

A relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade segundo o paradigma de desenvolvimento *lifespan*

The relationship between biopsychosocial factors and clinical outcomes of hospitalization, institutionalization and mortality according to the *lifespan* development paradigma

DOI:10.34117/bjdv6n11-124

Recebimento dos originais: 19/10/2020

Aceitação para publicação: 06/11/2020

Gabriela Campana Barbosa

Doutoranda em Desenvolvimento Humano e Processos Sócio-Educativos

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Instituto de Ciências Humanas, Campus Universitário - Rua José Lourenço Kelmer – São Pedro, Juiz de Fora, MG – CEP: 36036-900

E-mail: gabriela_campanakta@hotmail.com

Thais Knopp de Faria

Doutoranda em Desenvolvimento Humano e Processos Sócio-Educativos

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Instituto de Ciências Humanas, Campus Universitário - Rua José Lourenço Kelmer – São Pedro, Juiz de Fora, MG – CEP: 36036-900

E-mail: thais.knopp@hotmail.com

Pricila Cristina Correa Ribeiro

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627 – Pampulha, Belo Horizonte, MG – CEP: 31270-901

E-mail: pricilaribeiro@ufmg.br

Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Doutora em Linguística

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Faculdade de Fisioterapia, Departamento de Saúde do Idoso, do Adulto e Materno-Infantil

Avenida Eugênio do Nascimento, s/n - Dom Bosco, Juiz de Fora - MG, 36038-330

E-mail: claudia.marmora@ufjf.edu.br

RESUMO

Envelhecer causa diversas alterações no organismo que podem trazer perdas ao indivíduo e culminar na maior possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas, principais responsáveis pelos desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade nos idosos. Entretanto, estes desfechos não são influenciados apenas por aspectos biológicos e fisiológicos. O objetivo deste trabalho é analisar como questões biopsicossociais podem estar relacionadas a estes desfechos e, a partir do paradigma *lifespan*, apresentar possibilidade de manejo das perdas vivenciadas durante o

desenvolvimento, na busca por um envelhecimento bem-sucedido. Para tanto, a metodologia utilizada consistiu em uma pesquisa bibliográfica, a partir de uma revisão da literatura. De maneira geral, o isolamento social, a falta de apoio, o baixo nível de instrução e escolaridade e as mudanças que ocorreram na composição e organização das famílias foram os fatores psicossociais que mais se associaram à vivência dos desfechos clínicos investigados. O paradigma lifespan ofereceu bases para dialogar sobre as possibilidades que se abrem mesmo diante das perdas experimentadas na senescência, abarcando mecanismos de otimização para que esta etapa do ciclo da vida seja vivenciada da melhor maneira possível.

Palavras-Chave: Idoso, Hospitalização, Institucionalização, Mortalidade, Condição sócia, Lifespan.

ABSTRACT

Aging causes several changes in the organism that can bring losses to the individual and culminate in the greater possibility of developing chronic diseases, which are mainly responsible for the clinical outcomes of hospitalization, institutionalization and mortality in the elderly. However, these outcomes are not influenced only by biological and physiological aspects. The aim of this paper is to analyze how biopsychosocial issues can be related to these outcomes and, based on the lifespan paradigm, to present the possibility of managing the losses experienced during development, in the search for successful aging. Therefore, the methodology used consisted of a bibliographic search, based on a literature review. In general, social isolation, lack of support, low level of education and education and the changes that occurred in the composition and organization of families were the psychosocial factors that were most associated with the experience of the clinical outcomes investigated. The lifespan paradigm offered the basis to discuss the possibilities that open up even in the face of the losses experienced in senescence, encompassing optimization mechanisms so that this stage of the life cycle is experienced in the best possible way.

Keywords: Elderly, Hospitalization, Institutionalization, Mortality, Social condition, Lifespan.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se constitui como uma das mais importantes mudanças demográficas e sociais observadas em quase todo o mundo. Esse fenômeno, que inicialmente foi percebido apenas em países desenvolvidos, ocorre atualmente com grande velocidade nos países em desenvolvimento, caracterizando-se como uma conquista do século XX, ao mesmo tempo em que também se torna um desafio contemporâneo de escolhas feitas para viver esse período da vida perpassado pelo processo da globalização (DOS SANTOS, DE OLIVEIRA, KAMIMURA & OLIVEIRA, 2020; VERAS & OLIVEIRA, 2018).

De acordo com dados divulgados por um relatório da World Health Organization (WHO, 2015), pela primeira vez na história a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais; considerando que aumentos na expectativa de vida, combinados com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade contribuiram para o rápido envelhecimento das populações. Entretanto, a amplitude das oportunidades que surgem com o aumento da longevidade depende diretamente das condições de saúde

vivenciadas pelos idosos, ou seja, viver mais é relevante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais experienciados (VERAS & OLIVEIRA, 2018).

Quando a manutenção da saúde não se constitui como uma possibilidade, importantes questões surgem para o indivíduo e para a sociedade no enfrentamento de fragilidades biológicas, sociais, econômicas e espirituais resultantes da deterioração das funções físicas e mentais associadas ao desgaste provocado pelo processo de envelhecimento (MORAES, 2009). Contudo, envelhecer não significa linearmente adoecer. Os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços de saúde adequados maior qualidade de vida nessa etapa do desenvolvimento. O que se discute no contexto atual de acentuada desigualdade social e pobreza é exatamente a ideia de quem ou quantos são os idosos que conseguem, de fato, utilizar esses serviços (VERAS, 2009).

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. No Brasil, o alto custo dos serviços de saúde é concentrado em um pequeno subgrupo da população idosa, aqueles com 80 anos e mais que, em alguns casos, podem ser considerados como mais frágeis e debilitados (MOREIRA, 2017). Neste sentido, desde meados da década de 80 busca-se estudar de maneira mais efetiva a identificação de quais seriam os fatores determinantes de saúde e/ou adoecimento ao longo da vida, baseando-se na importância de investimentos em ações de prevenção, em virtude do potencial destes investimentos na busca de soluções para os desafios da atualidade (MIRANDA, MENDES & SILVA, 2016). Tudo isso é feito para que seja possível reduzir a morbidade e mortalidade associadas aos desfechos clínicos que mais acometem os idosos.

O presente artigo visa, a partir de uma revisão da literatura, indicar a relação entre fatores biopsicossociais com os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade nos idosos. Posteriormente, é apresentado o paradigma de desenvolvimento ao longo da vida, ou *lifespan*, descrito por seus principais autores Paul e Margret Baltes (BALTES & BALTES, 1990). Este constructo busca compreender melhor os aspectos relacionados ao desenvolvimento para além das fases da infância e adolescência. Sua proposição central é a de que o desenvolvimento não termina na vida adulta, mas que se estende por todo o curso da vida, envolvendo processos adaptativos que regulam as perdas e ganhos que os indivíduos têm ao longo do tempo. Os autores propõem que as bases para uma teoria do envelhecimento bem sucedido são aspectos cruciais destes processos adaptativos

que envolvem componentes de seleção, otimização e compensação, levando em consideração aspectos biológicos, culturais e contextuais, denominados de *aspectos biopsicossociais*.

A partir das colaborações teóricas que serão aqui apresentadas, espera-se contribuir para que haja uma maior discussão sobre a temática do desenvolvimento humano ao longo da vida na área de saúde do idoso, a fim de que se possa respaldar projetos e políticas de saúde pública e privada no sentido da promoção de um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido. A análise dos fatores biopsicossociais relacionados aos desfechos clínicos da hospitalização, institucionalização e mortalidade em idosos também torna-se relevante para que estes fatores sejam então conhecidos e, quando possível, prevenidos (ou minimizados), pensando-se na qualidade de vida e no bem estar da população investigada.

2 MÉTODO

O presente artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, caracterizada como revisão narrativa da literatura. Considerando o objeto de estudo referido acima, os artigos referentes à temática abordada foram pesquisados nos bancos de dados PubMed, PsycInfo, Periódicos Capes e Scielo, no período de março a julho de 2018, com espaço temporal de publicações de 2008 a 2018. No tópico relativo ao tema *lifespan* não foi possível manter este espaço temporal, já que as datas das obras do autor de referência foram publicadas em anos anteriores.

Foram utilizados os seguintes descritores: “Idoso”, “Institucionalização”, “Hospitalização”, “Mortalidade”, “Condição social” e “*Lifespan*”. Os descritores relacionados aos desfechos clínicos foram combinados, um a um, com os descritores “Idoso” e “Condição social”. Os critérios de inclusão foram: pesquisas empíricas que abarcassem o tema do estudo; dentro os textos relativos ao desenvolvimento ao longo da vida foram incluídos apenas aqueles escritos pelo próprio autor Baltes e seus colaboradores; textos que mencionassem uma associação entre fatores psicossociais e os desfechos pesquisados; período de publicação entre os anos de 2008 e 2018. Foram analisados artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre o tema, nos idiomas português e inglês.

Os textos que contemplaram os critérios de inclusão foram lidos na íntegra, com seu conteúdo analisado a partir dos objetivos da pesquisa e predicados teóricos.

3 RESULTADOS

3.1 A HOSPITALIZAÇÃO DOS IDOSOS

Com o envelhecimento, há a maior possibilidade do aparecimento de doenças que perduram por muitos anos e exigem cuidados constantes como medicação, exames rotineiros diversos e, em última instância, a hospitalização. Esta, por sua vez, se torna então cada vez mais frequente nesse período, com o tempo de ocupação do leito maior quando comparado a outras faixas etárias, caracterizando um aumento no uso dos serviços de saúde quando se trata dos idosos (VERAS & OLIVEIRA, 2018).

As alterações biológicas podem tornar o idoso menos capaz de manter seu equilíbrio interno quando se encontra submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações determinam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de óbito. A elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas, acrescida da ocorrência de várias comorbidades têm sido consideradas responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia dos idosos que apresentam necessidades peculiares (STHAL, BERTI & PALHARES, 2011). De acordo com a definição do conceito de saúde desenvolvido pelo OMS (1947), estar saudável não é apenas não estar doente, mas ter uma situação de “completo bem-estar físico, mental e social”. Sendo assim, tal definição indica que cuidar da saúde requer o exame e entendimento de fatores de forma sistêmica e integralizada. Isso se amplia quando se trata do idoso, devido à multiplicidade de fatores associados à saúde e heterogeneidade da população em idade avançada (ALVES, LEITE & MACHADO, 2008; PERES, 2008).

Em contextos como o do Brasil, a razão hospitalização/tamanho da população aumenta progressivamente com a idade e o impacto negativo de uma internação hospitalar sobre a saúde do idoso é um fato extremamente relevante e que envolve diferentes aspectos (VERAS & OLIVEIRA, 2018). Quando o idoso encontra-se hospitalizado, pode apresentar uma diminuição rápida de sua capacidade funcional e tem a possibilidade de receber a alta hospitalar muitas vezes com um status funcional inferior ao inicial, corroborando com uma espiral negativa de fragilização (PEREZ, 2008). Nos resultados encontrados no estudo de Barbosa (2019), a quantidade de medicamentos utilizados, número de consultas médicas no último ano e fatores relacionados com a capacidade funcional dos idosos apresentaram associação com este evento.

Dupre et al. (2017) destacaram alguns fatores não clínicos que contribuem para o melhor entendimento das disparidades no desenvolvimento, tratamento e prognóstico de pacientes com doença cardiovascular. Com relação à hospitalização, os autores apontaram que fatores socioeconômicos,

psicossociais e de comportamento estavam associados às admissões deste tipo de pacientes em instituições de saúde. De acordo com o que foi apresentado, a falta de apoio social e familiar é um fator preditor para doenças cardíacas devido à falta de recursos que este déficit acarreta e a maior angústia das pessoas que estão nessa situação. Estes fatores são contribuintes ativos para a vivência de resultados diversos com o adoecimento, o que inclui a admissão hospitalar e a permanência prolongada do paciente neste ambiente. Além disso, a baixa escolaridade e o fato de estar desempregado também apresentaram correlações positivas com a menor eficácia no cuidado com a saúde, concluindo que indivíduos sem uma ocupação efetiva apresentavam maiores níveis de estresse e de sintomas depressivos decorrentes .

Pimouguet et al. (2017) afirmaram que, de maneira geral, existe uma maior chance de admissão hospitalar em indivíduos que não são casados e naqueles que vivem sozinhos, com o isolamento social ocupando um lugar de destaque nas taxas de internação (RÖNNEIKKÖ et al., 2017). Dados sugerem que os idosos que moram sozinhos são mais propensos a usar certos tipos de serviços de saúde, como o serviço hospitalar. Isso pode ser devido à falta de cuidados prévios disponíveis no ambiente de casa, que pode gerar consequentes quadros patológicos; além da incapacidade de confiar em outras pessoas para avaliar suas necessidades de saúde ou devido à falta de apoio para a realização das atividades diárias necessárias para a sobrevivência, sobrecarregando o organismo (PIMOUGUET et al., 2017).

Dahberg, Agahi, Schön e Lennartsson (2018) examinaram admissões hospitalares planejadas e não planejadas em pessoas idosas na Suécia e encontraram que as internações foram influenciadas pela situação de assistência social das pessoas idosas. O fator social mais relevante associado às internações hospitalares planejadas foi a situação de moradia e cuidado, sendo que viver em uma instituição estava negativamente associado a essas internações. Tal informação pode ter sido encontrada pelo alto nível dos cuidados prestados nesses casos ou, em contrapartida, pela subnotificação desses eventos. O mesmo estudo também apontou que as internações hospitalares não planejadas foram associadas ao precário recebimento de ajuda domiciliar e aos baixos níveis de interação e participação social dos indivíduos (DAHBERG, AGAHI, SCHÖN e LENNARTSSON, 2018).

Alberte (2009) afirmou que estudos sobre suporte social, incluindo aspectos tais como renda familiar, situação conjugal e relações interpessoais, mostraram uma nítida associação entre a diminuição de suporte social com sintomas e distúrbios psicológicos. De acordo com Amaral, Guerra, Nascimento e Maciel (2013) um dos fatores importantes que afeta os sistemas de defesa do organismo, fazendo com que o indivíduo se torne mais suscetível às doenças, é a ausência de apoio social, sendo

que os laços sociais e o apoio estabelecido pelos idosos têm influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse.

O fato do maior agravamento de doenças crônicas, juntamente com as limitações para a realização de atividades de vida diária pode fazer com que os idosos necessitem de acompanhamento profissional especializado (LINI, PORTELLA & DORING, 2016). Entretanto, para que esse tipo de cuidado seja realizado, o idoso não precisa necessariamente estar hospitalizado, o que acaba encaminhando-os para a institucionalização.

3.1.1 A Institucionalização dos Idosos

No acolhimento institucional, as instituições asilares de caráter público, filantrópico ou particular vêm ganhando destaque como uma alternativa de cuidados não familiares. Segundo Moraes e Costa (2010), não há até então um conceito formalizado do que venha a caracterizar de forma mais específica uma instituição de acolhimento ou permanência para idosos. Porém, sabe-se que sua origem está vinculada aos asilos, que constituem a modalidade mais antiga e conhecida de “abrigo” e assistência na ausência de um lar compatível com uma nova realidade. Por isso, algumas dessas instituições se autodenominam como “abrigos” (MORAES & COSTA, 2010).

As questões de dependência dos idosos institucionalizados, juntamente com suas institucionalizações unicamente pelo fato de estarem doentes extrapolam a ideia de que uma instituição asilar deva prestar cuidados relacionados à assistência social. Estas demandas fazem com que haja uma preocupação cada vez maior com a assistência à saúde da população mais velha. A partir disso, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) em adaptação aos termos *Long-Term Care Institution* e *Nursing Homes*, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OLIVEIRA, 2016). Nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, a rede de cuidados com os idosos, principalmente os mais frágeis, inclui essa modalidade de assistência como uma das principais formas de atenção à essa população (GIACOMIN, 2012).

As ILPI's podem ser definidas como um tipo especial de instituição de natureza sócio sanitária (PINHEIRO, HOLANDA, MELO, MEDEIROS & LIMA, 2016). De acordo com a resolução RDC nº 283/2005 do Ministério de Saúde, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, elas se constituem 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 e dignidade e cidadania”. A institucionalização do

idoso nesses locais tem sido associada à disponibilidade dos serviços oferecidos, além das dificuldades econômicas e psicossociais das famílias para os cuidados necessários, sobretudo para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade e redução da capacidade, com consequente possibilidade de perda de autonomia da vida funcional (OLIVEIRA & NOVAES, 2013; PINHEIRO, HOLANDA, MELO, MEDEIROS & LIMA, 2016).

Uma ILPI deve fornecer um ambiente seguro, que promova o bem-estar do idoso institucionalizado, fornecendo cuidados especiais conforme as necessidades individuais e suprimindo as demandas de adaptação física e logística do espaço de convivência. Nestes locais, devem ser fornecidas condições para que o idoso possa receber assistência multi e interprofissional integral, com controles periódicos e tratamentos adequados, buscando assegurar a prestação de uma assistência holística e de qualidade para a manutenção do bem-estar do idoso (ZAGONEL, COSTA, PISSAIA, MORESCHI, 2017).

De acordo com Lini, Portella e Doring (2016) aspectos como a ausência de um cônjuge, o fato de não ter filhos, a indisponibilidade dos familiares no suporte contínuo necessário aos idosos dependentes, o número reduzido de integrantes da família e a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado em domicílio são os motivos que mais levam o idoso à institucionalização. Além disso, problemas de relacionamento com os familiares, viuvez, múltiplas doenças e síndrome demencial também são aspectos relacionados com este desfecho (FONSECA, SCORALICK, SILVA, BERTOLINO, PALMA & PIAZZOLLA, 2011; LINI, PORTELLA & DORING, 2016).

Outros estudos realizados anteriormente (NETO, SIRIMARCO, CÂNDIDO, BARBOZA, GONÇALVES & GONÇALVES, 2011; ALENCAR, BRUCK, PEREIRA, CÂMARA E ALMEIDA, 2012; OLIVEIRA E NOVAES, 2013) apontaram que fatores como a situação conjugal, estar solteiro ou viúvo, o baixo nível de instrução, a baixa renda mensal, ausência de convívio familiar e o grau de dependência significativo podem ser a causa da institucionalização. Pinheiro et. al (2016) também encontraram aspectos semelhantes no estudo que realizaram com idosos institucionalizados da cidade de Natal. De acordo com as conclusões deste estudo, a maior parte dos residentes das instituições eram mulheres solteiras, que não tinham filhos, com baixo grau de escolaridade, sem aposentadoria, sem plano de saúde e que não recebiam visitas (PINHEIRO et. al, 2016).

A reflexão acerca do conceito e das problemáticas que permeiam os cuidados de longa duração é fundamental para que sejam identificadas as necessidades mais básicas e iminentes dos idosos nesses ambientes, possibilitando o planejamento de ações eficazes para redução de adversidades prejudiciais

(OLIVEIRA, 2016). Análises mais aprofundadas sobre o tema podem contribuir para a orientação, criação e desenvolvimento de planos de cuidados para a população idosa no direcionamento de ações que englobem os fatores prognósticos remediáveis no intuito de ampliar potencialidades preservadas e reduzir a mortalidade precoce destes indivíduos.

3.1.2 A Mortalidade em Idosos

Com o aumento da longevidade as pessoas tendem a estar mais expostas a fatores de risco, o que aumenta a probabilidade do desenvolvimento de diversas doenças, principalmente as crônicas e degenerativas. Quanto mais problemas de saúde são vivenciados pelos indivíduos, mais difícil se torna a manutenção ou a recuperação de um estado de homeostase prévio, contribuindo para um maior risco de agravamento de doenças e, conseqüentemente, de morte (ROCKWOOD & MITNITSKI, 2011; ZENG, SONG, DONG, MITNITSKI, LIU, GUO & ROCKWOOD, 2015). Entretanto, esse risco aumentado não é o mesmo para todos (ZENG et al., 2015). As pessoas que têm um risco mais elevado de agravamento de questões de saúde e morte são os indivíduos do sexo masculino, com idades mais avançadas e considerados como frágeis. Se tratando deste último ponto, a complexidade da fragilidade desafia os sistemas de saúde à medida que as populações envelhecem, especialmente no que diz respeito à prestação de cuidados (ROCKWOOD & MITNITSKI, 2011).

A heterogeneidade dos indivíduos e de suas comorbidades na velhice pode ser um fator relevante nos declínios observados com a idade, sendo também um diferencial quando se trata da mortalidade entre pares de populações. Além disso, essa heterogeneidade no processo do envelhecimento, juntamente com as múltiplas doenças que podem acometer os idosos (MORAES, 2009), influenciam muito a precisão com que os sistemas de saúde identificam e registram a principal causa de morte entre os mais velhos. Isso contribui para a alta correlação estabelecida entre a idade acima de 65 anos e o número de registros de morte por causas mal definidas (LIMA, QUEIROZ, 2014; BORIM, FRANCISCO & NERI, 2017).

Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm liderado as causas de óbitos no Brasil, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas. As principais causas de morte na população idosa brasileira são as doenças cardiovasculares (destacando-se as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares), doenças neoplásicas e respiratórias (ROSA, ROSSATO, BOMBARDELLI, STURMER, ROSA, 2010; CARVALHO, CARVALHO, LAURENTI, PAYÃO, 2014; BORIM, FRANCISCO & NERI, 2017). Esse padrão segue a prevalência em outros países, conforme divulgado no *Global Burden of Disease Study 2013* (GBD, 2014), estudo realizado

em diversas localidades que tinha o objetivo de avaliar sistematicamente as maiores causas de mortalidade, relacionando-as com a idade, com o sexo e com causas específicas. Além das doenças crônicas, estudos nacionais e internacionais (ALAMGIR, MUAZZAM, NARRULLAH, 2012; BARBOSA, 2019; DAPP, MINDER, ANDERS, GOLGERT, RENTELN-KRUSE, 2014; BORIM, FRANCISCO & NERI, 2017) investigaram outras variáveis de risco para mortalidade em idosos, e apontaram alguns indicadores como: a autoavaliação negativa de saúde, o transtorno mental comum, a perda da capacidade funcional, o maior número de medicamentos consumidos, a fragilidade e as quedas.

Quando se trata de fatores sociais, o isolamento social, evento que pode ser comum entre os idosos devido às perdas vivenciadas, parece aumentar o risco de eventos de saúde relacionados com a mortalidade. Viver sozinho, uma variável comum e objetiva do isolamento, está associado à mortalidade em uma ampla variedade de populações clínicas e coortes populacionais (PIMOUGUET et al., 2017). Em um outro estudo realizado por Pimouguet et al. (2015) com idosos suecos, foi constatado que durante um período de 6 anos, viver sozinho esteve associado à elevada mortalidade e encurtou a sobrevivência dos idosos estudados em 0,6 anos. Uma hipótese para o resultado encontrado por esses estudos é que a falta de uma rede social consistente pode estar relacionada com o aumento dos quadros de depressão, de incapacidades diversas e com a diminuição de parâmetros sociais e de saúde que constituem-se como fatores protetivos para a busca por maior bem estar e prevenção a outros desfechos negativos na velhice como os que foram descritos anteriormente (GUEDES, LIMA, CALDAS & VERAS, 2017).

Considerando as altas taxas de óbitos por DCNT, muitas com fatores de risco preveníveis, e os diversos fatores psicossociais associados à morbimortalidade em idosos, as políticas públicas devem investir ainda mais e consistentemente em estratégias de promoção e de prevenção da saúde. Neste sentido, cabe enfatizar os comportamentos e os fatores contextuais de saúde como uma forma de melhorar a qualidade de vida da população de adultos e idosos e contribuir para que seja possível proporcionar um envelhecimento bem-sucedido (SOUSA ET AL., 2020; SIMÕES et al., 2015).

3.2 ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA (*LIFESPAN*)

A Psicologia do desenvolvimento ao longo da vida ou *lifespan* trata do estudo do desenvolvimento individual (ontogênese) desde o nascimento até a velhice. Essa perspectiva foi difundida principalmente por Paul e Margret Baltes, a partir de experiências interdisciplinares

vivenciadas nos contextos acadêmicos percorridos ao longo de suas trajetórias profissionais e de vida (ver em NERI, 2006). O paradigma *lifespan* é de índole pluralista, já que considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento; é transacional, dinâmico e contextualista (BALTES & SMITH, 2004). Compreende o desenvolvimento como processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não normativa, o que demonstra a interação evidenciada entre indivíduo e cultura; marcado por ganhos e perdas concomitantes (NERI, 2006).

Segundo Faria, Barbosa e Mármora (2018) o enfoque de desenvolvimento ao longo da vida gerou novas metodologias de trabalho, deu margem para que estudos empíricos fossem realizados e possibilitou que novas perspectivas teóricas viessem à tona, contribuindo para a compreensão e a explicação de aspectos específicos do envelhecimento. Dessa forma, este paradigma se tornou então uma corrente dominante nos estudos psicológicos sobre essa temática.

Quando Paul Baltes (1987) começou a descrever a elaboração do conceito de desenvolvimento ao longo da vida, ele apontava que esta era apenas uma das teorias que pretendia estudar o desenvolvimento. Seu objetivo era obter conhecimento sobre os princípios gerais do processo de desenvolvimento, enfatizando diferenças e semelhanças interindividuais nesse processo, assim como o grau e as condições da plasticidade individual existentes, ou seja, da capacidade de modificação dos indivíduos diante das adversidades (BALTES, 1987). A suposição central com a qual este paradigma trabalha é a de que o desenvolvimento não termina na vida adulta, mas que ele se estende por todo o curso da vida, sendo que processos adaptativos tais como a aquisição, manutenção e transformação de estruturas e funções psicológicas estão envolvidos em todos os períodos etários. A preocupação simultânea por estes processos demonstra a visão dos psicólogos que adotam a perspectiva do *lifespan* de que a ontogênese (ou o curso de vida de cada pessoa) geral da mente e do comportamento é dinâmica, multidimensional, multifuncional e não-linear (BALTES, LINDENBERGER & STAUDINGER, 1998; BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999).

As pesquisas e as teorias sobre o paradigma *lifespan* pretendem gerar conhecimento sobre três componentes básicos: 1) semelhanças ou regularidades entre os diferentes indivíduos durante seus percursos de desenvolvimento; 2) diferenças interindividuais; e 3) plasticidade intraindividual, buscando salientar que mesmo que existam algumas regularidades esperadas, há uma organização própria e particular para lidar com as adversidades durante o desenvolvimento. A atenção conjunta a cada um desses componentes e a especificação de suas interações relacionadas à idade são os

fundamentos conceituais e metodológicos básicos dessa visão (BALTES, LINDENBERGER & STAUDINGER, 1998; BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999).

A abordagem pautada no *lifespan* envolve um conjunto de perspectivas. A primeira premissa é a mais básica no sentido da estruturação da teoria em si. Ela consiste no fato de que o desenvolvimento ontogenético é um processo que perdura por toda a vida, sendo que nenhum período etário detém maior relevância na regulação da natureza do desenvolvimento (BALTES, 1987; BALTES, RESSE & LIPSITT, 1980). Isso quer dizer que durante todas as fases do ciclo da vida estão em funcionamento processos contínuos (cumulativos) e descontínuos que podem ser inovadores.

A multidirecionalidade deste paradigma diz respeito à diversidade ou pluralismo encontrado na direção das mudanças que constituem a ontogênese, que varia de acordo com as categorias de comportamento. Assim, durante os mesmos períodos de desenvolvimento, alguns sistemas de comportamento podem apresentar aquisições (melhora de desempenho por exemplo), enquanto outros evidenciam diminuições no nível de funcionamento (BALTES, 1987; BALTES et al., 1980).

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

Os próximos aspectos relevantes apontados pela abordagem *lifespan* abordam o tema do desenvolvimento por meio da manutenção de ganhos e perdas ao longo da vida, da plasticidade intraindividual, da imersão histórica dos indivíduos e do contextualismo enquanto paradigma. O primeiro destes pretende estabelecer que o processo de desenvolvimento não seja um simples movimento unidirecional para alcançar uma maior eficácia, como ocorre no crescimento, por exemplo. Assim, ao longo da vida o desenvolvimento sempre consiste na ocorrência conjunta de aquisições e declínios nos diversos domínios que compõe a integralidade humana (BALTES, 1987). Além disso, uma ampla plasticidade intraindividual ou a capacidade de modificabilidade de um indivíduo, também está presente no desenvolvimento psicológico, que dependerá das condições de vida e das experiências vivenciadas no curso de desenvolvimento. Ademais, o desenvolvimento ontogenético também pode ser modificado significativamente de acordo com as condições histórico-culturais, sendo influenciado

pelos acontecimentos em um determinado período histórico e pela forma como esses evoluem ao longo do tempo. (BALTES, 1987). Por fim, o autor em 1987 demonstra que o desenvolvimento pode ser entendido como resultado da interação dialética entre três sistemas de influências desenvolvimentais que estão ligados com as vivências dos indivíduos no seu curso de vida: as mudanças graduadas por idade, as influências graduadas pela história e as influências não normativas. Os três tipos de influências (normativas graduadas por idade e por história e as não normativas) atuam concomitantemente e determinarão regularidades e diferenças individuais no desenvolvimento.

Uma das inovações apresentadas pelo *lifespan* consiste no fato de que o processo de desenvolvimento e, conseqüentemente de envelhecimento como parte desse processo maior, não é apenas algo que traz declínios relacionados aos aspectos biológicos e à funcionalidade. De acordo com Baltes & Singer (2001), os fatores biológicos, psicológicos e culturais atuam juntos, mas nem sempre em harmonia, orquestrando como a inteligência e demais habilidades cognitivas se desenvolvem e envelhecem. O conceito de coconstrução bio-cultural utilizado nesta visão da interface cultura-comportamento-cérebro implica que, ao longo da história evolucionária, os aspectos genético e cultural condicionaram-se e influenciaram-se mutuamente de formas principais e cumulativas, o que também se confirma ao considerar-se o desenvolvimento individual desde o nascimento até a velhice (BALTES & SINGER, 2001).

Por cultura, pode-se entender todos os recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos (baseados no conhecimento) que os humanos produziram ao longo de sua existência milenar (BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999). Estes, como são transmitidos através das gerações em quantidade e qualidade crescentes e mutáveis, possibilitam o desenvolvimento humano como o conhecemos (BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999; COLE, 1996; DURHAM, 1991; VALSINER & LAWRENCE, 1997). Entre os recursos culturais estão habilidades cognitivas, disposições motivacionais, estratégias de socialização, alfabetização, documentos escritos, estruturas físicas e o mundo da economia, bem como da tecnologia médica e física (BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999).

Quanto à dimensão dinâmica da interação entre biologia e cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida, Baltes (1997) propôs três princípios gerais. O primeiro deles diz respeito ao fato de que a capacidade de modificação e maleabilidade biológica tendem, invariavelmente, a declinar com a idade. Como evidenciado anteriormente, o envelhecimento pode predispor uma maior limitação no retorno à homeostase fisiológica e corporal. Apesar do desenvolvimento ocorrer ao longo de toda a vida a partir do entendimento dessa perspectiva, é

considerado também que a natureza humana privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutivas, pois esse é o maior objetivo da espécie quando se trata do mecanismo da seleção natural (BALTES, 1997; BALTES, LINDENBERGER & STAUDINGER, 1998; BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999).

O segundo princípio proposto complementa o que foi explicitado anteriormente. Se existe uma limitação biológica para a plasticidade intraindividual, é preciso que avanços externos ao indivíduo se potencializem para que o desenvolvimento se estenda até idades avançadas. Neste sentido, a expansão da duração da vida só se tornou possível e viável a partir do investimento em recursos culturais diversos, tais como instrumentos, habitação, melhorias de técnicas e equipamentos de trabalho, higiene, imunização, antibióticos e outros recursos de proteção às agressões do ambiente e educação (BALTES, 1997; BALTES, LINDENBERGER & STAUDINGER, 1998; BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999).

Por fim, o terceiro princípio fundamental para o embasamento da relação entre indivíduo e cultura na perspectiva *lifespan* reforça que, por mais que o auxílio das inovações tenha sido necessário para a extensão e a qualidade dos anos a mais que estão sendo vivenciados, é limitada a eficácia dos aspectos socioculturais para a promoção do desenvolvimento e reabilitação das perdas e dos declínios associados à velhice. Isso ocorre devido à presença de componentes fisiológicos significativos que contribuem para que, pelo menos em alguns domínios do processamento da informação em altos níveis de desempenho, adultos mais velhos não consigam atingir os mesmos níveis de funcionamento que os adultos mais jovens, mesmo após treinamento extensivo e sob circunstâncias de vida positivas (BALTES, 1997; BALTES, LINDENBERGER & STAUDINGER, 1998; BALTES, STAUDINGER & LINDENBERGER, 1999). Cabe destacar que essa não é e nunca foi uma realidade ou conceituação que o paradigma buscou evidenciar.

Como é possível perceber, os aspectos culturais de forma geral têm grande relevância e relação com o processo de envelhecimento. A trajetória das influências que afetam o desenvolvimento e o envelhecimento está associada com a alocação de recursos nos diferentes momentos da vida, o que caracteriza os percursos típicos da ontogenia. Na velhice, esta especificidade é determinada pela regulação das perdas vivenciadas, que podem ser muitas. No campo da Gerontologia, o tempo de vida é mais frequentemente proposto como um indicador do envelhecimento bem sucedido (BALTES & BALTES, 1990). Contudo, a vivência de muitos anos pode abarcar consigo a experiência de inúmeros eventos indesejáveis. Neste sentido, Baltes & Baltes (1990) apresenta-nos uma contribuição teórica para o processo de envelhecimento descrito como “bem-sucedido”.

Dois conceitos científicos tiveram grande impacto no desenvolvimento do pensamento sobre um envelhecimento bem-sucedido: a variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual. Após revisar as pesquisas sobre tais conceitos, Baltes & Baltes (1990) propuseram as bases para uma teoria do envelhecimento bem sucedido como sendo um processo adaptativo que envolve os componentes de seleção, otimização e compensação. A metateoria de Seleção, Otimização e Compensação, ou Teoria SOC como ficou conhecida, aponta como os indivíduos podem manejar mudanças em suas condições biopsicossociais através do entendimento do conceito da plasticidade comportamental. Esse manejo se constitui como oportunidade para novas conquistas ou enfrentamento de restrições durante o desenvolvimento, evidenciando a capacidade de sujeitos de todas as idades realizarem a alocação de recursos internos e externos de acordo com as três funções descritas, buscando maximizar ganhos e minimizar perdas dentro de suas possibilidades (BALTES, 1987; BALTES, 1997; BALTES & SMITH, 2003; BALTES & SMITH, 2004; NERI, 2006).

A seleção é o processo no qual o indivíduo ajusta as suas expectativas com o objetivo de permitir que seja conquistada a experiência subjetiva de satisfação e o controle pessoal. Ela implica em reduzir a ampla gama de alternativas possíveis, sendo um importante recurso não só para que avanços sejam realizados, mas também se constituindo como uma necessidade quando o indivíduo idoso não dispõe, por exemplo, do mesmo tempo ou da mesma capacidade (BALTES & BALTES, 1990; NERI, 2006).

A otimização consiste na aquisição e na manutenção de recursos internos e externos previamente selecionados, a fim de que sejam alcançados níveis mais altos ou otimizados de funcionamento. Algumas estratégias de otimização envolvem a educação, o treino e outros recursos, como o suporte social, dirigido para manter ou melhorar a cognição, a saúde e/ou capacidades específicas, como as atléticas e artísticas nos idosos (BALTES & BALTES, 1990; NERI, 2006).

Por fim, a compensação, assim como ocorre na seleção, também é um processo que resulta de restrições na faixa da plasticidade ou do potencial adaptativo. Quando não é mais possível otimizar o funcionamento dos recursos disponíveis, determinada habilidade muito provavelmente precisará ser compensada. Isso acontece por meio da utilização de mecanismos cognitivos (como estratégias mnemônicas quando a mecânica ou estratégias da memória interna são insuficientes), físicos ou aparelhos externos (como andadores ou o uso de aparelhos auditivos) que possam compensar capacidades específicas perdidas ou reduzidas abaixo de um padrão requerido para que o funcionamento adequado seja realizado (BALTES & BALTES, 1990; NERI, 2006).

Baltes & Baltes (1990) apontaram para sete proposições do ponto de vista psicológico sobre a natureza do envelhecimento humano: a distinção entre envelhecimento normal, patológico e ótimo; a variabilidade interindividual (heterogeneidade); a plasticidade e capacidade de reserva latente; o envelhecimento trazendo uma diminuição nas funções dos indivíduos, o que não significa que haja um esgotamento completo em suas capacidades de reserva ou adaptatividade; o papel enriquecedor e compensatório do conhecimento individual e social, incluindo a tecnologia; as mudanças relacionadas ao envelhecimento em direção a um equilíbrio cada vez mais negativo nas taxas de ganho-perda (pois com o envelhecimento o balanço entre os ganhos e as perdas se torna menos positivo); e finalmente o fenômeno de um eu resiliente embasado por uma eficácia cognitiva e social, através da percepção do autocontrole (BARBOSA, 2019). Os autores argumentaram que uma concepção de envelhecimento bem-sucedido precisa ser colocada no contexto dessas estruturas (BALTES & BALTES, 1990). Na atualidade, é reconhecida a necessidade de incorporar a perspectiva *lifespan* para explicar e complementar os modelos mais consagrados de envelhecimento bem-sucedido (ROWE e KAHN, 2015), principalmente ao se investigar a relação de fatores biopsicossociais que permeiam os idosos e suas influências nos desfechos clínicos que o envelhecimento pode culminar (BARBOSA, 2019).

A consideração conjunta de todas as ponderações descritas é essencial para a identificação de uma estratégia mais eficaz para a abordagem pautada no envelhecimento bem-sucedido. Uma dessas estratégias é o modelo de otimização seletiva com compensação (SOC). Este modelo, que pode ser implementado em qualquer idade, ganha maior visibilidade na velhice, pois uma das principais características biológicas do envelhecimento normal é o aumento da vulnerabilidade e a concomitante redução da adaptabilidade geral, ou da capacidade de reserva à variação ambiental, o que exigiria a realização mais efetiva e constante dessas estratégias. Além disso, a trajetória normal do desenvolvimento psicológico, biológico e do envelhecimento já é por si só uma evolução contínua de formas especializadas de adaptações, aumentando a construção de mecanismos próprios que permitam ao indivíduo ajustar seus objetivos e aspirações de vida, em virtude das alterações das circunstâncias internas e externas vivenciadas (BALTES & BALTES, 1990).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um processo que vem acontecendo de maneira rápida e crescente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, trazendo consequências para toda a rede de atenção e cuidados que lidam com a população idosa. Este processo teve um avanço em seu acontecimento a partir do século XX e se constitui como uma das maiores mudanças sociais ocorridas

a partir deste período.

Com o perfil populacional modificado, os principais acometimentos dessa população emergente também apresentaram significativas mudanças, partindo de uma perspectiva de doenças infectocontagiosas e agudas, para um perfil mais crônico-degenerativo. Essas mudanças podem contribuir para que os idosos vivenciem uma situação de fragilidade, que acaba encaminhando-os para instituições nas quais as suas demandas podem ser tratadas ou melhor acompanhadas. Quando os indivíduos necessitam de um atendimento mais específico e intenso, seguem para o contexto da hospitalização, que é um dos desfechos adversos que mais acometem a população idosa. Se o quadro clínico de saúde é estável, mas ainda persiste a necessidade de cuidados integrais e diferenciados, acentuados por uma indisponibilidade de suporte familiar e recursos para que o atendimento domiciliar seja realizado, os idosos podem ser conduzidos às ILPI's. Por fim, quando não há maiores possibilidades de cura para a comorbidade que acomete o indivíduo, ele então deve ter seu sofrimento aliviado até que o desfecho da mortalidade aconteça.

O que buscamos salientar neste artigo é que não apenas fatores biológicos contribuem para que os idosos vivenciem os três desfechos anteriormente mencionados. Conforme foi apresentado a partir da literatura selecionada, alguns fatores não clínicos parecem estar presentes e associados a estes contextos. De maneira geral, o isolamento social, a falta de apoio, o baixo nível de instrução e escolaridade e as mudanças que ocorreram na composição e organização das famílias, que acabaram influenciando no cuidado disponibilizados aos idosos, foram os fatores psicossociais que mais se associaram à vivência dos desfechos de hospitalização, institucionalização e mortalidade.

A teoria do desenvolvimento ao longo da vida, ou *lifespan*, nos ofereceu bases para dialogar com as possibilidades que se abrem mesmo diante das perdas experimentadas na velhice. Esse paradigma busca abordar o indivíduo em sua pluridade e enxerga o envelhecimento para além dos declínios e déficits, abarcando-se os diversos mecanismos que podem ser desenvolvidos ou otimizados para que esta etapa do ciclo da vida possa ser vivenciada de forma satisfatória e ainda seja alcançado um envelhecimento bem-sucedido. Devido ao fato de esta teoria considerar aspectos sociais, culturais e psicológicos para explicar o desenvolvimento humano, a mesma mostra-se como uma alternativa possível para a compreensão das relações entre os aspectos biopsicossociais do idoso e os desfechos clínicos nos quais o envelhecimento pode culminar.

REFERÊNCIAS

ALAMGIR, H., MUAZZAM, S., NARRULLAH, M. Unintentional falls mortality among elderly in the United States: time for action. *Injury.*, v. 43, n.12, p. 2065-71, 2012.

ALBERTE, J. S. P. Fatores biopsicossociais no envelhecimento e percepção da qualidade de vida do idoso. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

ALENCAR, M. A., BRUCK, N. N. S., PEREIRA, B. C., CÂMARA, T. M. M. & ALMEIDA, R. D. S. (2012). Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ALVES, L. C., LEITE, I. da C., MACHADO, C. J. Perfis de Saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003 utilizando o método Grade of Membership. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.3, p. 535-546, 2008.

AMARAL, F. L. J. dos S., GUERRA, R. O., NASCIMENTO, A. F. F., MACIEL, A. C. C. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 6, 2013.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, v. 32, n. 5, p. 611-626, 1987.

BALTES, P. B. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, v. 52, n. 4, p. 366-380, 1997.

BALTES, P. B., & BALTES, M. M. Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. In G. E. Gurski (Ed.), *Determining the effects of aging on the central nervous system*. Berlin: Schering, 1980.

BALTES, P. B., & BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BALTES, P. B., REESE, H. W., & LIPSITT, L. P. Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, v. 31, p. 65-110, 1980.

BALTES, P. B., LINDENBERGER, U., STAUDINGER, U. M. Life-span Theory in Developmental Psychology. In R. M., Lerner (Ed), *Handbook of Child Psychology: V. 1. Theoretical Models of Human Development*. New York: Wiley, 1998.

BALTES, P. B., STAUDINGER, U. M., LINDENBERGER, U. LIFESPAN PSYCHOLOGY: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 50, p. 471-507, 1999.

BALTES, P. B., SINGER, T. Plasticity and the ageing mind: an exemplar of the bio-cultural orchestration of brain and behaviour. *European Review*, v. 9, n. 1, p. 59-76, 2001.

BALTES, P. B., & SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, v. 49, p. 123-135, 2003.

BALTES, P. B., & SMITH, J. Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in Human Development*, v. 1, n.3, p. 123-144, 2004.

BARBOSA, G. C. Análise da Relação de Fatores Biopsicossociais e os Desfechos Clínicos de Hospitalização e Óbito de Idosos: segunda onda do estudo FIBRA-JF. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2019.

BORIM, F. S. A., FRANCISCO, P. M. S. B., NERI, A. L. (2017). Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 42, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [E-book]

CABRERA, M.A.S., ANDRADE, S.M., WAJNGARTEN, M. (2007). Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. *Geriatr Gerontol.*, v. 1, n.1, p.14-20, 2007.

CARVALHO, M.H.R., CARVALHO, S.M.R., LAURENTI, R., PAYÃO, S.L.M. (2014). Tendência de mortalidade de idosos por doenças no município de Marília- SP, Brasil: 1998 a 200 e 2005 a 2007. *Epidemiol Serv Saude.*, v. 23, n. 2, p. 347-54, 2014.

COLE M. Interacting minds in a life-span perspective: a cultural/historical approach to culture and cognitive development, p. 59-87, 1996.

DAHBERG, L., AGAHI, N., SCHÖN, P., & LENNARTSSON, C. Planned and Unplanned Hospital Admissions and Their Relationship with Social Factors: Findings from a National, Prospective Study of People Aged 76 Years or Older. *HSR: Health Services Research*. 2018.

DAPP, U., MINDER, C.E., ANDERS, J., GOLGERT, S., RENTELN-KRUSE, W. Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens: results from the longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS). *BMC Geriatr.*, v.14, 2014.

DOS SANTOS, A. A. H., DE OLIVEIRA, A. L., KAMIMURA, Q. P., & OLIVEIRA, E. A. D. A. Q. Longevidade: Tempo de escolhas. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 10, p. 75204-75220, 2020.

DUPRE, M. E., et al. Socioeconomic, Psychosocial, and Behavioral Characteristics of Patients Hospitalized with Cardiovascular Disease. *The American Journal of the Medical Sciences*, 2017.

DURHAM, W. H. *Coevolution: Genes, Culture and Human Diversity*. Stanford, CA: Stanford Univ. Press, 1991.

FARIA, T. K. de., BARBOSA, G. C., MÁRMORA, C. H. C. Novos Paradigmas de Desenvolvimento do Adulto. In: ARAUJO, R. C., JÚNIOR, J. D. de P. (orgs). *Conceitos Aplicados em Psicologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro:Autografia, 2018.

FONSECA, A. C. C., SCORALICK, F., SILVA, C. L., BERTOLINO, A., PALMA, D., PIAZZOLLA, L. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. *Brasília Méd.* v. 48, n. 4, p. 366-71, 2011.

FREIRE, J. C. G., NÓBREGA, I. R. A. P. DA, DUTRA, M. C., SILVA, L. M. DA, DUARTE, H. A. (2017). Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde e debate*, v. 41, n. 115, 2017.

GBD. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.*, v. 385, n. 9963, 117-71, 2014.

GIACOMIN, K. C. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS. IN: M. V., BERNIZIS, M. C., BORGES. *Políticas Públicas para um país que envelhece (17-44)*. São Paulo: Ed. Martinari, 2012.

GONÇALVES, T. R., PAWLOWSKI, J., BANDEIRA, D. R., PICCININI, C. A. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GUEDES, M. B. O. G et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 27, p. 1185-1204, 2017.

HOEFELMANN, C. P., BENEDETTI, T. R. B., ANTES, D. L., LOPES, M. A., MAZO, G. Z., KORN, S. Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. *Motriz: Revista de Educação Física*. p. 19-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742011000100003>. Acesso em: 31 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/a7d023687b221aafb0364f56cad94367.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

LIMA, E.E.C., QUEIROZ, B.L. (2014). Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death. *Cad Saude Publica*, v. 30, n. 8, p. 1721-30, 2014.

LINI, E. V., PORTELLA, M. R., DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016.

LOURENÇO, R. A., DELGADO, F. E. F., ATALAIA, K., BANHATO, E., MARMORA, C. H. C., & GUEDES, D. V. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2019.

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. DA C. G., SILVA, A. L. A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAES, E. N. de. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009.

MORAES, M. P.; COSTA, M. A. Condições de Funcionamento e Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: M. P., Morais, M. A., Costa (Orgs.), *Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2010.

MOREIRA, V. G., LOURENÇO, R. A. Prevalence and factors associated with frailty in na older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. (2013). *Clinical Science*, v. 68, n. 7, p. 979-985, 2013.

MOREIRA, V. G. Massa muscular. força e desempenho funcional em idosos clientes de uma operadora de saúde, que vivem na zona norte da cidade do Rio de Janeiro: um estudo sobre sarcopenia e sua associação com fatores sociodemográficos, funcionalidade, comorbidades e mortalidade. 128 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

NERI, A. L. Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In L. F., Malloy-Diniz, D. Fuentes & R. M., Consenza (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. São Paulo: Artmed, 2013.

NETO, J. A. C., SIRIMARCO, M. T., CÂNDIDO, T. C., BARBOZA, D. F., GONÇALVES, E. C. Q., & GONÇALVES, R. T. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. *HU Revista*, v. 37, n. 2, p. 207-216, 2011.

NUNES A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de Saúde. In: A, Camarano (editor). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* p. 427-49. Rio de Janeiro: IPEA.

OLIVEIRA, M. P. F., NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 4, p.1069-1078, 2013.

OLIVEIRA, L. P. DE. Mortalidade e Fatores Prognósticos em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Natal, RN, Brasil, 2016.

PEREZ, M. A População Idosa e o Uso de Serviços de Saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, p. 30-37, 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=188>. Acesso em: 31 jul. 2018.

PEREZ, M. Probabilidade de internações repetidas: estudo de validação preditiva de um instrumento de rastreamento de fragilidade em idosos. 122 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

PEREZ, M., LOURENÇO, R. A. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 7, p. 1381-1391, 2013.

PERLINI, N.M.O., LEITE, M.T., FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 2, p. 229-36, 2007.

PIMOUGUET C., RIZZUTO, D., LAGERGREN, M., FRATIGLIONI, L., XU, W. Living alone and unplanned hospitalizations among older adults: a population-based longitudinal study. *The European Journal of Public Health* 27 (2), 251-256, 2017.

PIMOUGUET, C., RIZZUTO, D., SCHÖN, P., SHAKERSAIN, B., ANGLEMAN, S., LAGERGREN, M., FRATIGLIONI, L., XU, W. Impact of living alone on institucionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *The European Journal of Public Health*, v.26, n. 1, p.182-187, 2015.

PINHEIRO, N. C. G., HOLANDA, V. C. D., MELO, L. A. de., MEDEIROS A. K. B. de., LIMA, K. C. de. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3399-3405, 2016.

RIBEIRO, J. L. P., PONTE, A. C. S. L. C. Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 10, n. 2, p. 163-174, 2009.

ROCKWOOD, K., MITNITSKI, A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med.*, v. 27, p. 17–26, 2011.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v.70 ,n. 4, 593-596, 2015.

RÖNNEIKKÖ, J. K., MÄKELÄ, M., JÄMSEN, E. R., HUHTALA, H., FINNE-SOVERI, H., NORO, A., & VALVANNE, J. N. Predictors for Unplanned Hospitalization of New Home Care Clients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 65, n. 2, 407–14, 2017.

ROSA, L. H. T. da, ROSSATO, D. D., BOMBARDELLI, C. L., STURMER, G., ROSA, P. V. da. Estudo da mortalidade em população idosa de municípios do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 2004. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 13, n. 1, p. 111-119, 2010.

SCHMIDT, M.I., DUNCAN, B.B., AZEVEDO E SILVA, G., MENEZES, A., MONTEIRO, C.A., BARRETO, S.M., et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.*, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SIMÕES, C. C. da S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores sociais, 2016.

SIMÕES, E.J., et al. A priority health index identifies the top six priority risk and related factors for non-communicable diseases in Brazilian cities. *BMC Public Health.*, v. 15, n. 443, 2015.

SOUSA, F. de J. D. de., GONÇALVES, L. H. T., PASKULIN, L. G. M., GAMBA, M. A. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line*, v. 12, n. 4, p. 824-31, 2018.

SOUSA, F. de J. D. de., GONÇALVES, L. H. T., PASKULIN, L. G. M., GAMBA, M. A. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line*, v.12, n. 4, p. 824-31, 2018.

SOUSA, C. M. S., COELHO, J. L. G., SANTANA, W. J., LUNA, C. A., BRITO, A. R. O., SOUSA, A. A. S., SOUZA, F. J. M., ALVES, J. B., LUZ, D. C. R. P. Qualidade devida dos idosos que participam das atividades realizadas no centro de referência de assistência social (CRAS). *Brazilian Journal of Development*, v.6, n.10,p. 74715-74724, oct. 2020.

STHAL, H. C., BERTI, H. W., PALHARES, V. de C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto Contexto Enferm*, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2011.

VALSINER, J., LAWRENCE, J.A. Human development in culture across the life-span. In J.W. Berry, P.R. Dasen, T.S. Saraswathi (Ed), *Handbook of Cross-Cultural Psychology* (2:69-106). Boston: Allyn & Bacon, 1997.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. P., & OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 6, 2018.

VIEIRA, R. A. Fragilidade, quedas e autoeficácia em idosos brasileiros: dados da rede FIBRA. 173 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, BH, 2013.

VIEIRA, R. A., GUERRA, R. O., GIACOMIN, K. C., VASCONCELOS, K. S. de S., ANDRADE, A. C. de S., ... DIAS, R. C. Prevalência de Fragilidade e Fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n.8, p. 1631-1643, 2013.

VIEIRA, C. P. DE B., NASCIMENTO, J. DE J. DO., BARROS, S. S., LUZ, M. H. B. A., VALLE, A. R. M. da C. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. *Cienc Cuid Saúde*, v. 15, n. 3, p. 413-420, 2016.

ZAGONEL, A. D., COSTA, A. E. K., PISSAIA, L. F., MORESCHI, C. As percepções sociais frente à implantação de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em um município do Vale do Taquari/RS, Brasil. *Scientia Plena*, v. 13, n. 2, 2017.

ZENG, A., SONG, X., DONG, J., MITNITSKI, A., LIU J., GUO, Z., ROCKWOOD, K. (2015). Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70, 1586-1594.

WHO. Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging, 2002. Disponível em: <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>>. Acesso em 31 jul. 2018.

WHO. World report on ageing and health., 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>