio social esteja associada ao processo de envelhecimento. Considerando que o tamanho dos telômeros tem sido utilizado como um indicador do envelhecimento celular e que pesquisas nessa área são escassas na literatura, principalmente à nível populacional, o objetivo geral desse projeto é analisar a associação entre apoio social e o comprimento telomérico entre idosos. Será realizado um estudo quantitativo com delineamento transversal do tipo analítico com uma amostra probabilística de 557 idosos não institucionalizados, residentes na área urbana de Alfenas, MG. A coleta de dados será realizada em duas etapas, sendo que na primeira será realizada entrevista pessoal e na segunda, coleta de sangue. A amostra sanguínea será utilizada para a quantificação relativa do tamanho dos telômeros por meio da qPCR em tempo real. Durante as entrevistas será utilizado um questionário contendo questões sobre aspectos sociodemográficos, condição geral de saúde e a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 6.034.837

Espera-se que o baixo nível de apoio social esteja associado ao encurtamento telomérico em idosos. Uma vez confirmada essa hipótese, os resultados desse estudo contribuirão para o avanço científico na área da gerontologia ao mostrar a relação entre aspectos genéticos e comportamentais na longevidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar a associação entre apoio social e o comprimento telomérico entre idosos.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar o perfil dos idosos segundo características sociodemográficas, de saúde e apoio social;
2. Identificar o comprimento dos telômeros dos idosos;
3. Identificar a associação entre o baixo nível de apoio social e o encurtamento dos telômeros.
4. Verificar se a associação entre o baixo nível de apoio social e o encurtamento dos telômeros pode influenciar a ocorrência de desfechos adversos (COVID-19, internação hospitalar e óbito).

PARECER: os objetivos são claros e bem definidos; coerentes com a propositura geral do projeto; exequíveis (considerando tempo, recursos e método)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Estima-se que a entrevista poderá proporcionar desconforto e cansaço devido a duração provável estimada em 1 hora. Além disso, os questionamentos podem gerar constrangimento. Caso o participante demonstre ou verbalize desconforto, cansaço ou constrangimento pelas perguntas do questionário, é possível interromper a entrevista a qualquer momento e remarcar para outra data a ser indicada pelo participante. Além disso, a aplicação do questionário poderá ocasionar algum tipo de constrangimento aos voluntários que pode ser minimizado ao serem coletados a nível individual em local restrito.

Observamos que há possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta de sangue, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmaio e infecção. Esses riscos e desconfortos devem ser minimizados pela realização do procedimento com técnica adequada por um profissional habilitado.

Em caso de identificação de alguma alteração ou risco à saúde durante a realização da entrevista e coleta da amostra de sangue, o participante será imediatamente encaminhado ao serviço de saúde pelos próprios pesquisadores. Em caso de detecção de resultados negativos, será redigida uma carta padrão de encaminhamento, onde constarão indicações não específicas para que o participante não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.034.837

faça auto-diagnóstico ou auto-medicação. A indicação nesta carta será da ordem de: "O Sr(a) XXXX está atualmente participando de uma pesquisa para avaliar as condições de saúde, conduzida por pesquisadores da Universidade Federal de Alfenas. Nesta pesquisa foi detectada uma alteração XXXX e, por isso, encaminhamos para uma avaliação mais completa no serviço de saúde". A carta de encaminhamento será entregue para que o participante procure o serviço de saúde de sua preferência.

Quanto aos dados secundários, os riscos envolvem possível estigmatização pela divulgação de informações referentes aos dados de identificação das pessoas idosas, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais e perda e/ou danos físicos às fichas de registro/notificação. As medidas minimizadoras desses riscos serão: limitar o acesso aos registros apenas às informações que serão coletadas pelo tempo previsto no cronograma; garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) por meio do treinamento e orientação do responsável pela coleta; e garantia de zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas em arquivo de acesso controlado pela responsável pela pesquisa, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

Benefícios: Os benefícios diretos aos voluntários serão da ordem de: conhecimento sobre as próprias condições de saúde e autoconhecimento. Como forma de agradecimento, os pesquisadores farão, ao final da entrevista, uma rápida orientação sobre a importância da alimentação adequada e da prática de atividade física no processo do envelhecimento saudável, com entrega de um folheto explicativo. Não serão fornecidas prescrições individualizadas de nenhuma natureza. Em relação aos benefícios, os resultados do estudo podem subsidiar e fortalecer políticas públicas de estímulo à participação social para idosos, além de fortalecer a pesquisa envolvendo material genético. Para os voluntários os

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.034.837

resultados auxiliarão na tomada de decisões saudáveis para a saúde a fim de minimizarem os riscos para o agravamento da condição crônica.

PARECER: os riscos de execução do projeto foram bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto; os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos; e, para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PARECER: Método da pesquisa está adequado; Referencial teórico da pesquisa está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe; Cronograma de execução da pesquisa é coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequado
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- h. Termo de compromisso do pesquisador - presente e adequado
- i. Instrumento - presente e adequado
- j. Solicitação de dispensa de TCLE - presente e adequado

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

PENDÊNCIA 1. Apresentar solicitação de dispensa de TCLE, considerando que a coleta de dados secundários prevê riscos ao participante, como mencionado no projeto detalhado (pg. 14).

RESPOSTA: Foi incluído o documento de solicitação de dispensa de TCLE como apêndice (pg. 12 e pg.50).

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.034.837

PENDÊNCIA: ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Adequar o cronograma de acordo com o tempo de tramitação do projeto no CEP, considerando o início da coleta de dados secundários, após a emissão de parecer do CEP.

RESPOSTA: o cronograma foi adequado de acordo com o tempo de tramitação do projeto no CEP, considerando o início da coleta de dados secundários em julho de 2023, após a emissão de parecer do CEP (pg. 15).

PENDÊNCIA: ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a coordenação emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2093006_E1.pdf	28/04/2023 08:53:07		Aceito
Outros	cartaresposta.doc	28/04/2023 08:50:49	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	Solicitacao_Dispensa_TCLE.pdf	28/04/2023 08:50:08	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_FAPEMIG_2018_emenda.docx	28/04/2023 08:49:26	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.pdf	23/02/2023 10:32:43	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	declaracaocompromisso_assinado.pdf	23/02/2023 10:25:10	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	TAI_assinado.pdf	23/02/2023 10:24:49	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	TCUD_assinado.pdf	23/02/2023 10:24:11	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocompromisso.pdf	17/04/2018 10:21:00	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.034.837

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/04/2018 10:20:13	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/03/2018 15:42:00	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito
Outros	termodoacao.pdf	13/03/2018 15:41:05	TABATTA RENATA PEREIRA DE BRITO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 02 de Maio de 2023

Assinado por:

Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br