



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARISA TAVARES FERNANDES

FATORES ASSOCIADOS À ALTA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM IDOSOS NA
IDADE AVANÇADA: ESTUDO FIBRA 80+

*FACTORS ASSOCIATED WITH HIGH SOCIAL PARTICIPATION AMONG VERY
OLD PEOPLE: FIBRA 80+ STUDY*

CAMPINAS

2018

MARISA TAVARES FERNANDES

FATORES ASSOCIADOS À ALTA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM IDOSOS NA
IDADE AVANÇADA: ESTUDO FIBRA 80+

*FACTORS ASSOCIATED WITH HIGH SOCIAL PARTICIPATION AMONG VERY
OLD PEOPLE: FIBRA 80+ STUDY*

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de mestra em gerontologia.

*Dissertation submitted to the Faculty of Medical Sciences State
University of Campinas as part of the requirements for obtaining a
master degree in Gerontology.*

ORIENTADORA: SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA MARISA TAVARES FERNANDES, E
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 88881.068447/2014-01; FAPESP, 2018/05461-0

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

F391f Fernandes, Marisa Tavares, 1974-
Fatores associados à alta participação social em idosos na idade avançada
: estudo Fibras 80+ / Marisa Tavares Fernandes. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Samila Sathler Tavares Batistoni.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Participação social. 2. Idoso de 80 anos e mais. 3. Saúde do idoso. 4.
Envelhecimento. I. Batistoni, Samila Sathler Tavares. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Factors associated with high social participation among very old
people : fibras 80+ Study

Palavras-chave em inglês:

Social participation

Aged 80 and over

Health of the elderly

Aging

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Samila Sathler Tavares Batistoni [Orientador]

Anita Liberalesso Neri

Juliana Martins Pinto

Data de defesa: 27-08-2018

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARISA TAVARES FERNANDES

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

2. PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI

3. PROFA. DRA. JULIANA MARTINS PINTO

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 27 de agosto de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os idosos que de alguma forma contribuíram para que ele se concretizasse.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela presença constante em minha vida.

À **minha família** e aos **meus amigos** por compreenderem o meu estresse e ausência.

À amiga **Marcia Guimarães**, pelo companheirismo e palavras de incentivo nos momentos de tempestade.

À minha orientadora **Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni**, pelos ensinamentos, paciência e participação neste projeto.

À **Dra. Juliana Martins** pelo apoio e forma como compartilha o que sabe.

À professora **Dra. Paula Fernandes**, pelo acolhimento no estágio docente.

À professora **Dra. Anita Liberalesso Neri**, pela oportunidade que me ofereceu de participar do Projeto Fibra 80+ e valiosos ensinamentos relacionados à psicologia do envelhecimento.

Aos **colegas da gerontologia**.

Às amigas **Carola, Marcia e María**, pela convivência no trabalho de coleta de dados.

Ao **Helymar Machado**, pelo cuidado referente à análise estatística.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, processo 2018/05461-0.

À **Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES)**, convênio CAPES/Procad 2972/14, projeto 88881.068447/2014-01.

Aos **idosos** que gentilmente se dispuseram a responder os protocolos, narraram suas histórias de vida e fizeram-me crescer e ver o mundo com um novo olhar.

Obrigada!

O envelhecimento tem, sobretudo, uma dimensão existencial e, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com sua própria história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Introdução: O alcance de uma velhice avançada caracterizada por participação social é estimulado pelas políticas públicas e pelos ideais sociais, merecendo ser investigado para descrever a ocorrência desse fenômeno e para identificar os fatores que se associam a ele.

Objetivos: Identificar os fatores associados à alta participação social entre idosos comunitários com 80 anos ou mais considerando variáveis sociodemográficas, velocidade da marcha, saúde autorrelatada, sintomas depressivos e indicadores ambientais. **Métodos:**

Estudo observacional, de corte transversal, realizado com 167 idosos de 80 anos e mais residentes no município de Campinas, pertencentes ao banco de dados da segunda onda de coleta de dados do estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), denominada FIBRA80+, realizada entre 2016-2017 na cidade de Campinas (SP). Deste banco, foram selecionadas informações referentes aos fatores de interesse. Participação social foi indicada pela somatória de envolvimento em uma lista de atividades sociais ponderadas por níveis de envolvimento e amplitude das trocas com a sociedade (proximais, intermediárias e distais). A mediana da amostra foi utilizada para identificar alta participação total e por níveis de envolvimento.

Resultados: Os fatores relacionados à alta participação social total foram: o arranjo de moradia sozinho (OR=4,24; IC=1,68-10,68; 0,002), a ausência de depressão (OR=2,79; IC=1,12-6,93; 0,027) e o sexo feminino (OR=2,41; IC=1,02-5,70; 0,045). Os fatores se diferenciaram segundo o nível de participação: no nível proximal, a ausência de depressão (OR=3,24; IC=1,44-7,31; 0,005) e o sexo feminino (OR=2,39, IC=1,13-5,07; 0,023); no nível intermediário, o arranjo de moradia sozinho (OR=3,36; IC=1,29-8,73; 0,013); e no nível distal, maior velocidade da marcha (OR=4,07; IC=1,35-12,27; 0,013). **Conclusões:** Melhores condições emocionais, principalmente entre as mulheres, residir sozinho e preservação de mobilidade são fatores que se associam diferentemente aos altos níveis de participação social e ratificam a importância em se identificar os determinantes gerais e específicos do envolvimento de idosos em atividades sociais no planejamento de ações em promoção da participação social na velhice avançada.

Palavras-chave: participação social; idoso de 80 anos ou mais; saúde do idoso; envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: The achievement of an advanced old age characterized by social participation is stimulated by public policies and social ideals, deserving to be investigated to describe the occurrence of this phenomenon and to identify the factors associated with it.

Objectives: To identify the factors associated with high social participation among elderly people aged 80 years and over, considering socio-demographic variables, gait speed, self-reported health, depressive symptoms and environmental indicators.

Methods: A cross-sectional, observational study was carried out with 167 elderly individuals aged 80 years and older living in the city of Campinas, belonging to the data bank of the second wave of data collection of the FIBRA (Fragility in the Elderly), FIBRA80 +, between 2016-2017 in the city of Campinas (SP). From this bank, information on the factors of interest was selected. Social participation was indicated by the sum of involvement in a list of social activities weighted by levels of involvement and wider societal exchanges (proximal, intermediate and distal). The median of the sample was used to identify high total participation and levels of involvement.

Results: Factors related to high total social participation were: the living arrangement alone (OR = 4.24; CI = 1.68-10.68; 0.002), absence of depression (OR = 2.79; CI = 1.12-6.93; 0.027) and female (OR = 2.41; CI = 1.02-5.70; 0.045). The factors differed according to the level of participation: at the proximal level, the absence of depression (OR = 3.24; CI = 1.44-7.31; 0.005) and the female gender (OR = 2.39; CI = 1.13-5.07; 0.023); at the intermediate level, the living arrangement alone (OR = 3.36; CI = 1.29-8.73; 0.013); and at the distal level, higher gait velocity (OR = 4.07; CI = 1.35-12.27; 0.013).

Conclusion: Better emotional conditions, especially among women, living alone and preserved mobility are factors that are associated differently to high levels of social participation, and ratify the importance of identifying the general and specific determinants of the involvement of the elderly in social activities in planning of actions to promote social participation in advanced old age.

Key-words: social participation; aged 80 and over; health of the elderly; aging.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Classificação das atividades sociais segundo a taxonomia proposta por Levasseur et al. (2010).

Figura 2. Fluxograma dos dados da amostra.

Figura 3. Frequência percentual da participação social dos idosos nos níveis proximal, intermediário e distal (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência e razão de chance para alta participação social total, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Tabela 2. Prevalência e razão de chance para alta participação social proximal, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Tabela 3. Prevalência e razão de chance para alta participação social intermediária, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Tabela 4. Prevalência e razão de chance para alta participação social distal, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVDs	–	Atividades Avançadas da Vida Diária
AIVDs	–	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	–	Atividades da Vida Diária
BASE	–	<i>Berlin Aging Study</i>
CID	–	Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde
CNPq	–	Conselho Nacional de Pesquisa
FCM	–	Faculdade de Ciências Médicas.
FIBRA	–	Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros
FIBRA 80+	–	Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros com 80 anos e mais
FIOCRUZ	–	Fundação Osvaldo Cruz
GDS	–	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	–	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPVS	–	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVS	–	Índice de Vulnerabilidade Social
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde
MEEM	–	Mini-Exame do Estado Mental
MESH	–	<i>Medical Subject Headings</i>
NLM	–	<i>National Library of Medicine</i>

SABE	–	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SCIELO	–	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEADE	–	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNATI	–	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNICAMP	–	Universidade Estadual de Campinas
USP	–	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Participação social e Gerontologia	19
1.2	Participação social e suas relações com saúde, funcionalidade e aspectos ambientais	25
2.	OBJETIVOS	32
2.1	Objetivo geral	32
2.2	Objetivos específicos	32
3.	METODOLOGIA	33
3.1	Instrumentos e medidas	35
3.2	Considerações éticas	37
3.3	Análise de dados	38
4.	RESULTADOS	39
5.	DISCUSSÃO	48
6.	CONCLUSÃO	54
7.	REFERÊNCIAS	55
8.	ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO

Participação social, entendida como o envolvimento dos indivíduos em atividades que oferecem oportunidades para a interação com outras pessoas na sociedade ou na comunidade⁽¹⁾, é considerada uma temática central ao campo de pesquisa e ao discurso científico a respeito do envelhecimento humano e da manutenção da qualidade de vida em idades avançadas.

Indicadores de participação social são utilizados não apenas para descrever o envolvimento social de idosos, mas também para auxiliar nas interpretações históricas, concepções filosóficas e abordagens epidemiológicas dos fenômenos associados ao envelhecimento. Do ponto de vista das análises históricas, a participação social, juntamente com indicadores de bem-estar e de status social, faz parte do cenário que examina as concepções de envelhecimento ao longo dos séculos⁽²⁾. Do ponto de vista filosófico, participação social faz parte das indagações e da retórica para o alcance de uma velhice bem vivida, em termos de dignidade e realizações⁽³⁾. Nas investigações epidemiológicas e nos modelos psicológicos e sociológicos, indicadores de participação em atividades sociais e de envolvimento compõem os critérios de velhice bem-sucedida e são tomados como fatores essenciais para o alcance de padrões elevados de funcionalidade, bem-estar e dignidade⁽⁴⁾. Nos campos das políticas públicas de saúde e bem-estar, a promoção da participação social compõe os relatórios de saúde e as diretrizes de ações governamentais e orientação de serviços destinados a idosos e ao envelhecimento da população⁽⁵⁾.

Devido à centralidade da temática em Gerontologia, a participação social de idosos e as alterações em padrões de envolvimento em atividades sociais ao longo do envelhecimento são objeto de pesquisa e de elaboração de teorias e modelos, de forma recorrente, cujas proposições acompanham as transformações sociais e estruturais por que passam as sociedades em relação à velhice. Um conjunto de mudanças em curso na sociedade gera um novo cenário para as teorizações e investigações a respeito de participação social na velhice. O incremento significativo no número percentual e absoluto de idosos nas sociedades⁽⁶⁻⁸⁾, os ganhos em expectativa de vida, as alterações em papéis de gênero, avanços tecnológicos e assistivos, os desafios do mercado de trabalho⁽⁹⁾, a urbanização e a globalização são exemplos dessas mudanças e apontam para a necessidade

de modelos que considerem, principalmente, a heterogeneidade nas trajetórias de envelhecimento social. Níveis altos ou baixos de participação social são fruto de uma conjunção de fatores como competências, saúde, funcionalidade, escolaridade e renda, que atuam de forma sinérgica com fatores psicológicos, como motivações e interesses, e fatores ambientais, como oportunidades, acesso, atitudes sociais ou segurança, os quais também estão envolvidos na manutenção ou no declínio do envolvimento em atividades sociais ao longo do tempo⁽¹⁰⁾.

No conjunto de desafios e novos cenários para a pesquisa sobre participação social, destaca-se a possibilidade crescente de as populações alcançarem a velhice avançada. Embora não expressivas em termos percentuais (cerca de 1,5% da população brasileira), as faixas etárias acima dos 80 anos são as que têm apresentado um ritmo de crescimento superior às demais, representando ganhos em expectativa de vida e uma experiência mais comum a um grupo maior da população⁽¹¹⁾. Estimativas nacionais apontam que em 2030 haverá mais de três milhões e meio de mulheres e mais de dois milhões de homens com 80 anos ou mais⁽¹²⁾.

O aumento da população idosa em geral é consequência de fatores como a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, e extensão do curso de vida. Considera-se o aumento da expectativa de vida e a queda nas taxas de mortalidade, como reflexos de políticas de saúde pública e de medicina preventiva, tais como vacinação contra diversas doenças infectocontagiosas e planejamento e controle sanitários⁽¹³⁾. A diminuição das taxas de fecundidade é atribuída à urbanização, à inserção da mulher no mercado de trabalho e à expansão da escolaridade⁽⁷⁾. Essas tendências demográficas acarretam implicações para a economia, a educação, a saúde, a política, o trabalho, o bem-estar social, a previdência e a habitação^(6, 7); criando uma série de novos desafios para uma sociedade marcada por acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições⁽⁶⁾.

Os estudos iniciais em Gerontologia tratavam a velhice como uma fase do curso de vida sem distinções entre os menos e os mais longevos e as pesquisas englobavam na categoria “velhos” indivíduos de 60 anos ou mais. Entretanto, devido a grande heterogeneidade existente entre os idosos há uma crítica a esses primeiros estudos e novos recortes etários foram propostos⁽¹⁴⁾. Berenice Neugarten⁽¹⁵⁾ foi uma das pioneiras na apresentação da ideia de que existem diversas idades na velhice, quando identificou as

mudanças na percepção do ciclo de vida, dividindo os idosos entre “idosos-jovens” e “velhos-velhos”.

Nos países desenvolvidos, os estudos consideram como *muito idosos* os indivíduos com 85 anos ou mais e nos países em desenvolvimento é mais comum considerá-los *muito idosos* a partir de 80 anos, devido a terem uma menor expectativa de vida⁽⁷⁾. Outros autores consideram que os idosos com mais de 85 anos são os mais resistentes de sua geração e por isso os definem como “sobreviventes”, o que os torna diferentes dos idosos mais jovens⁽¹⁶⁾. Alguns gerontólogos utilizam o termo “quarta Idade”, que pode ser definido, em parâmetros populacionais, como a idade cronológica em que 50% dos indivíduos pertencentes à mesma coorte de nascimento não se encontram mais vivos⁽¹⁷⁾.

Considera-se que indivíduos nascidos em uma mesma época compartilham um mesmo conjunto de influências sócio históricas. Assim, é relevante estudar idosos em idade avançada separadamente de idosos mais jovens, pelo fato de eles terem sido expostos aos mesmos eventos históricos num mesmo período de suas vidas, de terem passado por experiências únicas de socialização e terem tido valores em comum; o que os diferencia de idosos de outras faixas etárias^(18, 19).

Além da perspectiva de coorte, outra forma de distinção entre o que foi denominado “terceira” e “quarta idade” está relacionada à capacidade de manter uma boa qualidade de vida. Se a terceira idade costuma ser marcada por uma boa qualidade de vida, na quarta idade há uma diminuição na capacidade de mantê-la ou ampliá-la. Apesar de ter havido alterações positivas na imagem do idoso, fruto de indicadores tomados a partir da terceira idade, Baltes e Smith (2006) identificaram que, conforme os idosos vão ficando muito idosos, há uma descontinuidade dos padrões manifestos na terceira idade e eles começam a apresentar perdas na capacidade de aprendizagem, no potencial cognitivo, altos níveis de fragilidade, diminuição da funcionalidade, multimorbidade e significativa prevalência de demência. Além disso, têm maior chance de desenvolver perdas em visão, audição, força, capacidade funcional para atividades da vida diárias (AVDs) e para atividades instrumentais e avançadas da vida diária (AIVDs; AAVDs), e consequente exposição a condições relacionadas à solidão, maior dependência psicológica e menor satisfação com os contatos sociais⁽¹⁷⁾.

Rosset e colaboradores ⁽²⁰⁾ realizaram um estudo de revisão sistemática de literatura nas bases de dados LILACS, SciELO, PUBMED e EMBASE ⁽²⁰⁾ e analisaram estudos sobre *idosos mais velhos* publicados entre os anos de 1989 e 2008. Cerca de 7% dos artigos selecionados para análise eram nacionais; constatando-se a escassez de pesquisas voltadas a esse grupo etário no período. Nenhum dos artigos nacionais havia sido publicado em revistas de enfoque geriátrico e/ou gerontológico e, enquanto 74% das referências selecionadas a nível internacional apresentou enfoque biológico. A porcentagem de pesquisas internacionais, muito mais sistemáticas e numerosas, que se dedicou a investigar os domínios psicológico e sociológico, foi de 22,8%, enquanto das nacionais foi de 50%. Nesta perspectiva, tanto a literatura internacional quanto a nacional foram marcadas por menor enfoque nos domínios psicológico e sociológico na velhice avançada.

O estudo de Ferreira (2006)⁽⁷⁾ destacou-se pela profundidade com que tratou do tema da idade avançada ao descrever as características sociodemográficas e de saúde da população de 80 anos e mais do município de São Paulo, realizado com base no estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, estudo multicêntrico que buscou traçar o perfil dos idosos da América Latina e Caribe. O autor identificou que os idosos apresentavam alta prevalência de doenças crônicas; avaliaram mal a própria visão, dentição e audição; muitos relataram ter sofrido quedas que demandaram atendimento médico; e concluiu que não há um sistema de apoio que atenda adequadamente as necessidades específicas dessa população naquele município.

O campo científico ainda tem muito a compreender a respeito da velhice avançada. Especialmente no Brasil, há pouco investimento em pesquisas que sustentem não só o desenvolvimento científico, mas também ações, intervenções e políticas nas mais diversas áreas. O entendimento das características da participação social dos idosos na idade avançada e dos fatores que se associam à alta participação pode servir para o incentivo à criação de oportunidades voltadas aos idosos mais velhos.

Em especial, o estudo da participação social na velhice avançada representa destinar esforços para a investigação de aspectos positivos da velhice, dado que ainda imperam estereótipos sociais de declínio, afastamento, adoecimento, incapacidades e morte. Descrever a alta participação social em idosos com 80 anos ou mais gera evidências sobre a heterogeneidade da velhice, da manifestação de potenciais e de otimização do seu capital

social. Compreender os fatores que levam a tal heterogeneidade permite redefinir parâmetros e conceitos científicos e investir em promoção da participação social na velhice (21, 22).

1.1 Participação social e Gerontologia

Formalmente, as investigações sobre participação social na velhice datam das publicações americanas da década de 1960 com as tradicionais oposições entre a Teoria do Desengajamento ⁽²³⁾ e a Teoria da Atividade ⁽²⁴⁾. Nas décadas de 1980 e 1990, seguem representadas pelas proposições das Teorias da Continuidade ⁽²⁵⁾ e da Seletividade Socioemocional ⁽²⁶⁾. Atualmente, seguindo as tendências das produções teóricas em Gerontologia, fenômenos amplos como a participação social na velhice têm sido examinados a partir de suas especificidades e a partir da proposição de microteorias explicativas. A partir de uma perspectiva *life span* dos fenômenos que se associam ao envelhecimento humano e se manifestam na velhice, busca-se levar em consideração a heterogeneidade nos padrões de participação social entre os idosos e as distinções entre as fases iniciais, intermediárias e avançadas da velhice por considerar as interações entre fatores biológicos, sociais e psicológicos que repercutem diferentemente em termos de plasticidade comportamental, condições funcionais e alterações em prioridades sócio emocionais.

Embora essa tendência seja reconhecida, ainda se encontram vigentes na literatura gerontológica interpretações explícitas ou latentes baseadas em teorias clássicas. É relevante retomá-las brevemente e apontar cronologicamente o desenvolvimento de outros conceitos e termos que contribuíram para o estímulo ao estudo da participação social e suas tendências ao longo do tempo.

Em linhas gerais, a Teoria do afastamento⁽²⁷⁾ afirmava que os idosos se satisfazem em reduzir seus contatos sociais e o fazem por vontade própria. Segundo essa teoria, o afastamento dos idosos seria uma condição natural do processo de envelhecimento e os treinaríamos para a saída definitiva da sociedade – a morte seria útil para a sociedade, já que o afastamento dos idosos abriria espaço para os mais jovens. Em oposição à teoria do afastamento, no ano de 1961 foi formulada a teoria da atividade⁽²⁸⁾, uma das mais influentes

da Gerontologia Social, que considera que, quanto maior o envolvimento dos idosos em atividades, maior a satisfação. Porém, ela foi criticada por não considerar a heterogeneidade e a diversidade das experiências da velhice⁽²⁹⁾. A teoria da continuidade partiu do pressuposto de que os padrões de participação desenvolvidos ao longo da vida continuam na velhice. Para lidar com as mudanças a que são expostos durante o processo de envelhecimento e preservarem as estruturas internas e externas necessárias para a continuação de suas atividades, os idosos fazem escolhas adaptativas, utilizando recursos desenvolvidos no passado⁽³⁰⁾.

O desenvolvimento da teoria da seletividade socioemocional, originalmente formulada por Laura L. Cartensen e colaboradores⁽²⁶⁾, sugeriu que, em vez de entender a diminuição da participação social na vida adulta como um sinal de declínio ou depressão, o estreitamento das redes sociais nos últimos anos de vida reflete um padrão adaptativo do processo de envelhecimento⁽³¹⁾. Baseada na atuação de processos de seleção, otimização e compensação no gerenciamento de recursos ao longo de toda a vida, a teoria concebe que a percepção de diminuição nos horizontes de tempo futuro estimula a seleção de parceiros e interesses sociais em termos de seu potencial para a gratificação emocional⁽³²⁾.

Nas décadas de 1980 e 1990, foram difundidos os resultados de estudos epidemiológicos e da Fundação MacArthur realizado nos EUA, e o conceito de Envelhecimento bem-sucedido, definido por Rowe e Kahn como um padrão positivamente diferenciado, caracterizado pela combinação de baixa probabilidade de doenças e incapacidades, altos níveis de funcionamento físico e cognitivo e envolvimento ativo com a vida⁽³³⁾. A perspectiva da participação social de idosos na comunidade, manifestas pelo envolvimento em atividades sociais se manteve nas discussões teóricas e no debate público como condições essenciais para uma boa velhice. No início dos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) difundiu o conceito de Envelhecimento Ativo como uma diretriz para as políticas públicas, definindo-o como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação social e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem⁽⁵⁾.

Atividades religiosas, voluntárias, de lazer, educacionais, não formais e de saúde compõem a lista de atividades mais investigadas a partir de concepções de que idosos tem preferência por atividades que envolvam trocas emocionais, espirituais e altruístas ou

que estes são os espaços sociais legítimos aos idosos. Menor proporção de estudos foi realizada sobre atividades sociais que envolvem maiores demandas físico-funcionais ou cognitivas, como as relativas ao trabalho remunerado ou a viagens. São presentes na literatura evidências de que, principalmente os idosos mais velhos apresentam diminuição na participação em atividades intelectuais e físicas, sendo a primeira por problemas de visão, dificuldades de concentração e fadiga e a segunda pela escolha de atividades menos exigentes em função da fragilidade^(19, 34).

Com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso⁽³⁵⁾ e, posteriormente do Estatuto do Idoso⁽³⁶⁾, ambos resultantes de mobilizações de órgãos governamentais e da sociedade civil, no Brasil o estudo da participação social de idosos seguiu a tendência de investigar o envolvimento de idosos em atividades sociais. O surgimento de locais como os Centros de Convivência para idosos e a expansão dos programas “Universidade Aberta à Terceira idade (UNATI)”, representaram um aumento na oferta de atividades que promovem a sociabilidade e contribuem para a prevenção do isolamento das pessoas idosas⁽³⁷⁾. As UNATIs também foram criadas com o objetivo promover a autonomia, o investimento pessoal, as trocas intergeracionais e a integração dos idosos ao ambiente acadêmico⁽³⁸⁾. Centros de convivência e Unatis oferecem aos idosos a oportunidade de atribuir um novo significado à sua vida e a seus valores, atitudes e comportamentos, já que muitos se encontram na presença de redução dos papéis sociais em virtude da aposentadoria e da passagem dos filhos para a vida adulta⁽³⁹⁾.

Condições tais como gênero, estado civil e níveis de renda expõem os indivíduos a conjuntos diferentes de influências e oportunidades de participação social. Reafirmaram tendências de gênero que revelam que enquanto as mulheres costumam passar mais tempo envolvidas socialmente, os homens são mais seletivos com relação às atividades de que participam. Estado conjugal é variável relevante para compreender participação social dos homens, já que entre os casados os vínculos sociais tendem a ser estabelecidos e mantidos pelas esposas. Os homens manifestam menor participação em atividades sociais informais na comunidade, usufruindo menos de seus benefícios para a saúde quando comparado às mulheres⁽⁴⁰⁾. A perda em papéis sociais representa especial desafio ao autoconceito, ao senso de competência e à valorização social entre os homens⁽⁴¹⁾, o que também pode contribuir para que se envolvam menos socialmente.

Tanto homens quanto mulheres com mais educação apresentam níveis significativamente mais altos de participação social do que os com níveis baixos⁽⁴⁰⁾. Análise do perfil socioeconômico e demográfico de 100 idosos longevos do município de Curitiba mostrou que baixas escolaridade e renda podem limitar o acesso dos idosos às atividades sociais, comprometendo significativamente a sua qualidade de vida⁽⁴²⁾. Em estudos internacionais, diferentes marcadores de raça e etnia somam-se às influências sociodemográficas na ampliação da heterogeneidade na participação social na velhice. Idosos jamaicanos, com predominante ascendência africana, apresentam maior envolvimento em atividades religiosas, um interesse que, segundo os autores, pode estar enraizado na herança cultural⁽⁴³⁾.

O arranjo de moradia é um dado sociodemográfico que sofre influência da economia e da cultura e pode indicar a situação econômica, de saúde, funcionalidade e afetividade dos que compartilham o lar⁽⁴⁴⁾. Caracteriza-se pelo número e pelo tipo de vínculo existente entre os membros da família e tem influência sobre a participação social dos indivíduos. Idosos que vivem com o cônjuge, em geral, são mais integrados socialmente e tendem a participar mais das atividades de lazer do que os idosos que vivem sozinhos ou com outras pessoas⁽⁴⁵⁾.

Um marco importante para as contribuições teóricas recentes sobre a temática foi a inclusão, no ano de 2011, do termo “participação social” no dicionário MeSH - Medical Subject Headings, da MedLine - um serviço da *U. S. National Library of Medicine* (NLM) - para designar, de forma genérica, envolvimento individual em atividades ou programas na comunidade. Participação social é um termo cada vez mais utilizado na pesquisa gerontológica⁽¹⁾. Outros termos como envolvimento social, engajamento social, capital social, rede social, participação social, envolvimento comunitário, entre outros têm sido utilizados de maneira intercambiável ou sinônimos de participação social. Estão presentes na literatura gerontológica definições que distinguem atividades sociais em: *informais*, que ocorrem quando há interação social com familiares, amigos ou vizinhos; *formais* que se caracterizam pela participação em grupos formais e organizações; e *solitárias* que envolvem atividades realizadas sem a interação com outras pessoas, como ler, assistir televisão, costurar e cuidar do jardim⁽⁴⁶⁾.

Levasseur e colaboradores (2010) ⁽¹⁾ desenvolveram um extenso trabalho de revisão de literatura sobre os termos utilizados para definição de participação social em idosos. Os autores identificaram não haver consenso sobre o melhor termo e sua operacionalização, mas propuseram uma definição baseada nas ideias de envolvimento pessoal, atividades de natureza social e interação. Assim, participação social foi definida como o envolvimento em atividades que oferecem oportunidade para interação com outras pessoas na sociedade ou na comunidade. A partir dessa definição, propuseram taxonomia para organizar e compreender a participação social de indivíduos idosos e grupos de idosos a partir do *nível de envolvimento* e da natureza das trocas com outras pessoas, de acordo com o *objetivo* das atividades praticadas. Propõem um contínuo de envolvimento evoluindo em seis níveis (Figura 1). Os dois primeiros níveis, mais básicos e que os indivíduos realizam sozinhos, e em ambientes mais próximos, foram classificados como proximais; os dois níveis classificados como intermediários incluem as atividades em que há interação com outras pessoas, colaborando para a obtenção de um objetivo comum ou não; nos dois últimos níveis, classificados como distais, também há interação e são incluídas as atividades realizadas para outras pessoas, como cuidar de alguém ou contribuir para a sociedade.

O primeiro nível inclui as atividades diárias e de sobrevivência realizadas pelo indivíduo geralmente de maneira solitária e na residência. Elas os preparam para se conectar com os outros. Incluem as atividades de se vestir e se alimentar, além de escutar rádio e assistir televisão, pois ao se informar sobre o que está acontecendo na sociedade terá o assunto para iniciar e manter uma conversa com outra pessoa. O segundo nível inclui as atividades que são realizadas de maneira solitária na comunidade; não há interação com outras pessoas, mas elas estão ao redor. São exemplos dessas atividades: caminhar na comunidade ou realizar compras online. A partir do terceiro nível, há a inclusão de atividades que envolvem contatos reais ou virtuais com as pessoas. Entretanto, não há a realização de uma tarefa específica com outras pessoas; como, por exemplo, fazer compras em uma loja, situação em que é necessário interagir com o vendedor para obter informações sobre o produto e negociar a forma de pagamento. O quarto nível inclui as atividades em que o indivíduo interage com os outros para alcançar um objetivo comum. Como exemplo dessas atividades, temos a maioria das atividades de recreação, como jogos de cartas ou

esportes coletivos. O quinto nível inclui as atividades em que o indivíduo atua como um recurso social para outros, tais como atuar como cuidador de pessoas enfermas ou como voluntário. O sexto nível inclui as atividades em que o indivíduo contribui de uma maneira mais ampla com a comunidade de forma a beneficiar muitas pessoas. Como por exemplo, fazer parte de atividades que envolvem tomadas de decisões em associações de bairro e militância em um partido político ou em uma organização social.

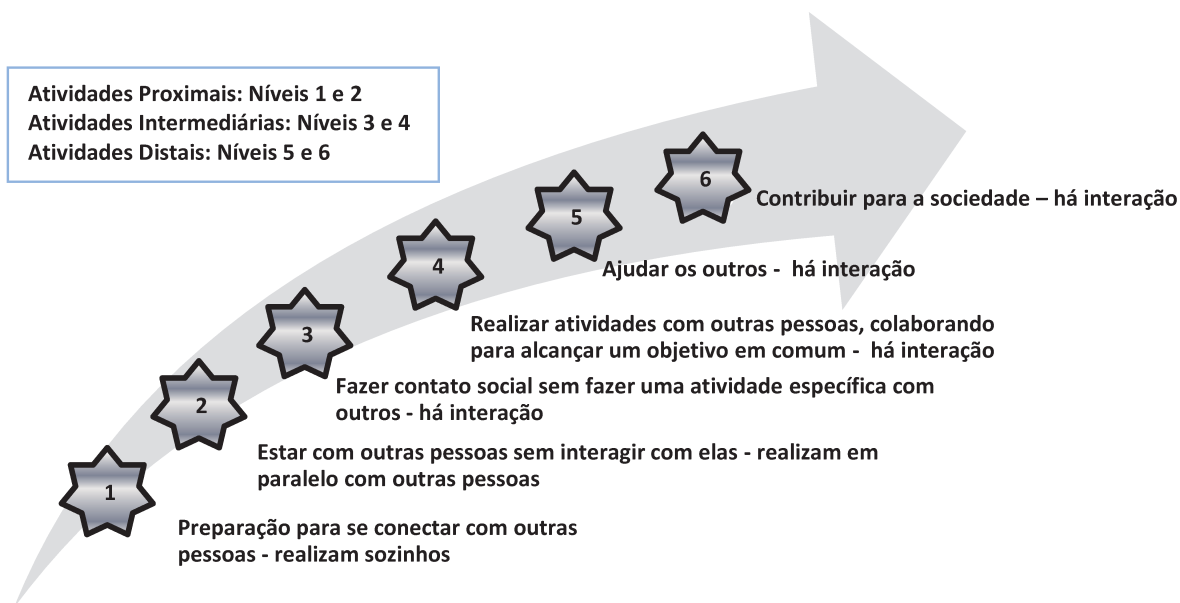


Figura 1: Classificação das atividades sociais segundo a taxonomia proposta por Levasseur *et al.*

Seguindo a taxonomia proposta por Levasseur e colaboradores, um estudo realizado com idosos em Singapura⁽⁴⁷⁾ buscou compreender como a participação social é influenciada pela interação dos recursos socioeconômicos e de saúde com os contextos político e cultural. Para descrever os resultados encontrados, os autores criaram uma escala onde a participação dos idosos pesquisados foi classificada de acordo com as variáveis estudadas. No nível mais baixo da escala ficaram os idosos marginalizados que, devido à sua condição sócio-econômica, ficam excluídos da participação social, uma vez que precisam priorizar as necessidades mais básicas de sobrevivência às necessidades sociais. Num segundo nível, mais acima, ficaram os idosos que não participam socialmente por optarem pela segurança de sua rotina. Num terceiro nível, ficaram os idosos que participavam socialmente, mas em ambientes familiares com pessoas familiares; os problemas de saúde podem levar os idosos a dar preferência para ambientes mais conhecidos. Num quarto

nível, ficaram os idosos em melhores condições de saúde e que buscavam um maior engajamento social. E por último, no quinto nível da escala, ficaram os idosos com melhores condições de saúde e de suporte familiar que, conseqüentemente, dispõem de mais recursos para buscar níveis mais altos de participação social.

Por exigir competência comportamental, física e cognitiva para a interação com o ambiente físico e social mais amplo, o envolvimento em atividades sociais permite que o idoso seja considerado e se sinta participativo, envolvido e ativo ⁽⁴⁸⁾.

Os pesquisadores do renomado Berlin Aging Study (BASE) realizaram um estudo longitudinal, cuja primeira onda ocorreu de 1990 a 1993, com 516 idosos de 70 a 103 anos e a segunda onda, em 1995 e 1996, com 206 idosos sobreviventes e sem declínio cognitivo. Identificaram que recursos educacionais e ocupacionais permitem aos idosos entrar na velhice com níveis mais altos de participação social. Assim, investimentos em educação e saúde ao longo da vida têm reflexos positivos na velhice avançada ⁽⁴⁹⁾.

1.2 Participação social e suas relações com saúde, funcionalidade e aspectos ambientais

A literatura gerontológica tem enfatizado que a participação social é um fator protetor com relação a várias condições adversas de saúde ⁽⁵⁰⁾, tais como: declínio cognitivo ⁽⁵¹⁻⁵⁵⁾, depressão ⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾, incapacidade ^(52, 59, 60), diminuição da mortalidade ^(52, 61, 62), o aumento da saúde autorrelatada como positiva ⁽⁶³⁻⁶⁶⁾ e prevenção e progressão da demência ^(51, 67), assim como contribui para o aumento das taxas de autoavaliação positiva de saúde e para a diminuição das taxas de mortalidade. A falta de participação social pode associar-se a doenças cardiovasculares, redução da atividade física e piora da saúde física e mental ⁽⁶⁸⁾.

Por ser um determinante de saúde modificável, a participação social pode ser utilizada como uma medida de análise de resultados e como um objeto de intervenção a ser utilizado por profissionais de saúde ⁽¹⁾. Alguns motivos que podem explicar como ela influencia positivamente o bem-estar dos idosos foram identificados por Pinto e Neri ⁽⁶⁹⁾: a interação social gera reações fisiológicas benéficas para o organismo, como a regulação neuroendócrina e hormonal, que podem diminuir o estresse; pode incentivar o uso mais adequado dos sistemas de saúde através do fluxo de informações relacionadas às boas

práticas em saúde; pode facilitar o acesso aos recursos disponíveis e ampliar a motivação para o autocuidado com a saúde; e pode promover o alívio para os eventos adversos e situações estressantes, devido ao apoio recebido de membros da rede social. Dados compatíveis com essas indicações foram encontrados em estudos que descreveram os benefícios da participação social para os processos fisiológicos do estresse^(70, 71). Segundo Pinto⁽³⁴⁾, a participação social tem efeito protetor com relação ao surgimento de quadros demenciais e à perda de funções cognitivas; o estado cognitivo preservado é um dos pré-requisitos para o desempenho de atividades sociais complexas e idosos com pouca participação social declararam estar menos satisfeitos com a vida.

Os estudos sobre participação social e sobre atividades sociais na velhice têm auxiliado na compreensão de que nem todas as atividades sociais são benéficas para a saúde, bem como das razões pelas quais os idosos buscam engajamento em determinados tipos de grupos sociais e não em outros^(10, 19, 72). Um conceito que tem buscado explicar porque esse fenômeno ocorre e tem ganhado destaque nas pesquisas relacionadas à participação social é o da *identificação social* – definida como o senso de pertencimento e singularidade que se desenvolve através da participação em diferentes grupos sociais, tais como família, amigos, vizinhos, grupos de trabalho e de esportes e igreja^(55, 70). Os grupos que proporcionam senso de significado e pertencimento geram benefícios psicológicos e estudos apontam que a identificação social está relacionada à autoavaliação de sintomas físicos, aos hábitos de saúde, ao suporte social, aos recursos de enfrentamento e a desfechos clínicos⁽⁷³⁾. Como a identificação social não é um fenômeno estático, os idosos passam por um processo de reconstrução da identidade social ao enfrentarem eventos como aposentadoria, morte de amigos, cônjuges e parentes e a diminuição da participação em algumas atividades devido à diminuição da força física⁽⁷⁴⁾.

Fatores relativos à saúde, funcionalidade, barreiras e obstáculos ambientais são considerados limitantes à manutenção da participação social na velhice. Indivíduos com 80 anos ou mais apresentam maior predisposição à fragilidade, ficam mais propensos a utilizar uma rede de relações para auxílio em atividades cotidianas e demandam intervenções de grupos de apoio familiares, comunitários ou vinculados a programas públicos⁽⁷⁵⁾. A literatura sugere que a participação social pode influenciar o suporte social que os idosos recebem, já que altos níveis de participação social estão relacionados com a disponibilidade

de recursos sociais⁽⁵⁶⁾. Uma rede de suporte social exerce funções afetivas, como dar e receber atenção, carinho e apoio; funções de auxílio, como ajudar no preparo das refeições e tarefas da casa; apoio financeiro e a ajuda nos cuidados pessoais quando a pessoa se encontra adoentada ou com limitações físicas⁽⁷⁶⁾.

Os problemas de saúde física relacionados ao comprometimento da mobilidade e da cognição e às limitações sensoriais podem dificultar a participação social já que limitam a realização de atividades complexas, necessárias para a interação com os outros e com o ambiente⁽⁷⁷⁾. No âmbito das influências da saúde sobre os níveis de participação social, outro conjunto de evidências sustenta o impacto negativo gerado pela presença de depressão - uma síndrome psiquiátrica prevalente entre os idosos - associada a altos níveis de incapacidade funcional, morbidade e mortalidade⁽⁷⁸⁾. O isolamento social percebido é um forte indicador de sintomas depressivos⁽⁷⁹⁾. Idosos com uma rede social mais diversificada, envolvendo a interação com a família, amigos e grupos informais e religiosos, apresentam menos taxas de depressão do que aqueles com laços sociais muito limitados, o que sugere que a diversidade das relações sociais é importante para a saúde mental. As amizades podem influenciar mais o bem-estar dos idosos do que as relações familiares, que embora sejam muito importantes, em geral são relações obrigatórias, enquanto as relações de amizades costumam ser opcionais e escolhidas, contribuindo para o senso de autonomia. O pertencimento a grupos sociais contribui para a antecipação da recuperação e da redução da reincidência da depressão. Os benefícios para a saúde mental advindos desse pertencimento podem ser explicados pelo fato de idosos pertencentes a esses grupos sentirem-se mais amados e cuidados do que os pertencentes a redes sociais mais restritas^(58, 80-82). O aumento das atividades físicas parece influenciar na melhora dos sintomas depressivos, enquanto o aumento das atividades intelectuais não demonstrou o mesmo efeito sobre esses sintomas. Porém, a diminuição das atividades intelectuais pode aumentar os sintomas depressivos, tornando a sua manutenção extremamente relevante para a prevenção da depressão⁽⁸³⁾.

A capacidade funcional está relacionada à condição que o indivíduo dispõe de ser autônomo e se relacionar em seu meio. Sua perda se associa a maiores riscos de quedas e institucionalização⁽⁸⁴⁾. Em especial, alterações na eficiência da marcha entre idosos compromete movimentos básicos como, sentar e levantar de uma cadeira, além de gerar

instabilidade e aumentar o risco de quedas. A eficiência da marcha está relacionada à mobilidade funcional, que pode ficar comprometida pela diminuição da massa, força e velocidade da contração muscular que ocorrem no processo de envelhecimento⁽⁸⁵⁾. Rosso e colaboradores (2013)⁽⁸⁶⁾ identificaram que a mobilidade, definida como a capacidade do indivíduo mover-se em seu ambiente por vontade própria, associou-se a várias formas de envolvimento social. Idosos com menor mobilidade participam menos de atividades fora de casa. Porém, os idosos com menor mobilidade também participavam menos das atividades dentro de casa, como fazer ligações para os amigos e familiares e utilizar a internet. A preservação da mobilidade com eficiência é fator importante para atividades externas ao domicílio e potencializam trocas mais intensas com grupos sociais, instituições e voluntariado⁽³⁶⁾.

Os fatores relativos ao entorno sócio físico ou ambiental são reconhecidos por sua influência nos níveis e nas trajetórias de participação social de idosos. O ambiente imediato à residência oferece parâmetros para a percepção de significado e segurança, além do senso de pertencimento e de identidade⁽⁸⁷⁾. Sentir-se seguro e socialmente conectado à área onde reside está relacionado à prática mais frequente de atividades físicas, comportamentos mais saudáveis, menos doenças crônicas e maior bem-estar⁽⁸⁸⁾.

O desenvolvimento da Gerontologia Ambiental contribui para a compreensão da participação social de idosos e suas relações com o ambiente físico e social⁽⁸⁹⁾. Condições do espaço próximo às residências tais como os níveis de arborização, refletem em melhores indicadores de satisfação com a vida⁽⁹⁰⁾. Fatores como de acessibilidade, segurança e opções de mobilidade são preconizadas na política para o Envelhecimento Ativo da OMS⁽⁵⁾ como condições que promovem a geração de oportunidades para a participação de idosos, compondo os critérios destacados no Guia Cidade Amiga dos Idoso⁽⁹¹⁾. Para Lawton, um dos pioneiros da temática entre as relações entre o ambiente e o processo de envelhecimento, as intervenções voltadas para os fatores ambientais podem ter um impacto mais significativo na participação social dos idosos do que as intervenções voltadas para os fatores individuais⁽⁹²⁾. Idosos acima de 75 anos podem viver com independência, desde que desfrutem de um ambiente físico com características especiais para atender suas necessidades e serviços sociais que favoreçam a dignidade e suporte social. Nesse sentido, as oportunidades de interação social são fundamentais.⁽¹⁵⁾

Com o avançar da idade, os idosos passam mais tempo em casa e no ambiente residencial imediato, o que faz com que as características da vizinhança sejam essenciais para a participação social. Fatores ambientais identificados como facilitadores dessa participação foram: disponibilidade de recursos, oportunidades de engajamento e suporte social^(71, 93).

As classificações dos ambientes residenciais dos idosos pelo grau de vulnerabilidade social remetem à ideia de exposição a riscos decorrentes da pobreza, falta de proteção social, desemprego e precariedade do trabalho. No Brasil, a utilização dos chamados IVS (índices de vulnerabilidade social) são índices resumos dessas condições que contextualizam as informações derivadas de uma população. Os mais vulneráveis ficam mais suscetíveis a situações de restrição à liberdade, redução da autonomia, redução de capacidades, ruptura de vínculos e fragilização dos laços de convivência. Condições precárias, falta de renda e falta de acesso aos serviços públicos caracterizam a dimensão material da vulnerabilidade social e podem influenciar na participação social de idosos⁽⁹⁴⁾.

Como muitos idosos apresentam problemas de mobilidade, o envelhecimento da população tem se apresentado como um desafio para os planejadores urbanos e de transporte, que precisam oferecer níveis diferentes de acessibilidade de transporte⁽⁶⁸⁾. Estudo inglês identificou que idosos com 85 anos ou mais apresentam dificuldades para visitar os parentes e saem pouco para interagir socialmente, sendo que os que têm acesso a um veículo particular visitam mais os parentes⁽⁹⁵⁾.

Indicadores subjetivos referentes ao ambiente também podem ser utilizados como resultantes dos julgamentos individuais a respeito do funcionamento pessoal e bem-estar a partir de critérios contextualizados. Estudo nacional pesquisou a percepção de idosos longevos quanto aos espaços públicos onde vivem e identificou que os fatores mais limitantes para a convivência no ambiente comunitário foram: a segurança, dificuldade de locomoção, falta de companhia para sair, pouca iluminação durante o período da noite e a oferta de poucos bancos ou bancos em mau estado de conservação para se sentarem. Muitos idosos não souberam avaliar o ambiente público porque não os frequentavam, o que pode representar uma exclusão social dessa parcela da população.⁽⁹⁶⁾

Há carência de estudos relacionados à participação social na idade avançada no contexto brasileiro e os que estão disponíveis enfocam atividades sociais específicas ou

contextos de serviços para idosos. Um estudo realizado na cidade de Palmeira das Missões (RS), com participantes de quatro grupos de terceira idade que se reuniam para realizar atividades sociais, que identificou a ausência de pessoas com mais de 80 anos nos grupos pesquisados ⁽⁹⁷⁾. Outro estudo, realizado no estado do Rio Grande do Sul por Navarro e colaboradores ⁽¹⁰⁰⁾, chegou à conclusão semelhante e constatou que entre as razões para a falta de participação dos idosos mais velhos nos ambientes comunitários estão: falta de segurança, dificuldade de locomoção, falta de motivação e de ter com quem sair. Contudo, estudo realizado na região de Florianópolis ⁽⁹⁸⁾ apresentou uma situação diferente: 497 idosos de 80 anos e mais frequentavam os grupos de convivência no município. Desses, 352 participaram da pesquisa, na qual se identificou que 92% da amostra eram do sexo feminino, 44,9% eram ativos, e a maioria tinha uma boa percepção de seu estado de saúde, apesar de apresentar alguma doença e fazer uso de medicamento regularmente.

Ainda é desafiador compreender a alta participação social entre idosos longevos, uma vez que as evidências da literatura apontam para trajetórias de declínio em participação. Em revisão sistemática da literatura realizada nos bancos de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE, PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Web of Science* (ISI *Web of Knowledge*), que analisou a participação social de idosos em trabalhos longitudinais publicados entre os anos 2002 a 2015, Pinto e Neri identificaram que, com relação às trajetórias de participação social, em 72% dos estudos houve diminuição da participação social nos idosos, enquanto em 17% houve continuidade e, em apenas 3% deles, houve um aumento da participação social⁽⁹⁹⁾. Resultado que reflete uma tendência da literatura sobre o envelhecimento; pois a partir da década de 1990 a diminuição das atividades sociais pelos idosos passou a ser interpretada como uma seleção adaptativa e não como um abandono; fenômeno que seria explicado pela teoria da seletividade socioemocional. Com as novas demandas emocionais que surgem na velhice avançada, os idosos passam a dar preferência para o suporte social e emocional ao invés de atividades de lazer e contatos que ofereçam conhecimento e status social e limitam as atividades que exigem mais recursos cognitivos e de motivação.

Embora a idade avançada possa ser uma fase da vida marcada por multimorbidades e comprometimentos funcionais, os indivíduos que a vivem são “especiais” por terem sobrevivido à expectativa de vida de suas coortes, além de poderem

desfrutar de relacionamentos mais significativos, conhecimentos e sabedoria adquiridos através da experiência de vida. Uma cultura que valoriza a produção, a juventude, o consumo e uma felicidade baseada na filosofia hedonista - que preza as experiências prazerosas e os afetos positivos – dificulta a visão do lado positivo da velhice avançada⁽¹⁰⁰⁾. Porém, do ponto de vista da eudaimonia – que valoriza uma vida com significado e a autorrealização, é possível enxergar uma velhice avançada satisfatória e feliz quando se desenvolve autoaceitação, a valorização do mundo interno e relacionamentos positivos com as pessoas e o ambiente ao redor.

Assim, as características e o perfil da participação social dos idosos na idade avançada diferem das dos adultos e idosos mais jovens. Os problemas de saúde e perdas sensoriais, de mobilidade e de pessoas significativas que os acompanhavam nas atividades sociais durante a vida, restringem as atividades sociais que demandam mais recursos físicos e cognitivos. Entretanto, a partir dos estudos da psicologia do envelhecimento e da teoria da seletividade sócio emocional, percebeu-se que os idosos não abandonavam as atividades sociais ao se depararem com limitações físicas e ambientais, mas passavam a se dedicar e a valorizar atividades que demandavam menos e que para eles eram mais significativas, fazendo uso de recursos internos para realizar essa adaptação. Quando são capazes de fazer esse movimento adaptativo em um ambiente que atenda as suas novas demandas, esses idosos são capazes de viver com qualidade, satisfação e bem-estar, mantendo a participação social com atividades e contatos mais significativos e desfrutando de todos os benefícios que a participação social traz para a saúde física e mental.

Descrever os fatores associados à alta participação social em idosos muito idosos da comunidade, bem como identificar os fatores sócio demográficos, socioambientais e de saúde associados a tais padrões contribui para o enriquecimento da literatura nacional relacionada à psicologia do envelhecimento, à gerontologia e é útil para o direcionamento de práticas de intervenção baseadas em evidência e direcionamento de políticas públicas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os fatores associados à alta de participação social na velhice avançada, considerando variáveis sociodemográficas, de mobilidade, saúde percebida, depressão e indicadores ambientais.

2.2 Objetivos específicos

A) Descrever o perfil dos idosos da comunidade, com 80 anos e mais, residentes do município de Campinas, que participaram do estudo Fibra 80+, com relação às variáveis sociodemográficas (gênero, escolaridade, renda, estado civil e arranjo de moradia), condições de saúde (mobilidade e depressão), variáveis ambientais (satisfação com o ambiente e índice de vulnerabilidade social) e participação social (geral e em categorias específicas de atividades sociais: proximais, intermediárias e distais);

B) Descrever a prevalência de alta participação social (geral e em categorias específicas de atividades sociais) segundo as variáveis sociodemográficas (gênero, escolaridade, renda, estado civil e arranjo de moradia), condições de saúde (mobilidade e depressão), variáveis ambientais (satisfação com o ambiente e índice de vulnerabilidade social) e participação social (geral e em categorias específicas de atividades sociais proximais, intermediárias e distais);

C) Identificar os fatores associados à alta participação social na velhice avançada (geral e em categorias específicas de atividades sociais) considerando as variáveis sociodemográficas (gênero, escolaridade, renda, estado civil e arranjo de moradia), condições de saúde (mobilidade e depressão), variáveis ambientais (satisfação com o ambiente e índice de vulnerabilidade social) e participação social (geral e em categorias específicas de atividades sociais: proximais, intermediárias e distais);

3. METODOLOGIA

O presente estudo é observacional, analítico e de corte transversal, realizado a partir de dados oriundos do banco do Estudo Fibras 80+ (Fibra é o acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros e 80 + é a abreviatura de 80 anos e mais), estudo populacional de seguimento que tem como objetivo a investigação das condições de saúde, socioeconômicas e psicossociais de idosos da comunidade, com 80 anos e mais, residentes no município de Campinas e que participaram da primeira fase do Estudo Fibras Campinas.

O banco de dados do Estudo Fibras Campinas serviu de base para a busca dos idosos octogenários que compuseram a amostra do Estudo Fibras 80+, cujas coletas foram realizadas nos anos de 2016 e 2017, em Campinas, município localizado no interior do estado de São Paulo, com uma população estimada de 1.173.370 habitantes em 2016⁽¹⁰¹⁾. Terceira cidade mais populosa do Estado⁽¹⁰²⁾ e conhecida nacionalmente como um importante centro de produção e difusão de conhecimento tecnológico de ponta, Campinas representa o terceiro maior pólo de pesquisa e desenvolvimento do país ⁽⁹⁴⁾, apresenta bons Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nas dimensões renda e longevidade ⁽⁹⁴⁾, porém grande desigualdade social⁽¹⁰³⁾.

Nos anos de 2008 e 2009, 900 idosos de 65 a 97 anos foram entrevistados no Estudo Fibras Campinas. Para participar do Estudo Fibras 80+ nos anos de 2016 e 2017, foram selecionados os idosos que tinham participado do Estudo Fibras e que estavam com 80 anos e mais, chegando-se em uma amostra inicial de 475 idosos. Dentre eles, 152 idosos não foram localizados ou se recusaram a participar da pesquisa; 90 idosos haviam falecido e 66 idosos não passaram no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Segue fluxograma com os dados da amostra:

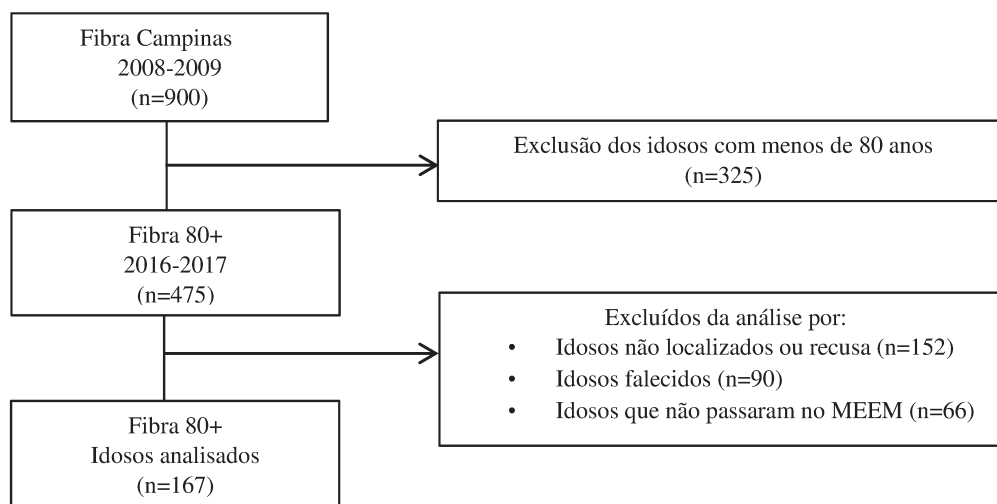


Figura 1. Fluxograma dos dados da amostra

Duplas de pesquisadores previamente treinados visitaram os endereços selecionados e realizaram as coletas de dados em sessão única no próprio domicílio do idoso. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos e a presença de mais uma pessoa na casa, como condições para a realização da entrevista, que foi efetuada conforme as regras do manual de coleta de dados desenvolvido para a pesquisa.

O protocolo do Fibra 80+ continha os seguintes blocos: status mental, pressão arterial, medidas antropométricas, fragilidade, variáveis de saúde, avaliação subjetiva da saúde, depressão, suporte social percebido, atividades de vida diária, propósito de vida, neuroticismo, satisfação global e referenciada a domínios, eventos estressantes, controle, autonomia, autorrealização e prazer, espaço de vida, prestação de cuidados e religiosidade e espiritualidade.

Para participar da pesquisa os idosos preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 80 anos, ter compreendido as instruções, ter participado do Estudo Fibra Campinas em 2008 e 2009, residir permanentemente no setor censitário e aceitar participar.

Os fatores de exclusão foram: problemas de atenção, orientação espacial e temporal, memória e comunicação, sugestivos de déficit cognitivo grave; usar cadeira de rodas ou estar acamado; déficit visual ou auditivo grave, apresentar sequelas graves de

Acidente Vascular Encefálico ou Doença de Parkinson avançada e déficit cognitivo indicado por escore inferior à nota de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁰⁴⁾.

As notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Essa pontuação foi baseada nos critérios sugeridos pela Academia Brasileira de neurologia, baseada em estudos de Brucki ⁽¹⁰⁴⁾, menos um desvio padrão.

Os idosos cujo escore obtido no MEEM foi inferior à nota de corte, não preencheram as informações sobre a avaliação subjetiva da saúde, AAVDs (Atividades Avançadas de Vida Diária), depressão e nem de satisfação global com o ambiente em que vivem.

3.1 Instrumentos e medidas

Para o presente estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis e instrumentos:

a) Variáveis sócio demográficas. Foram selecionados dados referentes ao gênero, idade, escolaridade, renda familiar mensal em salários mínimos, estado civil e arranjo de moradia. Os dados foram obtidos por autorrelato.

b) Variáveis de saúde.

b.1) Mobilidade: avaliada através do teste de velocidade de marcha, utilizado para se medir a alteração ou preservação da mobilidade (ANEXO D), indicada pelo tempo médio em segundos que cada idoso levou para percorrer por três vezes, em passo usual, no plano e em linha reta, uma distância de 4,0m, seguindo um traçado demarcado previamente com fita adesiva colorida; tendo sido permitido o uso de bengala ou andador⁽¹⁰⁵⁾; selecionada do Bloco F do protocolo. Os idosos que pontuaram 20% mais baixo do que a média geral foram considerados como tendo baixa velocidade da marcha ou lentidão.

b.2) Autoavaliação de saúde: identificada pela questão “De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?”, em que os idosos tinham as seguintes opções de resposta: Muito ruim, ruim, regular, boa, muito boa ou sem resposta.

Essa questão faz parte dos instrumentos de avaliação de saúde que foram elaborados com base nos estudos de Ware⁽¹⁰⁶⁾ e SABE⁽¹⁰⁷⁾.

b.3) Depressão: A presença de sintomas depressivos foi avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 (*Geriatric Depression Scale-15*), instrumento utilizado em muitos países na avaliação de presença de sintomas depressivos no idoso, possuindo índices de confiabilidade e validade adequados ⁽¹⁰⁸⁾; retirada do Bloco M (ANEXO E). A GDS-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde)⁽¹⁰⁹⁾. O ponto de corte adotado para rastreio de sintomatologia depressiva é o de maior ou igual a seis pontos.

c) Condições ambientais.

c.1) Satisfação com o ambiente. Identificada pela seguinte questão: O/a senhor/a está satisfeito com o ambiente em que vive (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança)? Com as opções de resposta: 1.Muito pouco; 2.Pouco; 3.Mais ou menos; 4.Muito e 5. Muitíssimo⁽¹¹⁰⁾.

c.2) Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Classificação do local de domicílio, segundo este indicador estruturado pela Secretaria Estadual de São Paulo para os municípios paulistas. A classificação foi baseada nas informações do Censo Demográfico e considera as variáveis como renda domiciliar *per capita*, situação de aglomerado subnormal (favela) e percentual de mulheres de 10 a 29 anos responsáveis pelo domicílio. Com base nessas variáveis, foram definidos cinco grupos de acordo com os critérios adotados pela Prefeitura de Campinas: Grupo 1- Vulnerabilidade Baixíssima, Grupo 2 - Vulnerabilidade Muito Baixa, Grupo 3 - Vulnerabilidade Baixa, Grupo 4 - Vulnerabilidade Média (Urbanos), Grupo 5 -Vulnerabilidade Alta (Urbanos), Grupo 6 -Vulnerabilidade Muito Alta e Grupo 7 – Vulnerabilidade Alta (Rurais)⁽¹¹¹⁾.

d) Participação social. Avaliada através do Inventário das Atividades Avançadas da Vida Diária, cujas questões foram construídas para o Projeto Fibras 80+, com base na literatura⁽¹¹²⁻¹¹⁴⁾(Anexo C). Das 16 atividades avançadas de vida diária, foram selecionadas 11 atividades consideradas indicativas de participação social por conjuntamente expressarem os critérios de interação, trocas sociais e atividade. Os itens do

Inventário admitiam três opções de resposta: nunca fiz, parei de fazer e ainda faço e eram referentes aos 12 meses que antecederam à entrevista. Nesta pesquisa foram consideradas as frequências das respostas ainda faço e não foram considerados os motivos.

Para o presente estudo, alta participação social foi indicada pelo alcance da mediana da amostra em uma somatória ponderada das atividades sociais que o idoso relata ainda participar. Inspiradas na taxonomia de Levasser e colaboradores (2010), as atividades sociais do inventário foram classificadas e ponderadas por ser consideradas proximais, intermediárias e distais tomando como critérios a proximidade do contexto onde se dá a atividade social em relação ao ambiente doméstico e da vizinhança, os níveis de exigência em termos físicos e cognitivos e o alcance das trocas ou contribuições do indivíduo com a sociedade. Foram classificadas como pertencentes ao nível proximal as AAVD realizadas no ambiente doméstico ou vizinhança e com baixas exigências física, cognitiva e social, com valor de 1 ponto cada. As atividades sociais dessa natureza, porém mediadas por tecnologias como computador ou telefones, receberam ponderação de 1,5 devido a exigências cognitivas. No nível intermediário foram incluídas as atividades em locais públicos, mas não organizacionais e em situações de menor exigência física, cognitiva e social (ponderação 2,0). As classificadas como distais são as mais complexas porque são de maior exigência física, cognitiva e social e por serem realizadas em ambientes externos, estruturados e organizacionais onde pode se estabelecer relações ou trocas de maior amplitude social (ponderação 3,0).

A partir de tal classificação e ponderação, pode-se obter um indicador de participação total e por níveis: proximal, intermediário e distal a partir de suas respectivas medianas, conforme anexo F.

3.2 Considerações éticas

Com relação às considerações éticas, na elaboração dos protocolos e na obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (Anexo A), o estudo Fibra 80+, cumpriu as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares e foi aprovado em 23/11/2015, mediante o parecer no 1.332.651 e foi cadastrado na Plataforma Brasil / Ministério da Saúde sob o C.A.A.E.

49987615.30000.5404. Também foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. A utilização dos dados foi autorizada pela coordenação do Projeto Fibra 80+ e formalizada através de uma declaração de autorização para o uso dos arquivos, registros e similares relacionados aos objetivos do presente estudo.

3.3 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio do programa computacional SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. Para descrever o perfil da amostra para as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas com valores de média, desvio padrão e mediana.

Para comparar as prevalências entre os grupos de variáveis foram utilizados os testes qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Para estudar os fatores associados à alta participação social foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $P < 0.05$.

4. RESULTADOS

As características sociodemográficas dos 167 idosos entrevistados estão descritas na Tabela 1. Dentre eles, 70,7% eram mulheres e 64,7% pertencentes à faixa etária dos 80 a 84 anos. Predominou a escolaridade de um a quatro anos de estudo (60,48%) e a renda familiar mensal de 1,1 a 3,0 salários mínimos (cerca de 42%). Quanto ao estado civil, metade da amostra constitui-se de viúvos, seguido de 42,8% de casados. A maior parte dos entrevistados reside com o cônjuge ou outras pessoas e 23,5% residem sozinhos.

No que se refere aos fatores de saúde e aos fatores ambientais, a Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra segundo a lentidão em velocidade de marcha, saúde percebida, sintomas depressivos, satisfação com o ambiente. Observou-se que a maior parte dos idosos não apresentou fragilidade para a velocidade de marcha (79,3%). Houve semelhança entre o percentual de idosos que relataram sua saúde como regular ou boa e menor porcentagem de autoavaliação de saúde como ruim (5,4%) e muito ruim (0,60%). A prevalência de sintomas depressivos na população estudada (N=167) foi de 21,0%, com média de 3,4 pontos na escala GDS-15 (DP=2,7). Os dados referentes à satisfação com o ambiente evidenciaram que 50,9% dos idosos estão muito satisfeitos com o local em que moram e 27,5% muitíssimos satisfeitos. Pouco mais da metade da amostra (52,1%) reside em área de índice de vulnerabilidade social muito baixo; apenas 7,2% reside em regiões de índice de alta vulnerabilidade social e 12% em áreas de vulnerabilidade social muito alta.

As prevalências de alta participação social total revelaram diferença significativa entre os gêneros, entre as diferentes condições de estado civil e arranjo de moradia; e condições de saúde, como depressão e fragilidade, para a velocidade da marcha. As mulheres participam mais do que os homens; os viúvos participam mais do que os casados; os que moram sozinhos participam mais do que os que moram com o cônjuge, mas não identificamos diferença para quem mora com outros. Com relação às condições de saúde, os sem lentidão em velocidade da marcha participam mais do que os lentos e os idosos sem sintomas depressivos participam mais do que os idosos que apresentam sintomas depressivos.

Ainda na Tabela 1, a análise de regressão logística univariada revelou razões de chance significativas referentes ao arranjo de moradia (OR=4,76), depressão (OR=2,81) e

gênero (OR=2,79). Os idosos com maior chance de alta participação social total foram: os com arranjo de moradia sozinho (chance 4.2 vezes maior), os sem depressão (chance 2.8 vezes maior) e os do sexo feminino (chance 2.4 vezes maior).

Tabela 1. Prevalência e Razão de Chance para alta participação social total, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Variável	n (%)	Prevalência	OR Bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Gênero		p=0,006		
Masculino	49 (29,3)	24,5	1	1
Feminino	118 (70,7)	47,5*	2,79 (1,32 – 5,86)	2,41(1,02 – 5,70)
Total	167 (100,0)			
Idade		p=0,515		
80-84	108 (64,7)	38,9	1	
>=85	59 (35,3)	44,1	0,81 (0,42 – 1,54)	
Total	167 (100,0)			
Escolaridade		p=0,315		
0	24 (14,4)	41,7	1	
1-4	101 (60,5)	35,6	0,78 (0,31 – 1,92)	
5-8	22 (13,1)	54,5	1,68 (0,52 – 5,40)	
>=9	20 (12,0)	50,0	1,40 (0,42 – 4,62)	
Total	167 (100,0)			
Renda familiar em salários mínimos		p=0,261		
<=1,0	17 (11,9)	41,2		
1,1-3,0	60 (42,0)	36,7		
3,1-5,0	31 (21,7)	58,1		
>5,0	35 (24,4)	40,0		
Total	143 (100,0)			
Estado civil		p=0,011		
Com companheiro	71 (42,8)	31,0	1	
Sem companheiro	95 (57,2)	76,8*	2,0 (1,05 – 3,82)	
Total	166 (100,0)			
Arranjo domiciliar		p=0,001		
Cônjuge	66 (39,8)	27,3	1	1
Sozinho	39 (23,5)	64,1*	4,76(2,04 – 11,14)	4,24(1,68 – 10,68)
Outros	61 (36,7)	39,3	1,73(0,82 – 3,65)	1,27(0,55 – 2,97)
Total	166 (100,0)			
Mobilidade/Veloc.		p=0,046		
Com lentidão	34 (20,7)	26,5	1	
Sem lentidão	130 (79,3)	45,4*	2,31 (0,99 – 5,33)	
Total	164 (100,0)			
Avaliação de saúde		p=0,155		
Muito ruim/ Ruim	10 (6,0)	20,0	1	
Regular	65 (38,9)	33,8	2,05 (0,40 – 10,47)	
Boa	63 (37,7)	46,0	3,41 (0,67 – 17,36)	
Muito boa	29 (17,4)	51,7	4,29 (0,77 – 23,75)	
Total	167 (100,0)			
Sintomatologia depressiva		p=0,016		
Sim	35 (21,0)	22,9	1	1
Não	132 (79,0)	45,4*	2,81 (1,19 – 6,65)	2,79 (1,12 – 6,93)
Total	167 (100,0)			

Variável	n (%)	Prevalência	OR Bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Satisfação com o ambiente		p=0,244		
Muito pouco/ Pouco	10 (6,0)	30,0	1	
Mais ou menos	26 (15,6)	30,8	1,04 (0,21 – 5,08)	
Muito	85 (50,9)	38,9	1,48 (0,36 – 6,13)	
Muitíssimo	46 (27,5)	52,2	2,55 (0,59 – 11,08)	
Total	167 (100,0)			
IVS2007		p=0,289		
Muito alta	20 (12,0)	30,0	1	
Alta	12 (7,2)	33,3	1,17 (0,25 – 5,41)	
Média	22 (13,2)	27,3	0,88 (0,23 – 3,34)	
Baixa	26 (15,6)	38,5	1,46 (0,42 – 5,04)	
Muito Baixa	87 (52,1)	48,3	2,18 (0,77 – 6,19)	
Total	167 (100,0)			

*Significância segundo teste chi-quadrado.

As prevalências de alta participação social no nível proximal revelaram diferença significativa entre o gênero e depressão. As mulheres participam mais do que os homens e os sem sintomas depressivos participam mais do que os idosos que apresentam sintomas depressivos. Em relação às associações com alta participação social proximal, a análise de regressão logística univariada revelou o grau de associação entre variáveis demográficas, de mobilidade, avaliação de saúde, sintomatologia depressiva e satisfação com o ambiente. As variáveis relacionadas à alta participação social proximal foram depressão (OR= 2,43) e gênero (OR= 2,02). Por sua vez, a análise de regressão logística multivariada identificou que os idosos com maior chance de alta participação social proximal foram: os sem depressão (chance 3.2 vezes maior) e os do sexo feminino (chance 2.4 vezes maior).

Tabela 2. Prevalência e Razão de Chance para alta participação social no nível proximal, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Variável	n (%)	OR Bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Gênero	p=0,048		
Masculino	59,2	1	1
Feminino	74,6*	2,02 (1,01 – 4,09)	2,39 (1.13 – 5.07)
Idade	p=0,906		
80-84	70,4	1	
>=85	69,5	1,04 (0.52 – 2.08)	
Escolaridade	p=0,411		
0	70,8	1	
1-4	66,3	0,81 (0,31 – 2,15)	
5-8	72,7	1,10 (0,30 – 3,98)	
>=9	85,0	2,33 (0,52 – 10,57)	
Renda familiar em salários mínimos	p=0,164		
<=1,0	52,9		
1,1-3,0	76,7		
3,1-5,0	80,7		
>5,0	68,6		
Estado civil	p=0,831		
Com companheiro	67,6	1	
Sem companheiro	72,6	1,27 (0,65 – 2,49)	
Arranjo domiciliar	p=0,831		
Cônjuge	66,7	1	
Sozinho	84,6	2,75 (1,01 – 7,54)	
Outros	65,6	0,95 (0,46 – 1,99)	
Mobilidade/Veloc.	p=0,386		
Com lentidão	64,7	1	
Sem lentidão	72,3	1,42 (0,64 – 3,17)	
Avaliação de saúde	p=0,249		
Muito ruim/ Ruim	70,0	1	
Regular	61,5	0,69 (0,16 – 2,90)	
Boa	77,8	1,5 (0,34 – 6,57)	
Muito boa	72,4	1,13 (0,23 – 5,46)	
Sintomatologia depressiva	p=0,022		
Sim	54,2	1	1
Não	74,2*	2,43 (1,12 – 5,25)	3,24 (1.44 – 7.31)
Satisfação com o ambiente	p=0,987		
Muito pouco/ Pouco	70,0	1	
Mais ou menos	73,1	1,16 (0,23 – 5,80)	
Muito	69,4	0,97 (0,23 – 4,06)	
Muitíssimo	69,6	0,98 (0,22 – 4,35)	
IVS2007	p=0,445		
Muito alta	80,0	1	
Alta	75,0	0,75 (0,14 – 4,13)	
Média	54,5	0,30 (0,08 – 1,19)	
Baixa	73,1	0,68 (0,17 – 2,74)	
Muito baixa	70,1	0,59 (0,18 – 1,92)	

*Significância segundo teste chi-quadrado.

A alta participação social no nível intermediário revelou diferença significativa entre os níveis de renda (Tabela 3). Os idosos com renda acima de 3 salários mínimos participam mais do que os que possuem renda entre 1,1 e 3,0 salários mínimos. A análise de regressão logística univariada revelou o grau de associação entre variáveis demográficas, de mobilidade, avaliação de saúde, sintomatologia depressiva e satisfação com o ambiente para alta participação social intermediária. A variável relacionada à alta participação social intermediária foi arranjo de moradia ($OR=2,61$). Após ajuste, os idosos com maior chance de alta participação social intermediária foram apenas os com arranjo de moradia sozinho (chance 3.4 vezes maior).

Tabela 3. Prevalência e Razão de Chance para alta participação social no nível intermediário, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Variável	Prevalência	OR Bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Gênero	p=0,140		
Masculino	53,1	1	
Feminino	65,2	1,66 (0,84 – 3,27)	
Idade	p=0,426		
80-84	57,7	1	
>=85	63,9	1,30 (0,68 – 2,49)	
Escolaridade	p=0,235		
0	54,2	1	
1-4	58,4	1,19 (0,49 – 2,91)	
5-8	68,2	1,81 (0,54 – 6,04)	
>=9	80,0	3,39 (0,87 – 13,17)	
Renda familiar em salários mínimos	p=0,034		
<=1,0	58,8		
1,1-3,0	51,7		
3,1-5,0	80,7*		
>5,0	71,4*		
Estado civil	p=0,610		
Com companheiro	56,3	1	
Sem companheiro	65,3	1,46 (0,78 – 2,74)	
Total			
Arranjo domiciliar	p=0,075		
Cônjuge	56,1	1	1
Sozinho	77,0	2,61 (1,07 – 6,36)	3,36 (1,29 – 8,73)
Outros	57,4	1,06 (0,52 – 2,13)	1,07 (0,52 – 2,17)
Mobilidade/Velocidade	p=0,348		
Com lentidão	55,9	1	
Sem lentidão	64,7	1,44 (0,67 – 3,10)	
Avaliação de saúde	p=0,078		
Muito ruim/ Ruim	40,0	1	
Regular	53,9	1,75 (0,45 – 6,79)	
Boa	66,7	3,00 (0,76 – 11,80)	
Muito boa	75,9	4,71 (1,03 – 21,65)	
Sintomatologia depressiva	p=0,073		
Sim	48,6	1	
Não	65,1	1,98 (0,93 – 4,21)	
Satisfação com o ambiente	p=0,108		
Muito pouco/ Pouco	50,0	1	
Mais ou menos	61,5	1,60 (0,37 – 6,96)	
Muito	55,3	1,24 (0,33 – 4,59)	
Muitíssimo	76,1	3,18 (0,78 – 13,07)	
IVS2007	p=0,495		
Muito alta	65,0	1	
Alta	66,7	1,08 (0,24 – 4,88)	
Média	45,4	0,45 (0,13 – 1,56)	
Baixa	57,7	0,73 (0,22 – 2,45)	
Muito baixa	65,6	1,02 (0,37 – 2,84)	

*Significância segundo teste chi-quadrado.

A Tabela 4 apresentou diferenças significativas na prevalência de alta participação social no nível distal entre idosos com presença ou ausência de fragilidade em velocidade da marcha. Os idosos sem fragilidade em velocidade da marcha participam mais do que os frágeis. A análise de regressão logística univariada revelou que apenas a ausência de fragilidade em velocidade de marcha ($OR=4.25$) associou-se a maior participação nesse nível, reafirmada pela análise multivariada: os sem lentidão em velocidade de marcha apresentam chance 4.1 vezes maior do que lentos de serem mais participativos.

Tabela 4. Prevalência e Razão de Chance para alta participação social no nível distal, segundo dados sociodemográficos, de saúde e ambientais (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016 – 2017.

Variável	Prevalência	OR Bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Gênero	p=0,407		
Masculino	26,5	1	
Feminino	33,0	1,37 (0,65 – 2,87)	
Idade	p=0,897		
80-84	30,5	1	
>=85	31,5	1,05 (0,53 – 2,08)	
Escolaridade	p=0,681		
0	33,3	1	
1-4	31,7	0,93 (0,36 – 2,39)	
5-8	36,4	1,14 (0,34 – 3,85)	
>=9	20,0	0,50 (0,13 – 2,00)	
Renda familiar em salários mínimos	p=0,338		
<=1,0	23,5		
1,1-3,0	33,3		
3,1-5,0	41,9		
>5,0	22,9		
Estado civil	p=0,285		
Com companheiro	25,3	1	
Sem companheiro	34,7	1,57 (0,79 – 3,10)	
Arranjo domiciliar	p=0,176		
Cônjuge	22,7	1	
Sozinho	38,5	2,13 (0,90 – 5,05)	
Outros	34,4	1,79 (0,82 – 3,90)	
Mobilidade/Veloc. Marcha	p=0,006		
Com lentidão	11,8	1	1
Sem lentidão	36,1*	4,25 (1,41 – 12,79)	4,07 (1,35 – 12,27)
Avaliação de saúde	p=0,164		
Muito ruim/ Ruim	20,0	1	
Regular	27,7	1,53 (0,30 – 7,91)	
Boa	28,6	1,60 (0,31 – 8,27)	
Muito boa	48,3	3,73 (0,67 – 20,69)	
Sintomatologia depressiva	p=0,110		
Sim	20,0	1	
Não	34,1	2,07 (0,84 – 5,10)	
Satisfação com o ambiente	p=0,128		
Muito pouco/ Pouco	20,0	1	
Mais ou menos	19,2	0,95 (0,15 – 5,94)	
Muito	29,4	1,67 (0,33 – 8,41)	
Muitíssimo	43,5	3,08 (0,59 – 16,11)	
IVS2007	p=0,172		
Muito alta	20,0	1	
Alta	16,7	0,80 (0,12 – 5,20)	
Média	18,2	0,89 (0,19 – 4,15)	
Baixa	42,3	2,93 (0,77 – 11,25)	
Muito Baixa	35,6	2,21 (0,68 – 7,21)	

*Significância segundo teste chi-quadrado.

A figura 3 mostra as frequências percentuais da participação social dos idosos nos níveis proximal, intermediário e distal. Os idosos realizam com maior frequência as atividades de nível proximal e com menor frequência as atividades de nível distal. No nível proximal, as atividades que os idosos pesquisados realizam com maior frequência são: receber visitas (91,5%) e falar ao telefone (87,3%) e a atividade que eles realizam com menor frequência é usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas (10,2%). No nível intermediário, a atividade realizada com maior frequência pelos idosos foi ir à igreja (70%). Por último, no nível distal, a atividade realizada por eles com maior frequência foi realizar trabalho voluntário (22,20%). Dos três níveis, a atividade que os idosos realizam com menor frequência é de nível distal: realizar trabalho remunerado (6%).

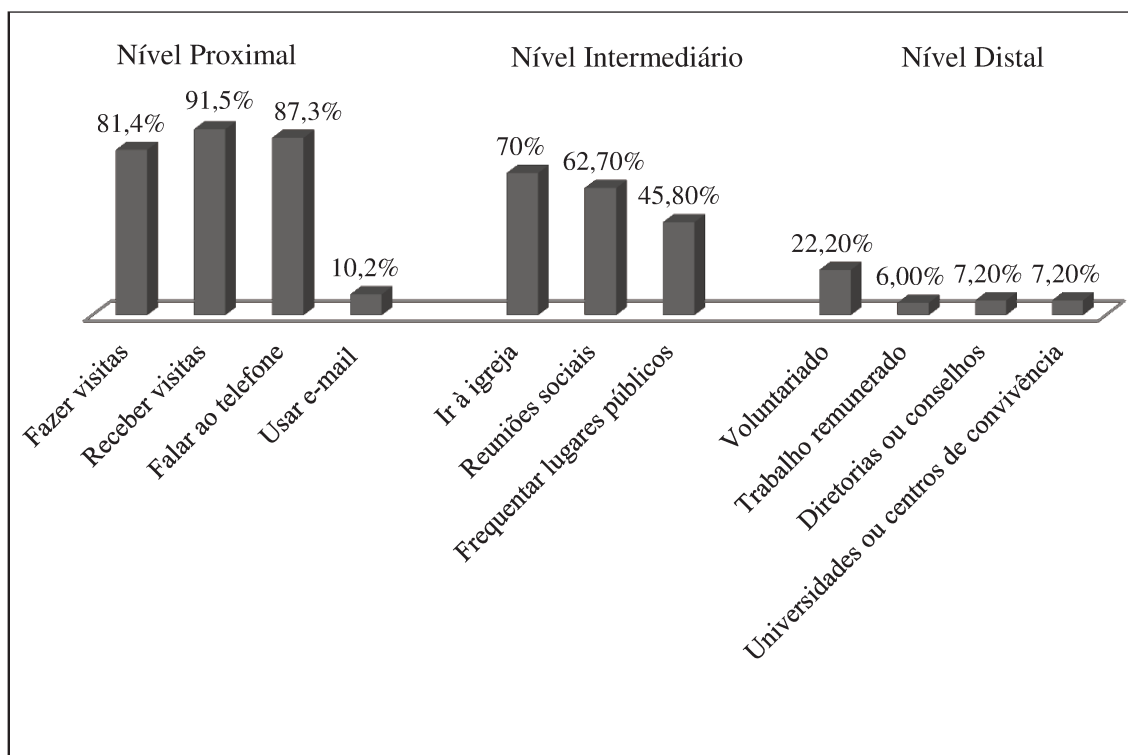


Figura 3. Frequência percentual da participação social dos idosos nos níveis proximal, intermediário e distal (N=167). Estudo Fibra 80+ Campinas. Idosos 2016-2017.

5. DISCUSSÃO

Fatores sociodemográficos, de saúde e ambientais influenciam a participação social na velhice^(34, 43, 92). Quando encontram condições físicas, econômicas e ambientais adequadas para participar socialmente, os idosos tendem a apresentar melhores índices de bem-estar e de saúde física e mental⁽⁶⁹⁾. Neste estudo, quando esses aspectos foram considerados, os fatores que se mostraram estatisticamente mais relacionados à alta participação social, em idosos com 80 anos e mais, foram: ser do sexo feminino, ter maior renda, residir sozinho, não ter depressão e nem lentidão para velocidade da marcha.

A maior parte da amostra foi composta por mulheres, com idade entre 80 e 84 anos; seguindo a tendência das populações de outros estudos realizados no Brasil^(7, 115) e em outros países⁽¹¹⁶⁾. Há evidências de que as mulheres vivem mais do que os homens, embora apresentem desvantagens em termos de cognição, atividades da vida diária, percepção da saúde e situação econômica; fato que pode ser explicado por terem sido mais expostas durante a vida a piores condições sociais e econômicas, baixa escolaridade, pobreza, violência entre outras.

Pesquisadores descreveram as diferenças entre os níveis de participação social entre homens e mulheres idosos e identificaram que, na velhice, as mulheres tendem a ser mais ativas socialmente do que os homens, principalmente em atividades sociais, de lazer e de cuidado^(66, 117). No presente estudo, identificou-se que o nível de participação das mulheres foi mais alto do que o dos homens, tanto com relação à participação social total, quanto no nível proximal. Algumas explicações para essa alta participação das mulheres em atividades de caráter mais restrito, como receber e fazer visitas e contatar amigos por telefone ou e-mail, seriam: o tempo dedicado às responsabilidades domésticas e atendimento das necessidades do parceiro e familiares dificultaria a participação em atividades mais formais e organizadas; as dificuldades de transporte; a perda de autonomia⁽¹¹⁸⁾; a renda, já que atividades mais formais exigem mais recursos financeiros e; por fim, a falta de companhia para sair, pois na idade avançada muitas idosos já perderam o cônjuge e amigos de sua geração. Assim, as atividades informais, que podem ser realizadas dentro do lar, foram favorecidas.

O alto nível de participação social das mulheres em atividades de nível proximal reflete premissas da teoria da seleção socioemocional, que defende que, ao se depararem com limitações físicas, ambientais e de saúde, os idosos optam por relações mais significativas e que exigem menos recursos físicos e cognitivos, como é o caso de atividades como receber, fazer visita e falar ao telefone⁽⁹⁹⁾.

O fato de as mulheres do estudo apresentarem alta participação social em atividades que são mediadas por tecnologia, revela que elas estão acompanhando as mudanças de seu tempo, o que pode favorecer seu bem-estar, uma vez que o uso das tecnologias para a comunicação com parceiros íntimos e próximos emocionalmente está relacionado a um maior bem estar entre os idosos; além de permitir que se mantenham participativos socialmente mesmo na presença de limitações físicas, dificuldades de mobilidade e falta de companhia para sair, principais empecilhos para realizarem atividades fora de casa⁽²²⁾.

A baixa escolaridade da amostra reflete uma característica de idosos na idade avançada de países em desenvolvimento. No contexto brasileiro, esse fato pode ser explicado pela limitação que havia no acesso ao ensino público no início do século XX; e de que muitos idosos, quando jovens, precisaram renunciar ao estudo para se dedicar ao trabalho⁽⁴²⁾. Os dados de nosso estudo não foram diferentes dos de outro estudo realizado com idosos da mesma faixa etária, na cidade de Veranópolis, em que mais da metade dos idosos tinham até três anos de escolaridade⁽¹¹⁹⁾.

Como o nível educacional dos indivíduos tem um reflexo no seu nível de renda, a renda mensal que prevaleceu na amostra é de 1,1 a 3 salários mínimos, refletindo a realidade brasileira de muitos idosos, que dispõem de pouca educação e baixa renda ^(37, 115, 120). A participação social no nível intermediário, de acordo com a classificação que utilizamos para este trabalho, inclui atividades pagas como ir ao cinema, restaurante, teatro e clube; sendo assim, um nível de renda baixo dificulta a participação dos idosos nessas atividades de lazer e cultura. Na comparação das variáveis categóricas, identificou-se que a renda está associada à alta participação em atividades de nível intermediário, já que idosos com poucos recursos financeiros priorizam as necessidades básicas às atividades sociais⁽⁴⁷⁾. Além de disporem de mais recursos financeiros para participarem de atividades de lazer e

cultura, idosos com educação superior são mais visitados pelos amigos do que os idosos com o ensino básico ou os analfabetos⁽⁴³⁾.

A viuvez é um fenômeno relevante entre os muitos idosos. No presente estudo, predominou o estado civil de viúvos (50%) e casados (42,8%), seguindo a tendência do estudo SABE⁽⁷⁾, em que mais da metade da amostra era composta de viúvos (62,9%) e os casados eram 30%. Na comparação das variáveis categóricas, identificou-se que ser viúvo está relacionado à alta participação total. Os níveis de participação social costumam aumentar com a viuvez e quanto mais ativa a pessoa, maior a chance de se adaptar a nova vida após a perda do cônjuge⁽¹²¹⁾.

Em termos de arranjo de moradia, predominou o de idosos que residem com o cônjuge e outras pessoas, sendo relevante a porcentagem de idosos que residem sozinhos (23,5%). O estudo SABE⁽⁷⁾ e estudo chinês⁽¹²²⁾ encontraram dados semelhantes. Embora a maior parte dos idosos que moram sozinhos goste desta condição, ela tende a ficar menos viável com o avançar da idade, devido ao aparecimento de incapacidades e da necessidade de cuidados. Esse arranjo de moradia é mais comum em países desenvolvidos, cuja renda da população idosa é maior e há sistemas de apoio para que mais idosos possam continuar vivendo em suas residências⁽⁷⁾. E entre idosos física e cognitivamente preservados.

Dentre os fatores sociodemográficos, o arranjo de moradia mostrou-se associado de forma estatisticamente significativa com alta participação social total e com o nível intermediário; que inclui atividades realizadas fora da residência e exigem mais recursos físicos e cognitivos que as atividades de nível proximal. Fazem parte das atividades desse nível: ir à igreja ou participar de atividades sociais ligadas à religião, participar de reuniões sociais e encontrar-se com pessoas em locais públicos, como cinema, restaurante, clubes, etc. Certos arranjos de moradia, na velhice, favorecem mais a integração social do que outros. Morar sozinho está associado a uma alta participação social em atividades fora da residência, como é o caso das atividades de nível intermediário. Esse fenômeno pode ocorrer pelo fato de os idosos que têm mais saúde saírem da residência para interagir com outras pessoas como uma compensação para o tempo que passam sozinhos dentro de casa⁽⁴⁵⁾. Outro fator que pode limitar a participação de idosos mais velhos, que moram com os filhos, em atividades sociais realizadas fora de casa seria a falta de liberdade que muitos filhos impõem a eles, devido à preocupação excessiva com quedas

e violência; idosos que moram sozinhos não experimentam esse tipo de restrição. Atividades de nível intermediário, como ir ao cinema, teatro e clubes, exigem mais recursos financeiros do que as realizadas dentro da residência; assim, podemos inferir que, os idosos do presente estudo, que moram sozinhos dispõem de mais recursos financeiros para atividades sociais realizadas fora de casa do que os que moram com o cônjuge ou com outras pessoas.

Morar acompanhado não favorece a participação dos idosos quando os outros membros da família não são ativos socialmente, uma vez que o tipo de participação de um indivíduo e de seus familiares tende a coincidir. Assim, idosos que moram sozinhos têm mais chance de participar socialmente do que aqueles que residem com pessoas não envolvidas socialmente, principalmente quando se trata de atividades religiosas, tão frequentes e valorizadas em países da América Latina⁽¹²³⁾.

Os problemas de saúde física e mental interferem na realização de atividades sociais que exigem certa preservação de competências mais complexas. Dentre os fatores de saúde, a ausência de sintomas depressivos e a ausência de prejuízos à mobilidade se associaram à alta participação social neste estudo.

A prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 21%, dado semelhante ao encontrado em outras pesquisas que se utilizaram da escala GDS-15 como instrumento de rastreio^(124, 125). A ausência de depressão teve associação com a alta participação social total e no nível proximal. A alta participação dos idosos sem depressão em atividades de caráter mais íntimo, como receber e fazer visitas e contatar amigos por telefone ou e-mail, pode ser explicado pelo fato de, ao terem com quem conversar, falar dos sentimentos e interagir de uma maneira mais íntima, os idosos tendem a se sentir compreendidos, acolhidos, valorizados e acompanhados, fatores que previnem a depressão. As relações com os amigos e familiares têm grande importância na velhice avançada, quando relações mais formais, como as do ambiente de trabalho, diminuem⁽¹²⁶⁾.

Por estar relacionada ao afastamento dos grupos sociais e ao isolamento, a depressão nos idosos faz com que eles diminuam a participação em atividades sociais; comportamento que favorece a solidão. Estudo alemão realizado com idosos com 75 anos e mais, que examinou o impacto da participação social nos sintomas depressivos na idade avançada, identificou que a participação social diminuiu os sintomas depressivos, mesmo

em quantidades modestas; o que pode ser explicado pelo senso de competência, de domínio e sentimentos de utilizado que são despertados durante as atividades sociais. Assim, encorajar os idosos mais velhos a participarem socialmente pode diminuir os sintomas depressivos⁽¹²⁷⁾.

O segundo fator de saúde que se associou à alta participação social foi a ausência de prejuízos à mobilidade indicados por velocidade da marcha. No presente estudo, 79,3% dos idosos não apresentam fragilidade em velocidade da marcha; dados semelhantes ao de um estudo que avaliou a velocidade da marcha de idosos de Curitiba em que 79,42% dos participantes não apresentavam fragilidade em velocidade da marcha⁽¹²⁸⁾.

A ausência de fragilidade em velocidade da marcha se associou a alta participação em atividades sociais de nível distal, que inclui: a realização de trabalho voluntário e remunerado, participação em atividades cívicas e políticas e em atividades de aprendizado. Como essas atividades são realizadas fora de casa, os idosos precisam usar o transporte público ou dirigir para participarem delas, o que requer mais recursos físicos e uma maior mobilidade, avaliada pela velocidade da marcha. Tais atividades também são mais complexas e demandam mais recursos cognitivos para a sua realização, como manejo do dinheiro. Assim, as atividades sociais de nível distal são realizadas pelos idosos com uma melhor velocidade da marcha e melhor condição física^(34, 129).

Com relação à saúde autorrelatada, neste estudo ela não se mostrou associada à alta participação, diferente de um estudo japonês em que as análises sugeriram que a participação na comunidade foi associada a uma melhora significativa na autoavaliação da saúde⁽⁶³⁾. Grande parte da amostra (76,6%) avaliou a própria saúde como boa ou regular e o estudo SABE⁽⁷⁾ encontrou resultados semelhantes (78,9%). Entretanto, em um estudo de Curitiba⁽¹²⁸⁾ 91% dos idosos a avaliaram da mesma forma, ou seja, como boa ou regular.

Por outro lado, a relação entre os diferentes fatores ambientais e a participação social também tem despertado o interesse de pesquisadores^(76,97,99,100). Neste estudo, 78,4% dos idosos relataram estar muito ou muitíssimos satisfeitos com o ambiente em que vivem e 52,1% residem em áreas de vulnerabilidade social muito baixa. O fato de mais da metade da amostra residir em áreas de baixa vulnerabilidade social pode ter influenciado no alto número de respostas positivas da avaliação subjetiva do ambiente. A variável ambiental não apresentou associação estatisticamente significativa com a alta participação social total e

nos níveis estudados, diferente de um estudo, por exemplo, que investigou a percepção dos idosos longevos sobre o ambiente onde vivem e identificou que eles participam menos do que os idosos mais jovens em atividades na comunidade e deixam de sair de casa devido a fatores ambientais⁽¹⁰⁰⁾. Há poucos estudos nacionais que investigaram a avaliação ambiental de idosos longevos.

Muitos estudos sobre a participação social na velhice consideram em suas análises apenas um dos tipos de participação social^(118, 130, 131) ou analisam um conjunto de atividades sociais e dão a mesma medida de importância a todas elas⁽¹³²⁾, sem considerar as exigências e níveis de complexidade que cada tipo de atividade exige. Neste trabalho, optou-se por analisar a participação social de acordo com diferentes níveis, uma vez as atividades de cada nível exigem diferentes recursos físicos, cognitivos e ambientais; e cada nível se associou a diferentes variáveis sociodemográficas ou de saúde.

O foco na idade avançada, em uma abordagem voltada para o envelhecimento bem-sucedido e em uma análise da participação social de acordo com os níveis proximais, intermediários e distais é o diferencial deste trabalho. Entretanto, algumas ressalvas metodológicas precisam ser destacadas no que se refere à generalização dos achados. A amostra em estudo, por não ser escolhida segundo critérios probabilísticos, tendeu a representar idosos que se encontravam em melhores condições de saúde, devido aos critérios de inclusão e exclusão. A região de Campinas, onde as coletas foram realizadas, é um local com melhores condições sociais do que outras regiões do país, pela sua localização e atividades acadêmicas e sociais. Assim, futuros estudos são necessários para investigar se os mesmos resultados seriam encontrados em outras regiões.

O conjunto de medidas utilizado para o alcance dos objetivos também merece atenção. Os indicadores de participação social foram obtidos a partir de uma medida de capacidade funcional para atividades avançadas de vida diária, a qual, embora envolva atividades sociais, não foi desenvolvida para esse fim. Considera-se também que a investigação sobre os efeitos das condições ambientais sobre participação social não foi suficientemente específicas para espelhar uma avaliação fidedigna das mesmas.

Futuros trabalhos deverão ainda considerar a inclusão de variáveis relativas ao suporte ou apoio social recebido e as estruturas das redes nas quais os idosos estão

inseridos. A presença desses recursos sociais otimiza e compensa os potenciais para a participação, ampliando a compreensão sobre a temática na velhice avançada.

Apesar de tais limitações, o conhecimento das características da participação social de idosos mais velhos, considerados sobreviventes entre as pessoas da mesma geração, que se encontram em melhores condições de saúde e mais ativos socialmente, pode nortear reflexões e debates sobre as políticas e as práticas direcionadas para o envelhecimento ativo. Tais investigações auxiliam no entendimento dos processos de engajamento e desengajamento concomitantemente presentes na velhice avançada, desmistificando a concepção de declínio universal e homogêneo em participação social na velhice.

6. CONCLUSÃO

Embora muitos estudos e estereótipos sociais vigentes associem a idade avançada ao afastamento e ao declínio na participação social, neste trabalho houve uma expressiva heterogeneidade na participação social dos participantes, sendo a alta participação social associada de forma mais robusta com condições sociodemográficas e de saúde do que com as condições ambientais. Os dados reproduziram uma lógica teórica baseada em uma classificação da participação social em níveis, os quais foram validados pelas associações com as variáveis selecionadas. Melhores condições emocionais, principalmente entre as mulheres, manifestaram-se como possíveis pré-requisitos para uma maior participação em atividades proximais. Por sua vez, indicadores sociodemográficos específicos, como arranjo de moradia e renda, responderam por participação em atividades em nível intermediário; e preservação de condições funcionais, como mobilidade, pela alta participação social em atividades distais. Identificar os determinantes gerais e específicos do envolvimento de idosos em atividades sociais lança luz sobre o desenvolvimento teórico da Gerontologia e evidências para as ações voltadas para a promoção da participação social na velhice avançada.

7. REFERÊNCIAS

1. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9.
2. Johnson P. Historical readings of old age and ageing. In: Johnson P, Thane P, editors. *Old Age from Antiquity to Post-Modernity*. London: Routledge; 1998.
3. Santos S. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. *Rev RENE*. 2001;2(1):90-6.
4. Martin P, Kelly N, Kahana B, Kahana E, Willcox BJ, Willcox DC, et al. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *Gerontologist*. 2015;55(1):14-25.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde; 2005.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Públ*. 2009;43:548-54.
7. Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo; 2006.
8. He W, Goodkind D, Kowal P. *An Aging World: 2015 - International Population Reports*. Services USDoHaH; 2016.
9. Dulevski L. The Challenges facing Labour Markets within the Europe 2020 Strategy Sófia: Economic and Social Council 2011 [acesso em 17 mai 2017]. Disponível em: http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/ces-bg---analysis-on-labour-market-within-2020_en.pdf.
10. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Social Participation and the Prevention of Decline in Effectance among Community-Dwelling Elderly: A Population-Based Cohort Study. *PloS one*. 2015;10(9):e0139065.
11. Camarano AA. organizador. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA. 1999:369-82.
12. IBGE. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008* Rio de Janeiro [acesso em 10 Jan 2017]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm.

13. Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, editor. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
14. Debert GG. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp; 1999.
15. Neugarten BL. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1974;415(1):187-98.
16. Bowling A, Browne PD. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol*. 1991;46(1):S20-32.
17. Baltes PB, SMITH J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A terceira idade*. 2006;17(36):7-31.
18. Elder GH. Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Soc Psychol Q*. 1994;57(1):4-15.
19. Lefrancois R, Leclerc G, Dubé M, Hamel S, Gaulin P. Valued Activities of Everyday Life Among the Very Old. *Act Adapt Aging*. 2001;25(3-4):19-34.
20. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EPd, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:264-71.
21. Ng ST, Tey NP, Asadullah MN. What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PloS one*. 2017;12(2):e0171799.
22. Sims T, Reed AE, Carr DC. Information and Communication Technology Use Is Related to Higher Well-Being Among the Oldest-Old. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(5):761-70.
23. Cumming E, Henry W. Growing old. New York: Basic Books; 1961.
24. Havighurst RJ, Albrecht R. Older people. New York: MacKay; 1953.
25. Atchley RC. Retirement and leisure participation: continuity or crisis? *Gerontologist*. 1971;11(1):13-7.
26. Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory: social activity in life-span context. In: *Geriatrics AROGa*, editor. 1991. p. 195-217.

27. Doll J, Gomes Â, Hollerweger L, Pecoits RM, Almeida STd. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec.* Porto Alegre Vol 12 (2007), p 7-33. 2006.
28. Achenbaum WA, Bengtson VL. Re-engaging the disengagement theory of aging: on the history and assessment of theory development in gerontology. *Gerontologist.* 1994;34(6):756-63.
29. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas (SP): Editora Alínea; 2005.
30. Atchley RC. A Continuity Theory of Normal Aging. *Gerontologist.* 1989;29(2):183-90.
31. Hayslip JR, Chapman BP. Cognitive and Affective Theories of Adult Development. In: Blackburn JA, Dulmus CN, editors. *Handbook of gerontology: evidence-based approaches to theory, practice, and policy*: John Wiley & Sons; 2007.
32. Caldas CP. A Quarta idade: a nova fronteira da Gerontologia. In: Netto MP, editor. *Tratado de Gerontologia*. 2nd. ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
33. Rowe JW, Kahn RL. *Sucessful Aging*. New York: Pantenon Books; 1998.
34. Pinto JM. Saúde, desempenho funcional, participação social e satisfação em idosos da comunidade: Estudo Fibrá Unicamp [Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2012.
35. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário oficial da União*. 1994.
36. Federal S. *Estatuto do idoso*. Brasília (DF): Senado Federal. 2003.
37. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17:2087-93.
38. Vellas P. *As oportunidades da terceira idade*. Maringá: EDUEM. 2009.
39. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(4):821-32.

40. Thomas PA. Gender, social engagement, and limitations in late life. *Soc Sci Med.* 2011;73(9):1428-35.
41. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003;58(1):5-14.
42. Pereira LF, Lenardt MH, Michel T, Carneiro NHK. Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos usuários de uma unidade básica de saúde. *Cogitare enferm.* 2014;19 (4):709-16.
43. Willie-Tyndale D, Holder-Nevins D, Mitchell-Fearon K, James K, Laws H, Waldron NK, et al. Participation in Social Activities and the Association with Socio-Demographic and Health-Related Factors among Community-Dwelling Older Adults in Jamaica. *J Cross Cult Psychol.* 2016;31(4):427-47.
44. Batistoni SST. Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade. In: Neri AL, et al. (Org.), editor. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice.* São Paulo: Alínea; 2013.
45. Russell D. Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life: The Case of Physical Disability. *J Health Soc Behav.* 2009;50(4):460-75.
46. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J. Gerontol.* 1972;27(4):511-23.
47. Aw S, Koh G, Oh YJ, Wong ML, Vrijhoef HJM, Harding SC, et al. Explaining the continuum of social participation among older adults in Singapore: from 'closed doors' to active ageing in multi-ethnic community settings. *J Aging Stud.* 2017;42:46-55.
48. Melo DMd, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014;17(3):471-84.
49. Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002;57(6):P510-P7.
50. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 1988;241(4865):540.
51. Wang H-X, Xu W, Pei J-J. Leisure activities, cognition and dementia. *Biochim Biophys Acta Bioenerg.* 2012;1822(3):482-91.

52. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med.* 1999;131(3):165-73.
53. Hsu HC. Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging Ment Health.* 2007;11(6):699-707.
54. Hughes TF, Flatt JD, Fu B, Chang CC, Ganguli M. Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT study. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(4):587-95.
55. Haslam C, Cruwys T, Haslam SA. "The we's have it": Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Soc Sci Med.* 2014;120:57-66.
56. Pollack CE, von dem Knesebeck O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health Place.* 2004;10(4):383-91.
57. Nyman A, Josephsson S, Isaksson G. Being part of an enacted togetherness: narratives of elderly people with depression. *J Aging Stud.* 2012;26(4):410-8.
58. Cruwys T, Dingle GA, Haslam C, Haslam SA, Jetten J, Morton TA. Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Soc Sci Med.* 2013;98:179-86.
59. Levasseur M, Gauvin L, Richard L, Kestens Y, Daniel M, Payette H. Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(12):1979-86.
60. Ribeiro DKdMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ESd. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):89-96.
61. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Arch Gen Intern Med.* 2009;169(12):1139-46.
62. Minagawa Y, Saito Y. Active social participation and mortality risk among older people in Japan: results from a nationally representative sample. *Res Aging.* 2015;37(5):481-99.

63. Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H. Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Soc Sci Med.* 2013;94:83-90.
64. Verhaeghe PP, Tampubolon G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Soc Sci Med.* 2012;75(2):349-57.
65. Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, Karisto A, Uutela A. Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health Place.* 2008;14(2):243-53.
66. Pinto JM. Saúde, desempenho funcional, participação social e satisfação em idosos da comunidade: Estudo Fibra. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Universidade Estadual de Campinas;2012.
67. Fabrigoule C, Letenneur L, Dartigues JF, Zarrouk M, Commenges D, Barberger-Gateau P. Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(5):485-90.
68. Community Engagement and Connection [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/seniors/health-safety/active-aging/community-engagement-and-connection>.
69. Pinto JM, Neri AL. Participação Social e Envelhecimento. In: Freitas E, Py L, editors. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016.
70. Haslam C, Cruwys T, Haslam SA, Jetten J. Social Connectedness and Health. In: Pachana NA, editor. *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1-10.
71. Cachadinha C, Pedro JB, Fialho J. Social participation of community living older persons: importance, determinants and opportunities (The Role of Inclusive Design in Making Social Innovation Happen). 6th International Conference on Inclusive Design; 18–20 April 2011; London, UK2011.
72. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):111.
73. Haslam SA, Jetten J, Postmes T, Haslam C. Social identity, health and well-being: an emerging agenda for applied psychology. *Appl Psychol.* 2009;58(1):1-23.

74. Burn K, Dennerstein L, Browning C, Szoek C. Patterns of social engagement in the transition to later life. *Maturitas*. 2016;88:90-5.
75. Domingues MA, Queiroz Z, Derntl A. As Redes Sociais na Senescência. *Gerontologia*. In: Papaléo NM, editor. *Tratado de Gerontologia*. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
76. Domingues MA. O Cuidador e a Rede de Suporte Social do Idoso. In: Jacob Filho W, Kikuchi EL, editors. *Geriatría e Gerontologia Básicas*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
77. Pinto JM, Neri AL. Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. *Cad Saúde Colet*. 2017;25:286-93.
78. Cupertino APFB APFB, Neri AL, Batistoni SST. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2010.
79. Cacioppo JT, Fowler JH, Christakis NA. Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. *J Pers Soc Psychol*. 2009;97(6):977-91.
80. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(1):P25-32.
81. Chun SY, Han KT, Lee SY, Kim CO, Park EC. Synergistic effect of interaction between perceived health and social activity on depressive symptoms in the middle-aged and elderly: a population-based longitudinal study. *BMJ open*. 2015;5(3):e007154.
82. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev Saude Publica*. 2013;47:701-10.
83. Chao SF. Changes in Leisure Activities and Dimensions of Depressive Symptoms in Later Life: A 12-Year Follow-Up. *Gerontologist*. 2016;56(3):397-407.
84. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Braz J Phys Ther*. 2010;14:322-9.
85. Alfieri FM, Werner A, Baciega Roschel A, Cris Melo F, Silva Santos KId. Mobilidade funcional de idosos ativos e sedentários versus adultos sedentários. *Braz. J. Biomotricity*. 2009;3(1).
86. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013;25(4):617-37.

87. Wiles JL, Allen RE, Palmer AJ, Hayman KJ, Keeling S, Kerse N. Older people and their social spaces: a study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. *Soc Sci Med*. 2009;68(4):664-71.
88. Kim ES, Hawes AM, Smith J. Perceived Neighborhood Social Cohesion and Myocardial Infarction. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(11):1020-6.
89. Oishi S. Socioecological psychology. *Annu Rev Psychol*. 2014;65:581-609.
90. White MP, Alcock I, Wheeler BW, Depledge MH. Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. *Psychol Sci*. 2013;24(6):920-8.
91. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade amiga do idoso. Brasília (DF); 2008.
92. Lawton MP. Environment and aging. Monterey, Calif:Brooks-Cole; 1980.
93. Lindstrom M, Moghaddassi M, Merlo J. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Prev Med*. 2004;39(1):135-41.
94. PMAS - Plano Municipal de Assistência Social - 2014/2017 Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2014 [acesso em 23 abr 2017]. Disponível em: <http://campinas.sp.gov.br/arquivos/cidadania/pmas-2014-2017.pdf>.
95. Key W, Culliney M. The Oldest Old and the Risk of Social Exclusion. *Soc Pol Soc*. 2016;1-17.
96. Navarro JHdN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DOd, Gessinger CF, Bós ÂJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc. Saúde Colet.*. 2015;20:461-70.
97. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAAd. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol*. 2012;15:481-92.
98. Mazo GZ, Krug RdR, Virtuoso JF, Lopes MA, Tavares AG. Nível de Atividade Física de Idosos Longevos Participantes de Grupos de Convivência. *BEPA, Bol. epidemiol. paul.* (Online). 2012;9:04-14.
99. Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol*. 2017;20:259-72.

100. Wettstein M, Schilling OK, Reidick O, Wahl HW. Four-year stability, change, and multidirectionality of well-being in very-old age. *Psychol Aging*. 2015;30(3):500-16.
101. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades - São Paulo - Campinas 2016 [acesso em 23 abr 2017]. Disponível em: cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350950.
102. Biblioteca Virtual . São Paulo: população dos municípios paulistas 2016 [acesso em 23 abr 2017]. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/temas/sao-paulo/sao-paulo-populacao-dos-municipios-paulistas.php>.
103. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. São Paulo » Campinas » mapa de pobreza e desigualdade - municípios brasileiros » índice de gini - cartogramas 2003 [acesso em 24 jul 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/pesquisa/36/30246>.
104. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro - Psiquiatr*. 2003;61:777-81.
105. Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(10):881-9.
106. Ware JE. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *BMJ*. 1993;306(6890):1429-30.
107. SABE. Saúde, bem estar e envelhecimento. Condições de vida e saúde dos idosos do Município de São Paulo Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo; 2006 [acesso em 04 jun 2018]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf.
108. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr*. 1996;8(1):103-12.
109. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro - Psiquiatr*. 1999;57:421-6.
110. Neri AL. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Rev. Latinoam. Psicol*. 2002;34(1/2):55-74.

- 111.Fundação SEADE. Distribuição da População de Campinas, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS São Paulo 2010 [acesso em 23 abr 2017]. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/mun3509502.pdf>.
- 112.Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(8):855-61.
- 113.Baltes MM, Mayr U, Borchelt M, Maas I, Wilms H-U. Everyday competence in old and very old age: An inter-disciplinary perspective. *Ageing Soc.* 1993;13(4):657-80.
- 114.Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. Health, wealth and lifestyles of the older population in England: The 2002 English Longitudinal Study of Aging 2003 [acesso em 10 mar 2017]. Disponível em: <http://www.elsa-project.ac.uk/uploads/elsa/report03/ch5.pdf>.
- 115.Campos ACV FE, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev.Latinoam. Enfermagem.* 2016.
- 116.Yi Z, Yuzhi L, George LK. Gender Differentials of the Oldest Old in China. *Research on aging.* 2003;25(1):65-80.
- 117.Thomas PA. Gender, social engagement, and limitations in late life. *Soc Sci Med.* 2011;73(9):1428-35.
- 118.Marsh C, Agius PA, Jayakody G, Shajehan R, Abeywickrema C, Durrant K, et al. Factors associated with social participation amongst elders in rural Sri Lanka: a cross-sectional mixed methods analysis. *BMC Public Health.* 2018;18(1):636.
- 119.Argimon Irani I. de Lima SLM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Públ.* [Internet]. 2005; 21(1):64-72.
- 120.Tavares DM RA, Ferreira PCS, Martins NPF, Pegorari MS. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vid. *Rev. enferm. UERJ.* 2015;23(2)::156-63.
- 121.Donnelly EA, Hinterlong JE. Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults. *Gerontologist.* 2010;50(2):158-69.
- 122.Wang J, Chen T, Han B. Does co-residence with adult children associate with better psychological well-being among the oldest old in China? *Aging Ment.Health.* 2014;18(2):232-9.

- 123.Ponce MSH, Rosas RPE, Lorca MBF. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev. Saúde Públ.* 2014;48(5):739-49.
- 124.Cruz IR. Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para o envelhecimento longo. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
- 125.Ansai JH, Rebelatto JR. Effect of two physical exercise protocols on cognition and depressive symptoms in oldest-old people: A randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(9):1127-34.
- 126.Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo, exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Dissertação [Mestrado integrado em psicologia]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
- 127.Hajek A, Brettschneider C, Mallon T, Ernst A, Mamone S, Wiese B, et al. The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age - evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):140.
- 128.Betioli SE, Lenardt MH. Avaliação da velocidade da marcha e força de preensão manual de idosos longevos da comunidade. *R. G&S.* 2017;16 n. 01:1-11.
- 129.Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(1):107-13.
- 130.Hendricks J, J Cutler S. Volunteerism and Socioemotional Selectivity in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004 Sep;59(5):S251-7
- 131.Satariano WA, Haight TJ, Tager IB. Living arrangements and participation in leisure-time physical activities in an older population. *J Aging Health.* 2002;14(4):427-51.
- 132.Schwarzbach M, Lupp M, Sikorski C, Fuchs A, Maier W, van den Bussche H, et al. The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *J Affect Disord.* 2013;145(2):172-8.

8. ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). FIBRA 80+



TCLE - IDOSOS

EFEITO DE VARIÁVEIS DE SAÚDE, PERSONALIDADE E BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO SOBRE FRAGILIDADE, MORTE E DECLÍNIO
COGNITIVO EM IDOSOS DE 80 ANOS E MAIS: ESTUDO FIBRA

O/a senhor/a está sendo convidado a participar de um estudo sobre saúde em idosos de 80 anos e mais, na qualidade de voluntário. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante. É elaborado em duas vias. Uma deverá ficar com o/a senhor/a e a outra com o pesquisador.

Por favor, leia este documento com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, o/a senhor/a poderá esclarecê-las com o pesquisador. Pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Se o/a/senhor/a não quiser participar, ou se, a qualquer momento, quiser retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. O/a senhor/a não pagará nada para participar. Não será remunerado/a e nem receberá nenhuma ajuda de custo pela participação.

Objetivo e justificativa do estudo. A pesquisa tem por objetivo investigar relações entre fragilidade, características pessoais e familiares, condições de saúde, atividade e bem-estar de idosos com 80 anos e mais. Queremos saber se as condições de saúde dos idosos nascidos até o ano de 1935, que foram entrevistados em 2008 e em 2009, melhoraram, continuaram iguais ou pioraram. Acreditamos que essas informações poderão contribuir para o planejamento de serviços de atenção à saúde das pessoas mais velhas.

Procedimentos que serão adotados para a coleta de dados. O senhor tomará parte numa entrevista com cerca de 60 minutos de duração, aqui mesmo em seu domicílio. Solicitamos que, nessa ocasião, esteja presente, também, um familiar ou outra pessoa da confiança do idoso. As perguntas serão sobre características pessoais, tais como sexo, idade e estado civil; características da família (por exemplo: com quem mora); as doenças, as atividades e o nível de bem-estar psicológico dos idosos. Serão feitas medidas de pressão arterial, peso, altura, força de preensão manual e circunferência da cintura, do abdômen, do quadril, do braço e da perna. Dois entrevistadores participarão dos trabalhos de coleta de dados, para torna-lo mais rápido e preciso. Algumas informações serão coletadas junto ao familiar, para tornar o processo mais ágil, mas o idoso poderá fazer sugestões ou ser perguntado sobre elas.

Acompanhamento em caso de sentimentos de desconforto e de riscos ao bem-estar dos participantes. A participação na entrevista não deverá causar desconfortos ou riscos físicos ou psicológicos aos idosos. Caso o participante se canse e queira fazer uma pequena pausa, seu desejo será atendido. Caso seja observada alguma ocorrência fora do esperado, os entrevistadores informarão os idosos e farão sugestões de acompanhamento por um profissional ou serviço de saúde. O/a senhor/a tem garantido o seu direito à indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios potenciais associados à participação. A participação oferecerá oportunidade para os participantes avaliarem suas condições de saúde, em comparação com as que desfrutavam 6 ou 7 anos atrás. Os dados desta pesquisa poderão trazer esclarecimentos e sugestões para que cuidem melhor da própria saúde e para que os profissionais da saúde cuidem melhor da saúde dos idosos de 80 anos e mais.

Sigilo e privacidade. O/a senhor/a tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

Contato. Em caso de dúvida sobre o estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a coordenadora, Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de 2ª a 6ª feira, das 14 às 17 horas, pelo telefone 19 – 9 9601 2271, ou pelo e-mail anitalbn@fcm.unicamp.br.

Em caso de denúncia ou reclamação sobre sua participação no estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp, na Av. Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido. Após ter sido esclarecido/a sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos e desconfortos que possa causar, aceito participar:

Nome do/a participante: _____
Data: ____/____/____

Assinatura do participante:

Responsabilidade do pesquisador. Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, ao qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.



Anita Liberalesso Neri
Coordenadora da pesquisa

Data: ____/____/____

Nome do entrevistador:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO C

Bloco J do Protocolo de Coleta de Dados - Atividades Avançadas da Vida Diária ⁽¹¹²⁻¹¹⁴⁾

Para cada atividade que eu disser, peço que o (a) senhor (a) diga se faz ou se não faz a atividade.	Sim X Não
1. Fazer visita na casa de amigos ou familiares	
2. Receber visitas em sua casa para conversar, realizar atividades de lazer ou fazer refeições	
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	
4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	
5. Encontrar-se com outras pessoas em lugares públicos, tais como restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes, etc.	
6. Fazer trabalho voluntário	
7. Fazer trabalho remunerado	
8. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	
9. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade, centros de convivência ou cursos de atualização, fora de casa.	
10. Manter contato por telefone ou carta com amigos e familiares.	
11. Usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas.	

ANEXO D

Bloco F do Protocolo de Coleta de Dados - Medida de velocidade da marcha

F.52 Tempo gasto na 1ª. Tentativa: _____ segundos

F.53 Tempo gasto na 2ª. Tentativa: _____ segundos

F.54 Tempo gasto na 3ª. Tentativa: _____ segundos

F.55 Média: _____ segundos

ANEXO E

Bloco M do Protocolo de Coleta de Dados – Depressão

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a tem se sentido na última semana	Sim 1	Não 2	NR 99
M 1. Está basicamente satisfeito com sua vida?			
M 2. Deixou muitos de seus interesses e atividades?			
M 3. Sente que sua vida está vazia?			
M 4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?			
M 5. Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?			
M 6. Tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?			
M 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?			
M 8. Sente que sua situação não tem saída?			
M 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?			
M 10. Sente-se com mais problemas de memória do que a maioria?			
M 11. Acha maravilhoso estar vivo?			
M 12. Sente-se um/a inútil nas atuais circunstâncias?			
M 13. Sente-se cheio de energia?			
M 14. Acha que a sua situação é sem esperança?			
M 15. Sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?			
M 16. Total depressão:			

ANEXO F

Atividades Avançadas da Vida Diária de acordo com a classificação inspirada na taxonomia de Levasseur e colaboradores⁽¹⁾

Atividades Avançadas da Vida Diária	Classificação	Pontuação
1. Fazer visita na casa de amigos ou familiares	Proximal face-a-face	1,0
2. Receber visitas em sua casa para conversar, realizar atividades de lazer ou fazer refeições	Proximal face-a-face	1,0
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	Intermediária	2,0
4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	Intermediária	2,0
5. Encontrar-se com outras pessoas em lugares públicos, tais como restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes, etc.	Intermediária	2,0
6. Fazer trabalho voluntário	Distal	3,0
7. Fazer trabalho remunerado	Distal	3,0
8. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	Distal	3,0
9. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade, centros de convivência ou cursos de atualização, fora de casa.	Distal	3,0
10. Manter contato por telefone ou carta com amigos e familiares.	Proximal mediada por tecnologia	1,5
11. Usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas.	Proximal mediada por tecnologia	1,5
Total de pontos		23,0