

O processo de envelhecimento populacional, apoio social e a institucionalização de idosos

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade - UFPB/HULW (fabi.louise@gmail.com)

RESUMO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como natural, mediante diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Porém, em situações de sobrecarga, como no surgimento de doenças, principalmente crônico-degenerativas, associadas a fatores externos como viuvez, aposentadoria irrisória e morte de familiares, pode desencadear uma condição patológica que requeira assistência (BRASIL, 2006; CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETO, 2006; DIMOPOULOS ET AL., 2016). A maior ou menor participação destes fatores têm sido associada ao surgimento da síndrome da fragilidade, de incapacidade funcional, dependência em atividades da vida diária (AVD) (STRAWBRIDGE et al., 1998; WINOGRAD et al., 1991; WOODHOUSE et al., 1998).

Palavras-chave: Envelhecimento. Apoio Social. Idoso.

INTRODUÇÃO

Acredita-se que a ruptura de laços sociais possa agravar o aparecimento de eventos adversos à saúde em pessoas idosas, já que, para alguns autores, a ausência do apoio social afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torne mais susceptível a doenças (CASSEL, 1974; COBB, 1976; MORLEY et al., 2002, WOO et al., 2005). De acordo com esse conceito, os laços sociais e o apoio estabelecido por idosos teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse (GRIEP et al., 2005).

Embora os mecanismos de ação exercidos pelo apoio social no sistema imunológico ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses são apresentadas de maneira básica. Na primeira, o apoio social atuaria como “tampão”, ou seja, impedindo a resposta do organismo em forma de doença, em consequência a grandes perdas ou rupturas emocionais (COHEN, WILLS, 1985). Na segunda hipótese, poderia reforçar a sensação de controle sobre a própria vida, implicando em efeitos positivos sobre a saúde (RODIN, 1986).

Há algumas décadas, o cuidado a pessoas idosas se dava no contexto familiar. Com as mudanças no tamanho e conformação familiar, principalmente com a entrada da mulher no mercado de trabalho, houve uma maior dificuldade, por parte dos familiares, de assumirem tal responsabilidade. Como consequência, a institucionalização destes idosos tem sido uma opção de cuidado cada vez mais crescente (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009).

O idoso e o processo de envelhecimento populacional

O Brasil, em meados da metade do século XX, passava por um momento caracterizado por altas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade. Nesse período, a população brasileira sofreu as primeiras transformações, com a redução dos níveis de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer. Maior acesso da população a redes gerais de água e esgotamento sanitário, além de melhorias na atenção à saúde e acesso a campanhas de vacinação contribuíram decisivamente para tal fato (ONRAM, 2005; VASCONCELOS; GOMES, 2012). No entanto, na mesma época, a taxa de natalidade estava acima de 40 nascimentos por mil habitantes e as mulheres tinham, em média, mais de seis filhos. A partir da década de 1970, ocorreram as transformações da fecundidade, principalmente, com a escolarização das mulheres e a sua inserção no mercado de trabalho, especialmente na área urbana (PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2009; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Assim, a transição demográfica foi marcada pela queda, mais acentuada a partir da década de 80, da taxa de mortalidade, seguida da queda da taxa de natalidade, provocando mudanças significativas na estrutura etária populacional (ONRAM, 2005; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Atualmente, as pessoas com 60 anos ou mais já representam 12,1% da população brasileira total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, em 2025, o Brasil será o sexto país no mundo com o maior número de idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

A expectativa de vida no país, atualmente, é de 75,7 anos e em 2030 e 2060 subirá para 78,7 e 81,2 anos respectivamente. O impacto desse crescimento, que em 2030 poderá exceder 40 milhões e em 2060 ultrapassar 60 milhões de pessoas no Brasil, é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013; PICCINI et al., 2006).

Simultaneamente à transição demográfica, ocorreu a transição nutricional, caracterizada pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento expressivo de sobrepeso e obesidade. Alguns fatores, como o êxodo rural e a industrialização, além da inserção da mulher no mercado de trabalho, transformaram a qualidade da alimentação, uma vez que as refeições antes produzidas pela figura da mulher deram lugar a alimentos industrializados, e até mesmo a realização das refeições fora do lar. Assim, a prevalência de sobrepeso e de obesidade aumentou consideravelmente e, conseqüentemente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cânceres (SOUZA, 2010). Tais fatores, associados com o avanço da Medicina e tecnológico, contribuíram para a alteração do perfil epidemiológico do idosos no país (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A transição epidemiológica em alguns países da Europa e nos Estados Unidos evoluiu em cerca de um a dois séculos, enquanto na América Latina e no Brasil se iniciou mais tardiamente, de forma mais rápida, principalmente a partir da década de 50 do século passado, perfazendo um período de 50 anos (RAMOS, 2006). Tal transição alterou o panorama epidemiológico relativo a morbimortalidade da população idosa, em que as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), altamente prevalentes na população jovem, diminuíram sua incidência, enquanto as DCNT aumentaram sua prevalência (RAMOS, 2006). Porém, devido a persistência de doenças associadas à miséria e exclusão social, a exemplo da tuberculose e a hanseníase; a alta incidência da malária; e as recorrentes epidemias da dengue, o Brasil não seguiu o modelo clássico de transição epidemiológica, o que exige contínuas inovações dos modelos de vigilância em um contexto social diverso e complexo (DUARTE; BARRETO, 2012).

Assim, mesmo que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009).

O processo de envelhecimento da população brasileira está associado ao surgimento de doenças crônicas mais complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009). Tais complicações facilitam o surgimento de desfechos negativos à saúde, como a incapacidade funcional e, mais recentemente, a fragilidade (GOBBENS et al., 2010).

Assim, o envelhecimento da população brasileira tem se apresentado como um grande desafio, no que diz respeito às políticas de saúde e políticas sociais que visam preservar a saúde e a qualidade de vida da população idosa (COSTA; FAVÉRO, 2010). O discurso atual

das políticas de atenção ao idoso prevê uma redistribuição de atividades, prevendo a participação do Estado, da sociedade e da família nas ações de proteção e assistência ao idoso. Assim, percebe-se o incentivo à participação dos setores público e privado na atuação dessas políticas (SANTOS; SILVA, 2013).

Porém, a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento da população idosa, registrado no Brasil principalmente nesse início do século XXI, traz como consequência a distorção das responsabilidades sobre o idoso dependente, que acaba sendo assumida por seus familiares como um problema individual ou familiar, devido à ausência ou precariedade do suporte do Estado (SANTOS; SILVA, 2013).

As redes de apoio social dos idosos

O apoio social ainda é um conceito em construção, que representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (SLUZKI, 1997; DUE et al., 1999). Este pode ser do tipo instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; afetivo, que envolve expressões de amor e afeição; emocional, refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; e interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento (DUE et al., 1999, OSTERGREN et al., 1991, PINTO et al., 2006).

As redes de apoio social ao idoso podem ser consideradas formais e informais. As redes formais são compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros. Já as redes informais constituem a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos (LEMOS; MEDEIROS, 2002). Além disso, cada membro da rede social pode ser analisado segundo a versatilidade (quantas das funções as pessoas amigas desempenham), reciprocidade (se o indivíduo assistido também desempenha função equivalente), intensidade (ou compromisso da relação, definida como grau de intensidade), frequência dos contatos e história da relação (SLUZKI, 1997).

Pagotto et al. (2011), Rosset et al. (2011), Duarte et al. (2005), Lima-Costa et al. (2004) constataram que 9,4%, 13,2%, 13,1% e 16,5% dos idosos moravam só. Segundo Cesar et al. (2008) e Tohme et al. (2011), os principais determinantes de viver sozinho são a renda familiar e pessoal, como também a satisfação com os rendimentos.

Dados da pesquisa SABE (LEBRÃO; DUARTE, 2003) e Rede FIBRA (COSTA; CEOLIM; NERI, 2011) constataram que 57,0% e 52,5% da população idosa entrevistada possuía companheiro. Para Camarano (2006), após separação do cônjuge ou viuvez, as idosas têm tendência a permanecerem sozinhas. Já os homens se casam novamente.

Dados do National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP) (CORNWELL et al., 2009), que objetivava estudar as relações sociais dos idosos americanos, relataram que em média as mulheres obtiveram 61,1 contatos e os homens, 53,4 contatos a fim de discutir "assuntos importantes". Para Cornwell et al. (2009), o termo "assuntos importantes" já está bem estabelecido em pesquisas sociais e provoca o uso de nomes de pessoas fortemente acessadas por idosos, em que a influência social são suscetíveis de atuar.

Fiori et al. (2007) também observaram que os idosos residentes em Berlim obtiveram média de 4,12 ($\pm 1,7$) contatos regulares com familiares e 3,14 ($\pm 1,9$) com amigos. Estudo com idosos franceses constatou que 38,3% mulheres e 41,0% homens possuíam até 2 contatos regulares (FUHRER et al., 1999). Já Cornwell et al. (2009) identificaram que 27,7% dos idosos possuíam baixa frequência de pessoas para discutir "assuntos importantes".

Quanto ao apoio efetivamente recebido, Lebrão e Duarte (2003) observaram que 78,0% dos idosos recebiam ajudas regulares em serviços e 20,0% por intermédio de companhia. Estes autores afirmam que os filhos também são os maiores fornecedores de ajuda, totalizando 82,5% dos filhos que residiam no mesmo domicílio e 39,8% por filhos que residiam em outro domicílio (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Em outro estudo, Avlund et al (1998) observaram que apenas 25% das mulheres e 7% dos homens receberam ajuda nas tarefas domésticas no mês anterior à entrevista.

Guedea et al. (2006) afirmam que ser provedor de apoio contribui significativamente para o aumento da satisfação do idoso com a vida e para a diminuição dos seus afetos negativos. Due et al. (1999) observaram que, geralmente, as mulheres possuem redes de apoio maiores e mais próximas. No entanto, as mulheres nem sempre têm os mesmos benefícios de saúde de suas redes sociais quanto os homens, visto que os tipos de contatos e a ajuda oferecida por estes diferem entre os gêneros. Enquanto as mulheres possuem mais contatos com seus filhos e pouco contato com amigos, os homens geralmente possuem a mesma quantidade de contato com ambos (DUE et al., 1999).

Em estudo realizado com idosos mais velhos de Ribeirão Preto (PEDRAZZI, 2008) obtiveram maiores médias para o tamanho da rede nas diversas modalidades (4,2 para visita; 4,9 para companhia; 3,6 para tarefas domésticas; 3,2 para cuidado pessoal; e 3,0 para ajuda financeira). Esta maior frequência encontrada em idosos mais velhos decorre do fato destes possuírem necessidades e recursos diferentes. Além disso, idosos com mais de 80 anos têm mais chances de terem perdido seu cônjuge e viverem sozinhos, como também se encontrarem com uma condição de saúde mais debilitada (ALVARENGA et al., 2011).

Alvarenga et al. (2011) observaram que 30,6% dos entrevistados possuíam rede pequena para a modalidade visita; 61,1% para companhia; 78,3% para tarefas domésticas; 71,4% para cuidado pessoal; e 54,5% para ajuda financeira. Pedrazzi (2008) e Alvarenga et al. (2011) também destacaram a família como maior provedora de ajudas.

Estudos epidemiológicos já identificaram associação entre o apoio social e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde (BERKMAN; SYME, 1979, KAPLAN et al., 1998, VOGT et al., 1992, DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997, DALGARD; HAHEIM, 1998, STROGATZ; JAMES, 1986, HANSON; OSTERGREN, 1987, FRATIGLIONE et al., 2000). A forte e consistente associação inversa entre maior apoio social e menor mortalidade geral, foi um dos primeiros efeitos identificados sobre a saúde (BERKMAN; SYME, 1979, KAPLAN et al., 1998). Investigações posteriores também confirmaram a relação entre a magnitude do apoio social com maior sobrevida após diagnóstico de doença coronariana, acidente vascular cerebral e neoplasias malignas (VOGT et al., 1992, DRESSLER; BALIEIRO; SANTOS, 1997, DALGARD; HAHEIM, 1998). Além disso, o apoio social também foi associado de maneira inversa com a incidência de insônia, frequência de hipertensão arterial e risco de demência (STROGATZ; JAMES, 1986, HANSON; OSTERGREN, 1987, FRATIGLIONE et al., 2000).

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

A institucionalização de idosos

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 229, dispõe que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” e, no artigo 230, preconiza que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar,

garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Assim, a legislação brasileira expande o cuidado dos idosos à sociedade e ao Estado, garantindo direitos humanos básicos à população dessa faixa etária, que se encontra cada vez mais vulnerável (CARVALHO, 2014).

Todavia, com a redução da fecundidade e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, aumenta cada vez mais a busca para que o cuidado de idosos dependentes seja dividido com o Estado e o mercado privado. Diante desse contexto, uma das alternativas de cuidados não familiares existentes corresponde às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sejam públicas, filantrópicas ou privadas (CAMARANO; KANSO, 2010).

Rubenstein e Nasr (1996) afirmaram que a institucionalização também depende da estrutura etária, desenvolvimento de um país, fatores culturais e financeiros, grau de suporte familiar e disponibilidade de serviços alternativos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define as ILPI como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005). No Brasil, a origem das ILPI está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Por esta razão, muitas das instituições brasileiras se auto-denominam abrigos (CAMARANO; KANSO, 2010).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mediante pesquisa realizada em todo o território nacional entre 2006 e 2010, localizou 3.548 instituições no território brasileiro, distribuídas em aproximadamente 29,0% dos municípios. A grande maioria era filantrópica (65,2%), incluindo as religiosas e laicas. As privadas constituíram 28,2% do total e apenas 6,6% eram públicas ou mistas. Aproximadamente 2/3 das instituições brasileiras estavam localizadas na região Sudeste, sendo que apenas o estado de São Paulo concentrava 34,4% delas. Assim, na região Sudeste, encontravam-se 63,5% das instituições brasileiras para 46,9% da população idosa residente desta localidade. No entanto, a região Nordeste concentrava 25,9% da população idosa brasileira e apenas 8,5% das instituições brasileiras (CAMARANO; KANSO, 2010). Considerando o Brasil como um todo, foram encontrados 103 mil idosos institucionalizados, o que representava aproximadamente 0,8% da população idosa. No caso do Nordeste esta proporção ainda é bem mais baixa, em torno de 0,3% (CAMARANO, 2008). Esses valores podem estar superestimados, visto que também foram considerados neste grupo de idosos todos os residentes em domicílios coletivos, como: hotéis, pensões, recolhimentos, conventos, penitenciárias, quartéis, postos militares, navios, alojamento de trabalhadores, entre outros (IBGE, 2009).

Diante do exposto, foi constatado que a situação atual das ILPI ainda é precária em termos de estrutura e recursos humanos. Além disto, devido às dificuldades orçamentárias atuais, principalmente nas instituições sem fins lucrativos, a melhoria da qualidade dos serviços dentro dos recursos disponíveis existentes é um desafio para os administradores destas instituições (YOUNG et al., 2010). Somado a esses fatores, os idosos residentes em ILPI são caracterizados por terem idade avançada, morbidades, deficiências e fragilidade (TOLSON et al., 2011). Gutman et al. (2001) demonstraram uma associação positiva significativa entre o número de doenças crônicas, idade avançada, maiores complicações de saúde, declínio cognitivo e institucionalização.

Logo, a população idosa, principalmente aquela considerada mais vulnerável, como é o caso dos idosos institucionalizados, muitas vezes experimentam doenças agudas ou agravamento de doenças crônicas que pode exigir hospitalização (MURRAY; LADITKA, 2010). Tradicionalmente, as ILPI são equipadas para cuidar de idosos frágeis que precisam de assistência com as atividades diárias por causa de limitações funcionais (YOUNG et al.,



2010). Porém, não deve ser considerada como estabelecimento de saúde, apesar de muitas ILPI fornecerem serviços médicos e medicamentos (CAMARANO; KANSO, 2010). Dessa forma, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições, faz-se necessária a reestruturação de serviços e programas de saúde para que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país (SIQUEIRA et al., 2004; VERAS, 2009).

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M. T.; HOLSTEIN, B. E. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. **Soc Sci Med.**, v. 47, n. 5, p. 635-643, 1998.

BERKMAN LF, S. S. L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. **Am J Epidemiol**, v. 109, n. 2, p. 186-204, 1979.

BRASIL Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

CAMARANO, A. A. **Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Nordeste**. Brasília: IPEA, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CARVALHO, V. L. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 184-191, jun. 2014.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2006.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **Am J Public Health**, v. 64, n. 11, p.1040-1043, 1974.



CESAR, J. A.; OLIVEIRA-FILHO, J. A.; BESS, G.; CEGIELKA, R.; MACHADO, J.; GONÇALVES, T. S. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, 2008.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COHEN S, W. T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n.2, p. 310-357, 1985.

CORNWELL, B.; SCHUMM, L. P.; LAUMANN EO, G. J. Social Networks in the NSHAP Study: Rationale, Measurement, and Preliminary Findings. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 64B, suppl1, p. i47–i55, 2009.

COSTA, S. V.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 920-927, 2011.

COSTA, F. G.; FAVÉRO, M. H. A transformação das sociais representações do envelhecer: uma proposta de intervenção. **Fragments de Cultura**, Goiânia, v. 20, n. 5/6, p. 255-266, maio/jun. 2010.

DALGARD, O. S.; HAHEIM, L. L. Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. **J Epidemiol Community Health**. v. 52, n. 8, p. 476-481, 1998.

DIMOPOULOS, N.; PIPERI, C.; SALONICIOTI, A.; PSARRA, V.; GAZI, F.; PAPANITRIOU, A. et al. Correlation of folate, vitamin B12 and homocysteine plasma levels with depression in an elderly Greek population. *Clinical Biochemistry*. 2007; 40:604-608. ÅGOTNES, Gudmund et al. A critical review of research on hospitalization from nursing homes; what is missing? **Ageing International**, Nova Iorque, v. 41, n. 1, p. 3-16, out. 2016.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C.; SANTOS, J. E. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. **Cult Med Psychiatr**, v. 2, n. 3, p. 303-335, 1997.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

DUE, P.; HOLSTEIN B, L. R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: Network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

FIORI, K. L.; SMITH, J.; ANTONUCCI, T. C. Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. **J Ger B Psychol Sci Soc Sci**, v. 62, n. 6, p. P322-P330, 2007.



FRATIGLIONE, L.; WANG, H. X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M.; WINBLAD, B. Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. **Lancet**, v. 355, n. 9212, p.1315-1319, 2000.

FUHRER, R.; DUFOUIL, C.; ANTONUCCI, T. C.; SHIPLEY, M. J.; HELMER, C.; DARTIGUES, J. F. Psychological disorder and mortality in French older adults: do social relations modify the association? **Am J Epidemiol**, v. 149, n. 2, p. 116-126, 1999.

GOBBENS, R. J. J. et al. Determinants of Frailty. **Journal of the American Medical Directors Association**, Washington, v. 11, n. 5, p. 356-364, jun. 2010.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 213, p. 703-714, 2005.

GUEDEA, M. T. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; TRÓCCOLI, B. T.; NORIEGA, J. A. V.; SEABRA, M. A. B.; GUEDEA, R. L. D. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol Reflex Crit**, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

GUTMAN, G. M. et al. Contribution of self-reported health ratings to predicting frailty, institutionalization, and death over a 5-year period. **International Psychogeriatric**, Cambridge, v. 13, supl. 1, p. 223–231, fev. 2001.

HANSON, B. S.; OSTERGREN, P. O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study “Men born in 1914”, Malmo, Sweden. **Soc Sci Med**, v. 25, n.7, p.849-859, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013.

KAPLAN, G. A.; SALONEN, J. T.; COHEN, R. D.; BRAND, R. J.; SYME, S. L.; PUSKA, P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from Eastern Finland. **Am J Epidemiol**, v. 128, n. 2, p. 370-380, 1988.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. **Suporte social ao idoso dependente**. In: Freitas EV, Cançado FAX, Gorzoni ML (Org). Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

MORLEY, J.; PERRY, H. M.; MILLER, D. K. Something about frailty. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 57A, n. 11, p. M698-M704, 2002.



MURRAY, L. M.; LADITKA, S. B. Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: Implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. **Journal of the American Medical Directors Association**, Washington, v. 11, n. 4, p. 231-238, maio 2010.

ONRAM, A. R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **The milbank memorial fund quarterly**, Malden, v. 83, n. 4, p. 731-757, dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Population aging: a public health challenge**. Geneva, 1998.

OSTERGREN PO, H. B. S.; ISACSSON, S. O.; TEJLER, L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. **Soc Sci Med**, v. 33, n. 3, p. 257-267, 1991.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, 2011.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo Domiciliar e Apoio dos Familiares aos Idosos mais velhos. Ribeirão Preto**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2008.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta em atenção básica em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006.

PINHEIRO, L.; GALIZA, M.; FONTOURA, N. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 851-859, dez. 2009.

PINTO, J. L. G.; GARCIA, A. C. O.; BOCCHI, S. C.; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RODIN, J. Aging and health: effects of the sense of control. **Science**, v. 233, n. 4770, p. 1271-1276, 1996.

ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J. L. F.; HAAS, V. J.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

RUBENSTEIN, L. Z.; NASR, S. Z. Health service use in physical illness. In: EBRAHIM, S.; KALACHE, A. (Org.). **Epidemiology in old age**. London: BMJ Publishing Group, 1996.

SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, pp.



358-371, abr./jun. 2013.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, out. 2004.

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

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA, Volta Redonda**, n. 13, p. 49-53, ago. 2010.

STRAWBRIDGE, W. J.; SHELMA, S. J.; BALFOUR, J. L.; HIGBY, H. R.; KAPLAN, G. A. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 53, n. 1, p. 9-16, 1998.

STROGATZ, D. S.; JAMES, S. A. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural southern community. **Am J Epidemiol**. v. 124, n. 6, p. 949-956, 1986.

TOHME, R. A.; YOUNT, K. M.; YASSINE, S.; SHIDEED, O.; SIBAI, A. M. Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? **Ageing and Society**, v. 31, n. 1, p. 1-17, 2011.

TOLSON, D. et al. International association of gerontology and geriatrics: a global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. **Journal of the American Medical Directors Association**, Washington, v. 12, n. 3, p.184-189, mar. 2011.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F.. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez. 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, maio/jun. 2009.

VOGT, T. M.; MULLOOLY, J. P.; ERNST, D.; POPE, C. R.; HOLLIS, J. F. Social Networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. **J Clin Epidemiol**, v. 45, n. 6, p. 659-666, 1992.

WATANABE, H. A. W.; DI GIOVANNI, V. . Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, abr. 2009.

WINOGRAD, C. H.; GERETY, M. B.; CHUNG, M.; GOLDSTEIN, M. K.; DOMINGUEZ, F. J.; VALLONE, R. et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **JAGS**, v. 39, n. 8, p. 778-784, 1991.

WOODHOUSE, K. W. et al. Who are the Frail Elderly? **Quarterly Journal of Medicine**, Oxford, v.68, n.255, p. 505-506, jul. 1988.

YOUNG, Y. et al. Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing. **Journal of the American Geriatrics Society**, Nova Iorque, v. 58, n. 5, p. 901-907, maio 2010.