

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

Mayla Prates de Abreu

**AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS COMUNITÁRIOS**

Belo Horizonte  
2022

Mayla Prates de Abreu

## **AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS COMUNITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Pricila Cristina Correa Ribeiro

Belo Horizonte  
2022

153.4 Abreu, Mayla Prates de.  
A162a Autoeficácia em idosos comunitários [manuscrito] / Mayla Prates  
2022 de Abreu. – 2022.  
83 f.

Orientadora: Priscila Correa Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Autoeficácia - Teses. 3. Idosos - Teses. 4.  
Envelhecimento - Teses. I. Ribeiro, Priscila Cristina Correa. II.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e  
Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UFMG - FAFICH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA

### MAYLA PRATES DE ABREU

Realizou-se, no dia 22 de julho de 2022, às 09:00 horas, videoconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Autoeficácia em idosos comunitários*, apresentada por MAYLA PRATES DE ABREU, número de registro 2020679439, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro - Orientador (UFMG), Prof(a). Elizabeth do Nascimento (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Kelly Cristina Atalaia da Silva (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 22 de julho de 2022.

Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro ( Doutora )

Prof(a). Elizabeth do Nascimento ( Doutora )

Prof(a). Kelly Cristina Atalaia da Silva ( Doutora )



Documento assinado eletronicamente por **Kelly Cristina Atalaia da Silva, Usuário Externo**, em 28/07/2022, às 10:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pricila Cristina Correa Ribeiro, Membro**, em 01/08/2022, às 19:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elizabeth do Nascimento, Membro de comissão**, em 08/08/2022, às 09:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1557638** e o código CRC **88C9FB28**.

---

Referência: Processo nº 23072.237246/2022-19

SEI nº 1557638

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre se empenharam pelos meus estudos e são fontes de amor, incentivo e confiança.

Ao meu irmão e a tia Mira que me ajudaram neste processo com suas habilidades, carinho e disponibilidade.

Às amigas pela força, paciência e afeto.

À Alina, Mariana e Lorena que gentilmente contribuíram com meu processo dividindo comigo suas experiências e conhecimentos acadêmicos.

Aos idosos que participaram do projeto FIBRA-JF e aos pesquisadores envolvidos na sua realização.

À Dra Pricila por ser fonte de conhecimento, presença, atenção, partilha e cuidado nessa trajetória. Sua competência e generosidade marcaram profundamente o meu percurso e me motivaram a seguir adiante.

Ao Thiago e Carmella que, mesmo à distância, me apoiaram e cuidaram de mim.

Aos colegas do mestrado, em especial a Sabrina, com quem dividi as dores e delícias deste caminho.

Ao Luis, por todo amor, paciência e apoio.

À vó Ana e ao vô Hélio por terem sido, durante sua existência, grandes incentivadores. A todos que me ajudaram até aqui, muito obrigada!

*"Eu queria decifrar as coisas que são importantes. E estou contando não é uma vida de sertanejo, seja se for jagunço, mas a matéria vertente. Queria entender do medo e da coragem, e da gã que empurra a gente para fazer tantos atos, dar corpo ao suceder."*

João Guimarães Rosa em Grande Sertão: Veredas

## RESUMO

Embora exista um processo biológico de declínio no envelhecimento, a sua expressão pode variar de acordo com características subjetivas do indivíduo dentre as quais figura o senso de autoeficácia. A autoeficácia (AE) é um constructo da Teoria Social Cognitiva desenvolvido por Albert Bandura na década de 70. Ela determina como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos. Expressa o quanto uma pessoa vê-se incentivada para agir ou persistir diante de uma tarefa difícil. Em idosos, especificamente, observa-se que ela tem importante função de atenuar o impacto das perdas atuando como recurso protetor no envelhecimento. Diante da importância da AE para a manutenção de hábitos e desfechos saudáveis na velhice, faz-se necessário compreender como ela se apresenta nesse período da vida. Além disso, é importante investigar o que pode afetá-la, considerando as perdas e ganhos associados ao envelhecimento. Com intuito de esclarecer esses aspectos, esta dissertação apresenta estudos conduzidos que geraram dois manuscritos: o primeiro de revisão integrativa para identificar estudos longitudinais que investigaram a variável AE como desfecho, e o segundo de pesquisa empírica referente a estudo transversal descritivo com uma amostra de idosos comunitários que buscou verificar a associação da AE com fatores biopsicossociais. Os resultados da revisão demonstraram que variáveis socioeconômicas, de condição física e percepções subjetivas de limitações físicas geram efeitos na AE de idosos. O estudo empírico trouxe evidências que as dimensões social, física e psicológica se relacionaram com a AE. Os achados da dissertação indicam um panorama sobre potenciais fatores de risco para diminuição da AE, bem como condições as quais lhe são favoráveis. Conhecer a AE permite avançar em modelos explicativos e propostas de pesquisa e intervenções em saúde com vistas a promover o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Autoeficácia; Aspectos biopsicossociais, Idosos; Envelhecimento.

## **ABSTRACT**

Although there is a biological process of decline in aging, its expression may vary according to the individual's subjective characteristics, among which is the sense of self-efficacy. Self-efficacy (SE) is a construct of Social Cognitive Theory developed by Albert Bandura in the 70's. It determines how people feel, think, motivate and behave through cognitive, motivational, affective and selective processes and expresses how much a person is encouraged to act or persist in the face of a difficult task. In the elderly, specifically, it is observed that it has an important role in mitigating the impact of losses, acting as a protective resource in aging. Given the importance of SE for the maintenance of healthy habits and outcomes in old age, it is necessary to understand how it presents itself in this period of life. In addition, it is important to investigate what can affect it, considering the losses and gains associated with aging. In order to clarify these aspects, the present dissertation describes studies conducted that generated two manuscripts: the first of an integrative review to identify longitudinal studies that investigated the variable SE as an outcome, and the second empirical referring to a descriptive cross-sectional study with a sample of community dwelling elderly that sought to verify the correlation between SE and biopsychosocial factors. The results of the review showed that socioeconomic variables, physical condition and subjective perceptions of physical barriers generate effects on the SE of the elderly. The empirical study brought evidence that the social, physical and psychological dimensions were related to SE. The findings of the dissertation indicate an overview of potential risk factors for decreased SE, as well as conditions that are favorable to it. Knowing SE allows advancing in explanatory models, research proposals and health interventions with a view to promoting healthy aging.

**Keywords:** Self-efficacy; Biopsychosocial aspects; Elderly; Aging.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD –	Atividade Avançadas de Vida Diária
ABVD –	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD –	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AE –	Autoeficácia
BACE –	Back Complaint in the Elders
CID –	Classificação Internacional de Doenças
CNF –	Cadastro Nacional de Falecidos
CONEPE/MS –	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde
DeCS –	Descritores em Ciências da Saúde
DP –	Desvio-padrão
EAGP –	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
FES –	Falls Efficacy Scale
FIBRA –	Fragilidade de Idosos Brasileiros GDS – <i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IQCODE –	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>
JF –	Juiz de Fora
MEEM –	Mini Exame do Estado Mental
MESH –	Medical Subject Headings
MSEQ –	Memory Self-Efficacy Questionnaire
MOCA –	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana da Saúde
PICOD –	População, Intervenção, Controle, Desfecho, Desenho)
SciELO –	Scientific Electronic Library Online
TCLE –	Termo De Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF –	Universidade Federal de Juiz de Fora

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

- Figura 1 – Fluxograma sobre influência da autoeficácia sobre o comportamento humano ..... 15
- Figura 2 – Fluxograma dos processos de triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos .....24

### Quadro

- Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho ..... 26

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Descrição da autoeficácia segundo dados sociodemográficos – 2022 .....	45
Tabela 2 – Descrição da autoeficácia segundo dados sociodemográficos -2022 .....	46
Tabela 3 – Relação entre autoeficácia e variáveis categóricas – 2022 .....	47
Tabela 4 – Associação entre autoeficácia e variáveis numéricas – 2022 .....	49

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>MANUSCRITOS</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Uma revisão integrativa de estudos longitudinais sobre a autoeficácia em idosos</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Metodologia</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Características dos estudos incluídos</b> .....	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Autoeficácia e sua relação com dimensões biopsicossociais em idosos comunitários: um estudo transversal (FIBRA-JF)</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Método</b> .....	<b>39</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Participantes</b> .....	<b>39</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Procedimentos</b> .....	<b>39</b>
<b>4.2.4</b>	<b><i>Instrumentos</i></b> .....	<b>41</b>
<b>4.2.5</b>	<b>Dimensão Social</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2.6</b>	<b>Dimensão física</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2.7</b>	<b>Análise de dados</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética</b> .....	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, fenômeno que ocorre mundialmente, é resultado das melhores condições sanitárias experimentadas pelas coortes mais recentes e, apesar de expressar grandes avanços, traz também efeitos preocupantes uma vez que a vida útil saudável e livre de doenças não tem aumentado proporcionalmente à longevidade (PARTRIDGE; DEELEN; SLAGBOOM, 2018). O avanço da idade tem destacado o risco de as pessoas idosas portarem doenças crônicas e vivenciarem prejuízos em diversas áreas de suas vidas. Diante disso, um dos desafios e objetivos da atualidade é a compressão da morbidade (FLATT; PARTRIDGE, 2018). Isto significa promover condições para que se adie ao máximo a idade de manifestação das morbidades e, conseqüentemente, aumente-se a quantidade de tempo vivido com qualidade e sem incapacidade (CAMARGOS *et al.*, 2019).

Na busca pela qualidade de vida na velhice, outra discussão tem sido acerca do envelhecimento saudável que, segundo a (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2015, p. 13), é o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada.”. Considera-se nesse debate a necessidade de dedicar esforços para identificar variáveis que se relacionam com cuidados em saúde e com o bem estar a fim de promover qualidade de vida para a população idosa. Nesta perspectiva, o enfoque está no entendimento de que uma boa saúde proporciona mais vida aos anos, ou seja, o desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional gera conseqüentemente bem-estar na idade avançada. Entretanto, é importante salientar que o foco não está na ausência de doenças, mas na valorização da funcionalidade, de modo que, mesmo que a pessoa idosa tenha alguma condição que diminua sua capacidade física e/ou mental, ela possa fazer coisas as quais valoriza (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2020).

Embora exista um processo biológico de declínio no envelhecimento, a sua expressão pode variar de acordo com características subjetivas do indivíduo, dentre as quais figura o senso de autoeficácia (AE) (NERI, 2006). A autoeficácia é um constructo da Teoria Social Cognitiva desenvolvido por Albert Bandura na década de 70 (BANDURA, 1977). Ela diz respeito “às crenças de alguém em sua capacidade em organizar e executar cursos de ação requeridos para produzir certas realizações” (BANDURA, 1997, p. 3). Determina como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos. E expressa o quanto uma pessoa vê-se incentivada para agir ou persistir diante de uma tarefa difícil (BANDURA, 1994).

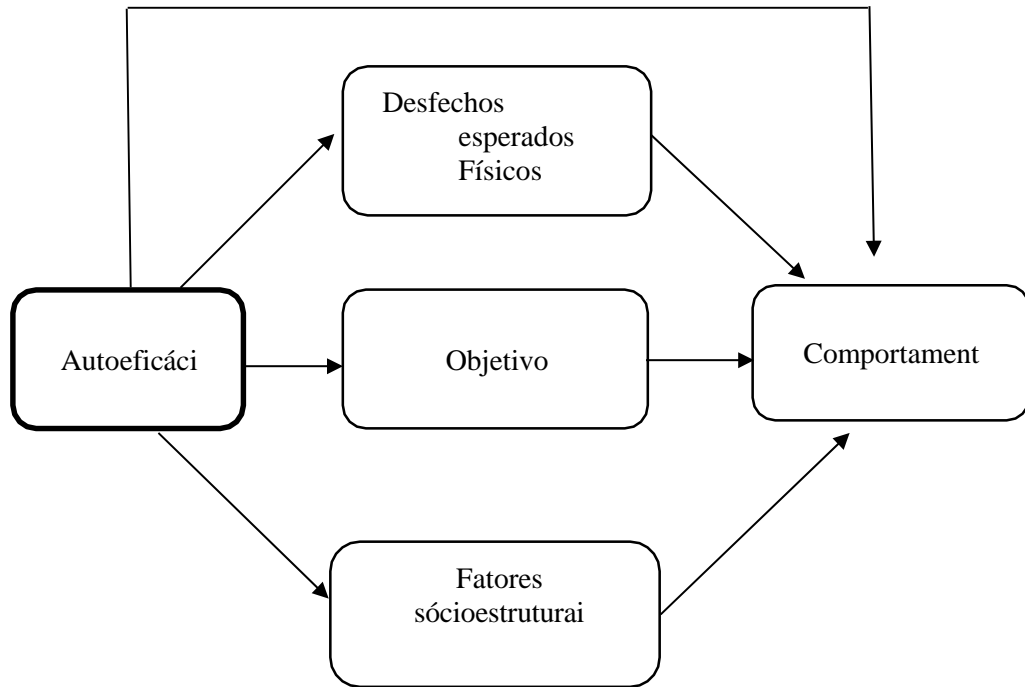
Considerando que o envelhecimento saudável reflete as condições biopsicossociais do

curso de vida, pesquisas tem demonstrado que a autoeficácia está relacionada com a adoção de hábitos saudáveis entre crianças, adolescentes e adultos (SATOBA; FLÓREZ FLÓREZ, 2018; KASMAEI *et al.*, 2019; MEDRANO-UREÑA; ORTEGA-RUIZ, BENÍTEZ-SILLERO, 2020) e variáveis como funcionalidade, saúde mental, qualidade de vida e enfrentamento adaptativo em doentes crônicos (ELLER *et al.*, 2018). Em idosos, especificamente, observa-se que ela tem importante função de atenuar o impacto das perdas atuando como recurso protetor no envelhecimento (FONTES, AZZY, 2012).

O modelo social cognitivo desenvolvido por Bandura (2012) fundamenta-se na perspectiva de agência em que existe uma considerável influência da intencionalidade do agente sobre o próprio funcionamento e sobre os eventos de vida. O funcionamento humano é decorrente da interação entre determinantes pessoais, comportamentais e ambientais. Nesta dinâmica, a autoeficácia é o principal componente dos determinantes pessoais. Isso significa que embora os seres humanos não possam controlar aspectos de sua vida, sobretudo ambientais, existe, nesta perspectiva, algum nível de responsabilidade do agente que se manifesta pela sua forma de interpretação e reação aos fatos. Além disso, as atividades e ambientes escolhidos pelos indivíduos afetam o curso de suas vidas, ou seja, as pessoas exercem influência sobre o que podem controlar, mas diante de situações em que não podem controlá-las diretamente, a forma como mobilizam recursos próprios, ou por procuração, impacta nos seus desfechos (BANDURA, 2012).

Portanto, na interação entre fatores pessoais, dentre os quais a autoeficácia é protagonista, o comportamento e os determinantes ambientais podem gerar efeitos mais ou menos positivos para os indivíduos. A automotivação e a autorregulação da ação estão conectadas e o papel da autoeficácia é tanto afetando o comportamento diretamente quanto influenciando outros determinantes conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma sobre influência da autoeficácia sobre o comportamento humano



Fonte: BANDURA, 2012.

Bandura (1994) faz uma análise sobre a natureza e o alcance da autoeficácia no curso de vida tomando como referência as mudanças normativas do desenvolvimento humano. Em relação ao período de idade avançada, o autor salienta que se trata de um período em que os idosos reavaliam suas capacidades ponderando as perdas e ganhos vivenciados até o momento.

Em situações de estresse, a autoeficácia aumenta o ajuste psicológico levando a efeitos protetores da saúde mental em idosos como a diminuição de sintomas psicopatológicos (SCHÖNFELD; PREUSSER; MARGRAF, 2017). Segundo Cruz *et al.* (2017), a autoeficácia está relacionada com o envelhecimento ativo e bem sucedido o que favorece a independência e proatividade nos idosos. Além de ajudar a iniciar, manter ou retomar hábitos saudáveis (WARNER *et al.*, 2014), as crenças de eficácia pessoal podem ser mediadoras do status emocional de idosos que possuem doenças crônicas, auxiliando no enfrentamento e no manejo dos problemas de saúde (RABELO; CARDOSO, 2007)

Em revisão sistemática realizada por Martinez, Magalhães e Pedroso (2018), a autoeficácia foi relacionada a temas como longevidade, bem-estar, qualidade de vida, bem como a depressão. As pesquisas contempladas nesse estudo apresentaram resultados semelhantes quanto à conclusão de que a autoeficácia atua como fator protetivo no

envelhecimento e também como um fator bidirecional por se comportar exercendo influência e sendo influenciada por experiências de vida. Na direção da autoeficácia exercendo influência sobre outras variáveis em idosos, estudos demonstraram efeito positivo dessa crença na realização de atividade física, no controle de dor, na funcionalidade e na qualidade de vida (McPHEE *et al.*, 2016; NIKNEJAD *et al.*, 2018; HERRERA-PONCE, 2011). Quanto a autoeficácia sendo influenciada por outras variáveis, estudos indicaram que desempenhos de memória e de raciocínio, participação em atividades de aprendizagem contribuem para o aumento de autoeficácia em idosos, enquanto o estresse e os estereótipos da idade impactaram negativamente nesta crença (MARTINEZ *et al.*, 2018).

Diante da importância da autoeficácia para a manutenção de hábitos e desfechos saudáveis na velhice, faz-se necessário compreender como ela se apresenta nesse período da vida. Além disso, é importante investigar o que pode afetá-la, considerando as perdas e ganhos associados ao envelhecimento. Com intuito de esclarecer esses aspectos, na presente dissertação foram conduzidos dois estudos:

- 1) estudo de revisão integrativa para identificar estudos longitudinais que investigaram a variável autoeficácia como desfecho;

- 2) estudo transversal descritivo com uma amostra de idosos comunitários que buscou verificar a associação da autoeficácia com fatores biopsicossociais. Desta forma, espera-se ampliar a compreensão sobre a autoeficácia no envelhecimento e seus fatores associados.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando o cenário mundial de envelhecimento populacional e seus desafios, recomenda-se que sejam realizadas pesquisas que consigam abordar necessidades dos idosos e relacionar condições e determinantes multidimensionais do envelhecimento saudável (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). No intuito de favorecer a qualidade de vida de pessoas idosas, são desejáveis que se conheçam e se produzam evidências científicas sobre fatores associados ao envelhecimento saudável. Um deles é a autoeficácia uma vez que ela revela ser importante para a inicialização e manutenção de hábitos saudáveis em idosos (MARQUES, 2018). Segundo Bandura (1994), idosos com forte senso de autoeficácia se esforçam mais em suas ações o que potencializa seu funcionamento nas diversas áreas de suas vidas. Um reflexo disso é uma bem sucedida manutenção de aspectos físicos, sociais e intelectuais (NADAI; PINHEIRO; PINHEIRO; MELO, 2018).

Para demonstrar essa teoria, pesquisadores tem se dedicado a avaliar como a autoeficácia impacta em comportamentos de saúde (LUSZCZYNSKA; SCHWARZER, 2020) e, dentre eles, na prática de atividade física entre idosos (NOTTHOFF, 2017; WARNER, 2018). Também tem descrito a relação da autoeficácia com autocuidado em idosos em condições como o diabetes (FADAYEVATAN *et al.*, 2016), hipertensão (GIENA; THONGPAT; NITIRAT, 2018; KIM; JANG; PARK; MIN, 2020; LEE; PARK, 2017) e acidente vascular cerebral (NOTT *et al.*, 2021)

Bandura (1997) considera que a autoeficácia pode ser resultante de experiências bem sucedidas, modelos sociais, persuasão verbal, estados somáticos e emocionais. Este fundamento embasou estudos de intervenção para aumentar a autoeficácia de idosos (AGHAMOHAMMADI, 2017; HYUNG, 2016; NIKNEJAD *et al.*, 2018; TONG; CHAI; LEI; LIU; YANG, 2018; OH, & KANG, 2019; SAUNDERS, VEGA, IANELLI, CROSS, & ATTOE, 2021; TOLEDANO-GONZÁLEZ, LABAJOS-MANZANARES, & ROMERO-AYUSO, 2019), entretanto, é relevante explorar por meio de estudos observacionais como as condições de vida presentes no envelhecimento facilitam ou dificultam a expressão da autoeficácia em idosos.

Fonte para a promoção do envelhecimento saudável, a autoeficácia é um preditor de saúde em pessoas com idades avançadas. Diante disso é necessário estudá-la nessa população, identificando como ela se apresenta em idosos comunitários e sua relação com fatores associados ao envelhecimento em suas diversas dimensões. Segundo Zangirolami-Raimundo, Echeimberg e Leone (2018) um estudo transversal permite extrair de suas análises fatores de

risco e de proteção sobre determinada condição. Neste sentido um estudo com esse desenho permite conhecer tais fatores em relação a autoeficácia em idosos e, por meio da comparação com outros estudos de metodologia similares, identificar semelhanças e diferenças na sua apresentação em diferentes regiões e culturas.

Além disso, faz-se necessário identificar os fatores de exposição do curso de vida que produzem efeitos na autoeficácia dos indivíduos com idades mais avançadas. Tais achados podem ser relevantes para o entendimento das condições de vida que impactam na autoeficácia de idosos, dando suporte para ações mais abrangentes e coletivas com foco neste desfecho.

Com vistas a avaliar e analisar dados observacionais, de forma empírica, por meio de um manuscrito de estudo transversal, e por um manuscrito de análise bibliográfica de estudos longitudinais, esta dissertação busca obter dados fidedignos que possam elucidar a expressão da autoeficácia em idosos. Os resultados podem ser úteis para certificar ou gerar novas hipóteses sobre o tema, bem como identificar ou gerar lacunas contribuindo para o conhecimento científico sobre o envelhecimento.

### 3 OBJETIVOS

#### a) Geral

Explorar e discutir evidências dos fatores que interferem na autoeficácia de idosos e descrever a autoeficácia e seus determinantes sociais, físicos e psicológicos em idosos comunitários.

#### b) Específicos

##### – Estudo I

Descrever e analisar, por meio de uma revisão integrativa, as evidências em estudos longitudinais sobre fatores de exposição que interferem na autoeficácia de pessoas idosas.

##### – Estudo II

(a) descrever a autoeficácia segundo fatores sociais (dados sociodemográficos, expectativa de suporte social e apoio social);

(b) avaliar a associação entre autoeficácia e fatores de saúde física (presença agravos de saúde, avaliação subjetiva de saúde, e funcionalidade);

(c) avaliar a associação entre autoeficácia e fatores de saúde mental (sintomas depressivos, satisfação com a vida e desempenho cognitivo).

## 4 MANUSCRITOS

### 4.1 Uma revisão integrativa de estudos longitudinais sobre a autoeficácia em idosos

Envelhecer com qualidade de vida tem sido um dos focos atuais da humanidade e para isso faz-se necessário compreender quais aspectos dificultam ou potencializam o envelhecimento bem-sucedido (HANSEN *et al.*, 2021; LÉON *et al.*, 2020). Um componente psicológico amplamente reconhecido como preditor deste modo de envelhecer é o senso de autoeficácia, que é uma crença, ou a autopercepção de um indivíduo, acerca de suas capacidades (REMM *et al.*, 2021; WU & SHENG, 2019).

A autoeficácia (AE), constructo da Teoria Social Cognitiva desenvolvido na década de 70 por Albert Bandura, expressa o quanto uma pessoa se percebe motivada para agir ou persistir diante de uma tarefa difícil. Uma visão mais eficaz sobre si favorece realizações pessoais e reduz o estresse e a vulnerabilidade à depressão (BANDURA, 1994). Diante de situações de estresse, por exemplo, a AE atua como fator de resiliência (SCHUELER *et al.*, 2021) gerando efeitos protetores como a diminuição de sintomas psicopatológicos (SCHÖNFELD; PREUSSER; MARGRAF, 2017; SCHÖNFELD *et al.*, 2019). A relação entre baixa AE e estados depressivos e ansiosos, especificamente, também tem sido demonstrada por outras pesquisas recentes (CHEN *et al.*, 2020; IMAI *et al.*, 2020; LEMOS, 2021; PASHA *et al.*, 2021; TORRISI *et al.*, 2018).

A AE envolve processos cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos. Bandura (1994), em seu modelo teórico, descreve o desenvolvimento da AE ao longo do curso de vida demonstrando seu aspecto bidirecional, multideterminado e mutável. Neste sentido, aspectos culturais tem um importante papel, pois definem o acesso a oportunidades sociais e ambientais que favorecem o desenvolvimento da AE.

Segundo Bandura (1997), a AE pode ser desenvolvida por meio de quatro fontes principais:

- 1) experiências de domínio que se referem às experiências que uma pessoa viveu na superação de um obstáculo ou alcance de objetivo;
- 2) modelos sociais (experiências vicárias) que correspondem a observação de pessoas semelhantes sendo bem sucedidas em algum empreendimento por meio de esforços sustentados;

3) persuasão verbal que é o efeito de comentário, estímulo verbal e reconhecimento, realísticos, de uma pessoa significativa sobre a outra; e

4) estados somáticos e emocionais que, a depender de como eles são vivenciados e interpretados, podem influenciar no julgamento que as pessoas fazem de suas capacidades (Bandura, 1997). Estas fontes, porém, não influenciam automaticamente a AE; uma vez que outros fatores, sobretudo contextuais e sociais, interferem no modo como as pessoas interpretam e respondem às fontes de AE (KLASSEN; KLASSEN, 2018).

A AE vem sendo associada a variáveis de bem-estar e a outros determinantes do processo de envelhecimento saudável. Cruz *et al.* (2017), por exemplo, demonstraram que proatividade, independência, autodireção na saúde, cidadania, autoestima, afetividade positiva e satisfação com a vida estavam relacionadas com a AE de idosos. Também foi constatada a relação entre AE e longevidade, bem-estar e qualidade de vida (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDROSO, 2018). Nos idosos, a AE pode predizer fragilidade incidente (Hladek *et al.*, 2021) em pessoas idosas com diabetes e em sofrimento emocional (AZADBAKHT *et al.*, 2021). Seus efeitos são observados positivamente na participação social (HOSSEINGHOLIZADEH *et al.*, 2019) e na manutenção ou retomada de hábitos saudáveis (WARNER *et al.*, 2014).

Diversos estudos transversais foram conduzidos para compreender a AE e seus fatores associados em idosos (WANG *et al.*, 2019; PATRÃO; ALVES; SOUZA NEIVA, 2019; TIMALSINA; SONGWATHANA; SAE-SAI, 2022; PETERS; POTTER; KELLY; FITZPATRICK, 2019; NIU; WILLOUGHBY; ZHOU, 2021; CHENG *et al.*, 2018; NIEBOER; HAJEMA; CRAMM, 2020; SCHEFFER; MENTING; BOEIJE, 2021). Assim como diversos ensaios clínicos buscaram estratégias para aumentar este desfecho (AGHAMOHAMMADI, 2017; HYUNG, 2016; TOLEDANO-GONZÁLEZ *et al.*, 2019; NIKNEJAD *et al.*, 2018; TONG; CHAI, LEI; LIU; YANG, 2018; OH; KANG, 2019; SAUNDERS; VEGA; IANELLI; CROSS; ATTOE; 2021; TOLEDANO-GONZÁLEZ; LABAJOS-MANZANARES; ROMERO-AYUSO, 2019). Portanto, observa-se um predomínio de estudos transversais e de intervenção clínica para compreensão da AE na velhice.

Entretanto, estudos longitudinais também são valiosos na área do envelhecimento uma vez que este desenho permite esclarecer mudanças intraindividuais, interrelações e análise de determinantes (SCHAIE, 2005; MARTIN, 2019; MURPHY, 2021). Assim, desenhos de estudos observacionais longitudinais são metodologicamente interessantes para investigar possíveis determinantes da AE em idosos atrelados a situações ou exposições que não são possíveis ou indicadas de verificação por meio de experimentos.

Considerando a importância do senso de AE para o envelhecimento bem sucedido, seu aspecto mutável e as diferentes fontes para seu desenvolvimento, o presente artigo buscou investigar, por meio de uma revisão integrativa, quais fatores impactam na AE de idosos. Especificamente, objetivou-se identificar estudos longitudinais que avaliaram a AE e disponibilizaram evidências sobre os principais instrumentos e fatores de exposição associados a este desfecho.

#### 4.1.1 Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, por meio de uma abordagem ampla, que seguiu seis etapas: a) elaboração de pergunta norteadora; b) busca na literatura; c) coleta de dados;

d) análise crítica dos estudos selecionados; e) discussão dos resultados; f) apresentação da revisão realizada (SOUZA; SILVA; Carvalho, 2010). A pergunta norteadora foi: quais fatores do curso de vida impactam na AE de idosos?

Utilizando a adaptação do acrônimo População, Intervenção, Controle, Desfecho, Desenho (PICOD) para a responder à pergunta de interesse, chegou-se aos itens: população, desfecho e desenho. E, para busca, determinou-se como população a palavra “idoso” e seus sinônimos nos resumos, como desfecho a “autoeficácia” no título e “estudo observacional longitudinal” correspondendo ao desenho do estudo no texto. A busca ocorreu no primeiro semestre de 2022, em cinco bases de dados: PsychInfo, Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para busca na *PsychInfo* foi utilizado o *APA Thesaurus of Psychological Index Terms* que identificou os termos *Aged (Attitudes Toward)*, “*Older Adulthood*”, “*Self-efficacy*”, “*self efficacy*”, “*Prospective Studies*”, “*Followup Studies*”, “*Retrospective Studies*”, “*Longitudinal Studies*”. Na Pubmed foram utilizados os descritores do vocabulário *Medical Subject Headings* (MeSH) na língua inglesa: *self efficacy*; *efficacy*, *self*; *aged* e *elderly* e a expressão “*older adults*” por decisão da autora. Os termos *Self efficacy* e *aged* ou *elderly* foram utilizados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – Terminologia em Saúde para levantamento de estudos na plataforma LILACS da plataforma BVS. No BDTD foram utilizadas as palavras-chave “idoso”, “idosos”, “pessoas idosas”, “autoeficácia”, “autoeficácia”, “estudo longitudinal”, “estudo retrospectivo”, “*follow-up*”, “estudo prospectivo”, “seguimento” e “estudo observacional”. Na SciELO utilizou-se as palavras-chave “*Aged*”, “*elderly*”, “*older*

*adults*”, “*self efficacy*”, “*self-efficacy*”. Nesta plataforma não foi utilizado na busca os termos referentes ao desenho de estudo uma vez que isso pareceu restringir significativamente a quantidade de artigos. Sendo assim, a seleção dos estudos por desenho foi realizada manualmente nas etapas posteriores. Os operadores booleanos utilizados foram *OR* para os sinônimos e *AND* para cruzamento dos descritores.

Os estudos selecionados para análise deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: população com 60 anos ou mais; estudos do tipo quantitativo observacionais longitudinais que pesquisaram a AE como desfecho, publicados entre 2012 e 2022. Foram realizadas 4 etapas de análise para exclusão:

- 1) estudos repetidos ou duplicados;
- 2) leitura do título; 3) leitura do resumo; e
- 4) leitura do texto completo.

Foram excluídos os artigos que apresentavam amostras com idade inferior a 60 anos ou que não analisaram grupos etários a partir dos 60 anos; cujo desenho de estudo não era do tipo observacional longitudinal como estudos transversais, ensaios clínicos randomizados, revisões de literatura, dentre outros; AE como variável independente ou mediadora, com exceção, neste último caso, dos estudos que também avaliaram a AE como desfecho.

As buscas nas bases de dados foram conduzidas por um único pesquisador, mas a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos foi realizada de forma independente por dois revisores. Houve discordância quanto à inclusão de apenas um artigo. Esta discordância foi resolvida por consenso e com o suporte de um terceiro revisor.

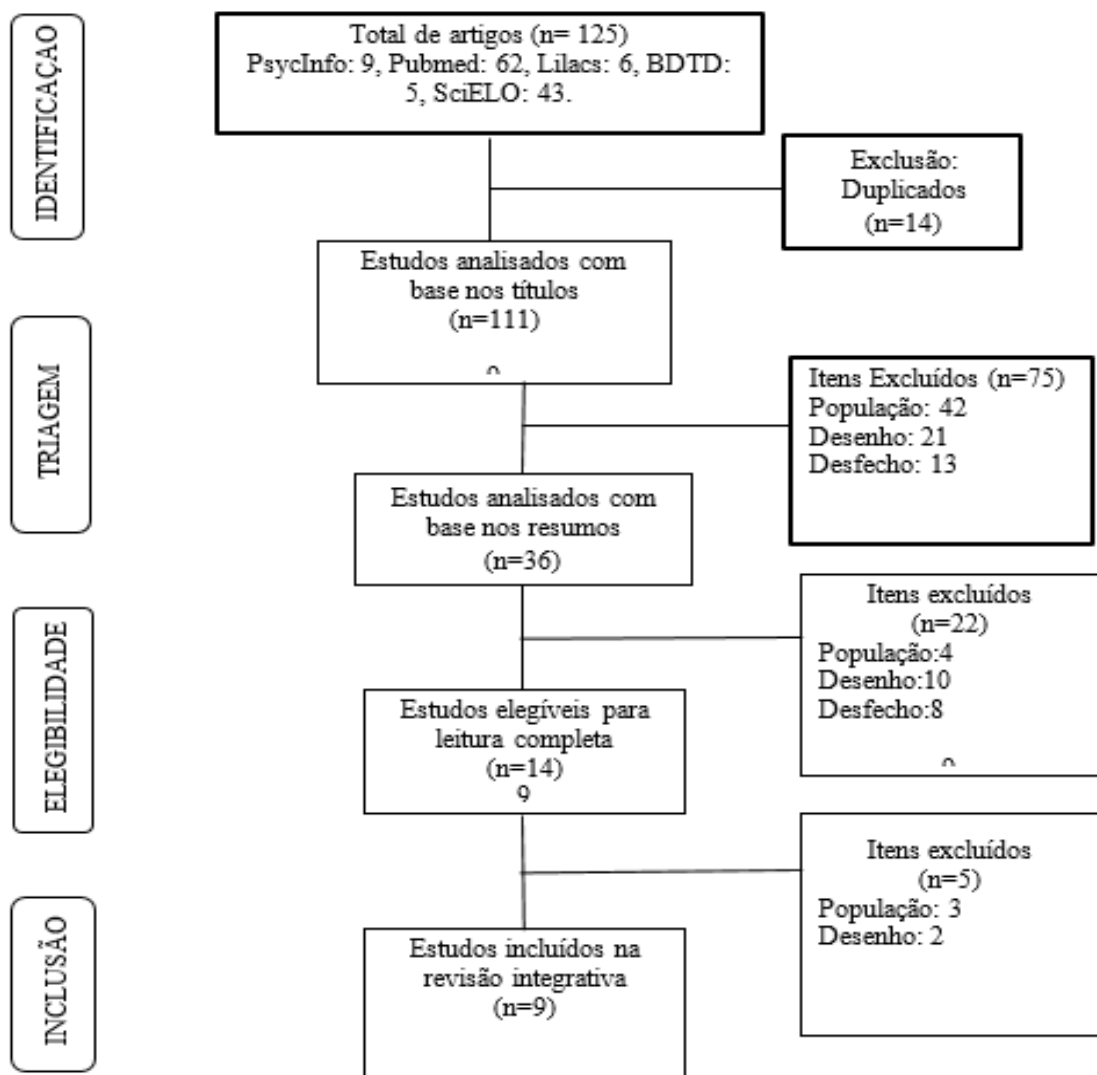
A análise dos artigos selecionados ocorreu considerando as seguintes categorias: ano e local do estudo; tipo de população estudada (clínica ou comunitária); tamanho da amostra; idade (categórica ou contínua, se houve diferenciação de grupos etários); instrumentos utilizados para avaliar a AE; exposições ou variáveis independentes estudadas; explicação teórica para os resultados encontrados.

#### **4.1.2 Resultados**

Foram encontrados inicialmente 125 publicações nas cinco bases de dados pesquisadas a partir dos descritores e/ou palavras-chaves. Foram excluídos 14 por estarem duplicados. A partir da leitura dos títulos, foi possível identificar 75 estudos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão (população idosa, AE como desfecho, desenho de estudo longitudinal). Nas publicações restantes, a partir da leitura dos resumos, foram excluídos mais 22 estudos. No

final selecionou-se 14 estudos que cumpriam os critérios de inclusão para esta revisão bibliográfica. Estes artigos foram lidos e analisados na íntegra, e verificou-se que 9 respondiam aos objetivos deste estudo. A figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Figura 2 - Fluxograma dos processos de triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos



Fonte: Elaboração da autora, 2024.

#### 4.1.4 Características dos estudos incluídos

As características dos estudos incluídos nesta revisão integrativa estão descritas na tabela 1, dos nove estudos, um era alemão (WARNER; WOLFF; SPULING; WURM, 2014), dois australianos (CALLANDER; SCHOFIELD, 2017; MEYER, HICKSON, FLETCHER, 2014), um chinês (TANG, *et al.*, 2021), um taiwanês (CHEN; HSU; TUNG; Pan, 2013), um japonês (FURUTO; YUKI, 2014), dois brasileiros (ROSANTI; DA SILVA; SANTOS, 2014; MAGALHÃES, 2019) e um dinamarquês (MADSEN; BAATH, BERTHELSEN; HOMMEL, 2019). Dos 9 estudos analisados, 8 eram de artigos publicados em periódicos científicos e um correspondeu a literatura cinzenta (MAGALHÃES, 2019). O período de seguimento destes estudos variou de 7 semanas a 3 anos e o total da população estudada, de 31 a 3.479 idosos. Seis estudos foram conduzidos com idosos comunitários e três com amostras clínicas. A AE enquanto desfecho variou entre geral (CALLANDER; SCHOFIELD, 2017; MADSEN *et al.*, 2019; TANG, *et al.*, 2021) e por domínios específicos: gestão em saúde (CHEN *et al.*, 2013), atividades de vida diárias (FURUTO; YUKI, 2014), memória (ROSANTI, *et al.*, 2014), quedas (MAGALHÃES, 2019), aparelho auditivo (MEYER *et al.*, 2014) e atividade física (WARNER *et al.*, 2014). Houve uma grande variedade de instrumentos utilizados entre os estudos, porém, todos eram do tipo resposta *Likert*, gerando medidas numéricas. A quantidade de itens das escalas variou de cinco (CHEN; HSU; TUNG; PAN, 2013) a 16 (MAGALHÃES, 2019).

Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho

(Continua)

Autores (ano de estudo)	Desenho	População	Desfecho	Exposição / variáveis independentes	Instrumento utilizado para avaliar AE
Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho	Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho	Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho	Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho	Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho	Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho
Furuto e Yuki (2014).	Longitudinal Prospectivo (seguimento 1 ano).	155 idosos (≥65 anos) comunitários.	AE para atividades de vida diárias.	Progressão de cefaleia	Escala de autoeficácia para quedas de Soyano (Soyano, 2005).
Rosanti, Silva & Santos (2014).	Longitudinal Prospectivo caso controle (seguimento 1 ano).	31 idosas (entre 60 e 70 anos) comunitárias.	AE para memória	Atividade física	<i>Memory Self-Efficacy Questionnaire (MSEQ)</i> (Yassuda, Lasca e Neri, 2005).

Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho  
(Continuação)

Autores (ano de estudo)	Desenho	População	Desfecho	Exposição/variáveis independentes	Instrumento utilizado para avaliar AE
Callander e Schofield (2017).	Longitudinal Prospectivo (seguimento: 3 anos).	858 idosos ( $\geq 65$ anos) comunitários.	AE geral.	Estar na pobreza por 1 ano de 2008 a 2011; na pobreza por 2 anos de 2008 a 2011; na pobreza por 3 anos ou mais de 2008 a 2011	Pearlin and Schooler Mastery Scale (Pearlin e Schooler, 1978).
Madsen, Baath, Berthelsen e Hommel (2019).	Longitudinal Prospectivo (Seguimento: 3, 6 e 12 meses).	38 Idosos (<65 anos) com amputação de membros inferiores hospitalizados.	AE geral.	Tempo após amputação de membros inferiores e idade.	Escala de autoeficácia Geral (Schwarzer e Jerusalém, 1995).
Magalhães (2019).	Longitudinal Prospectivo (Seguimento: 1 ano).	446 idosos ( $\geq 60$ anos) comunitários	AE em evitar quedas.	Intensidade e incapacidade ocasionadas por dor lombar.	<i>Falls Efficacy Scale</i> (FES-I) (Camargos, Dias, Dias e Freire, 2010).

Quadro 1 – Características dos estudos longitudinais com idosos que avaliaram a autoeficácia como desfecho

(Conclusão)

Autores (ano de estudo)	Desenho	População	Desfecho	Exposição / variáveis independentes	Instrumento utilizado para avaliar AE
Warner <i>et al.</i> (2014).*	Longitudinal Prospectivo (seguimento: 7 e 11 semanas).	153 idosos (≥64 anos) comunitários.	AE para atividade e física.	Limitações gerais de saúde e limitações somáticas e afetivas Percebidas.	Questionário de seis itens (Scholz <i>et al.</i> , 2005).
Tang, <i>et al.</i> (2021).	Longitudinal Restrospectivo o caso controle (seguimento: 3 meses).	221 idosos (≥60 anos) com fratura de quadril.	AE geral.	Retenção urinária pós operatória.	Escala de autoeficácia geral (Wang, Hu, Liu, 2001).
Meyer, Hickson e Fletcher (2014).	Longitudinal Retrospectivo (seguimento: 6 a 24 meses).	307 idosos (≥60 anos) com deficiência auditiva.	AE para aparelho auditivo (manejo e adaptação)	Possuir ou não aparelho auditivo.	MARSH-A Measure of Audiologic Rehabilitation Self Efficacy for Hearing Aids (West & Smith, 2007).

Nota: \*Estudos em que a autoeficácia também foi avaliada como mediadora de outros desfechos. Fonte: Elaboração da autora, 2022.  
Fone: Elaboração da autora, 2024.

#### 4.1.4.1 Exposições investigadas em amostras de idosos comunitários

O estudo de Chen *et al.* (2013) teve por objetivo identificar a relação entre letramento em saúde e AE na gestão da saúde. Investigou ainda, como este desfecho se relaciona com utilização de serviços de cuidado preventivo. A variável independente – Letramento em saúde – foi obtida por meio de uma proxy construída com medidas de escolaridade, funcionamento cognitivo e conhecimento sobre doenças como prevenção de doença renal, diabetes e hipertensão. A medida de AE foi desenvolvida pelos autores e contemplou o nível de confiança autorrelatado pelo participante sobre atitudes preventivas em saúde. A análise foi realizada por meio da modelagem de equações estruturais. Os resultados mostraram que alto letramento em saúde esteve significativamente relacionado com alta AE na gestão da saúde ( $b = 0.373$ ,  $P < 0.001$ ), de modo que pessoas expostas ao letramento em saúde aumentam sua AE e, conseqüentemente, a utilização de serviços de cuidado preventivo.

Rosanti *et al.* (2014) realizaram um estudo caso-controle com 31 mulheres idosas, 17 fisicamente ativas e 14 sedentárias. Foi realizada uma comparação entre esses grupos quanto a mudanças, após um ano de seguimento, no perfil neuropsicológico e na AE para memória. Para esta medida o instrumento utilizado foi o Memory Self-Efficacy Questionnaire (MSEQ) (Berry, West, & Dennhey, 1989) validado e adaptado para o Brasil (Yassuda, Lasca, & Neri, 2005). Os resultados indicaram que na linha de base, embora houvesse uma maior AE para a memória em idosas ativas em relação às sedentárias, a diferença não era significativa, bem como não houve efeito na mudança para cada grupo após o período de avaliação. Porém, houve interação significativa [ $F(1,29) = 7,07$ ,  $p = 0,01$ ] entre o desempenho por grupo e o período de avaliação, com um aumento nas pontuações, após um ano, para o grupo ativo e uma ligeira diminuição nos escores para o grupo sedentário na autoavaliação da capacidade de executar tarefas que envolvem a memória, principalmente episódica de longo prazo.

Outra investigação sobre AE e atividade física foi a de Warner *et al.* (2014), realizada na Alemanha com idosos comunitários, mas neste estudo o objetivo foi identificar como barreiras gerais de saúde e de percepção de barreiras somáticas e afetivas – uma das fontes de AE descrita por Bandura (1997) – impactariam em medidas de AE e de atividade física. O estudo ocorreu em três tempos (seguimentos de 7 e 11 semanas), e a AE para atividade física foi analisada, em um dos modelos, como desfecho - tempo 2 (7 semanas após a linha de base). A variável independente de barreira geral de saúde foi obtida por indicadores de funcionamento físico (Teste de levantar da cadeira), dores corporais gerais por meio do *SF-8 item for bodily pain* (Beierlein, *et al.*, 2012), doenças por meio de uma lista de 15 doenças que causam limitações

funcionais obtidas pelo *Functional Comorbidity Index* (Groll *et al.*, 2005) e ocorrência de quedas nos últimos 12 meses. A variável percepção de barreiras somáticas e afetivas foi avaliada por meio de três perguntas sobre a percepção quanto a ausência de funcionamento físico, a existência de dor e existência de adoecimento físico. As respostas podiam variar dentro de uma escala de 1 (fortemente não concorda) a 4 (fortemente concorda), para identificar o impacto dessas percepções na AE para atividade física e no nível de atividade física do idoso. A medida de AE para atividade física utilizada foi uma escala não validada do tipo *Likert* de seis itens desenvolvida com base em estudo anterior (Warner *et al.*, 2014). A escala apresentava questões sobre capacidade do idoso em realizar, manter e recuperar atividades físicas. Foram realizadas análises descritivas, associação, análises de atrito, testes de multicolinearidade e *path analysis*. A percepção de falta de funcionamento físico foi significativamente relacionada com a AE ( $b = -.19, p = .002$ ), enquanto o funcionamento em si testado por meio do teste de elevação de cadeira não foi significativamente relacionado com a AE ( $b = 0,01, p = 0,561$ ). Percepção de dor dos participantes como barreira somática para ser fisicamente ativo foi relacionada à AE ( $b = -.24, p = .007$ ) enquanto a dor corporal geral não se associou com a AE ( $b = .01, p = .096$ ). O medo de queda enquanto barreira percebida foi o que mais impactou negativamente na AE ( $b = -.16, p = .006$ ), mas o número de quedas relatadas não se relacionou com a AE ( $b = -.02, p = .723$ ). Quanto às doenças, porém, tanto no seu aspecto objetivo (quantidade) quanto a sua percepção (barreira para realização de atividades físicas) não foram significativamente relacionados com a AE ( $b = -.10, p = .08$  e  $b = -.04, p = .151$ , respectivamente).

O estudo longitudinal conduzido por Callander e Schofield (2017) derivou do levantamento Household Income and Labor Dynamics in Australia (HILDA) que acontece anualmente, desde 2001, com amostra representativa da população australiana que vive em residências privadas com idade a partir dos 15 anos. O objetivo do estudo foi identificar se estar na pobreza por períodos extensos resulta na diminuição da percepção de AE. O estudo focou em idosos a partir dos 65 anos de idade que participaram das ondas 1-12, das quais as ondas de 7-11 mediram a AE dos participantes por meio da Pearlin and Schooler Mastery Scale (Pearlin, & Schooler, 1978). Trata-se de uma escala do tipo *Likert* que envolve 7 questões que analisa as percepções de pouco controle, impossibilidade de resolver problemas, não conseguir mudar coisas importantes na vida, sentir-se desamparado, sentir-se pressionado, futuro depender de si e conseguir fazer qualquer coisa. Foram selecionados para a linha de base idosos que em 2007 não se encontravam em estado de pobreza de acordo com o instrumento Freedom Poverty Measure (Callander, Schofield, & Shrestha, 2012). Esta medida foi desenvolvida especificamente para a população australiana e mede as dimensões renda, saúde e educação para

avaliar se um indivíduo se encontra em pobreza nestas múltiplas dimensões. Foi descrita a AE média para o grupo da linha de base em 2007 e para os grupos de pessoas que estavam na pobreza: por 1 ano de 2008 a 2011; por 2 anos de 2008 a 2011; ou por 3 anos ou mais de 2008 a 2011. Foi utilizado o teste *t* para comparar a média não ajustada da pontuação de AE entre os que viviam e os que não viviam na pobreza. Também foram aplicados modelos de regressão linear para determinar diferença das pontuações de auto eficácia entre os não estavam em situação de pobreza entre 2007 e 2011 (o grupo de referência), e aqueles que estavam na pobreza por diferentes períodos de tempo entre 2007 e 2011. Os resultados do estudo de Callander e Schofield (2017) confirmaram a hipótese inicial de que a pobreza impacta na AE de idosos. As análises demonstraram que pessoas que não cumpriam os critérios para pobreza entre 2007 e 2011 apresentaram um aumento na média da AE, e as pessoas que, em qualquer período de tempo entre 2008 e 2011, estavam em situação de pobreza tiveram um escore inferior na AE. Embora tenha havido declínio na média de AE em todos os grupos que estavam na pobreza, o impacto foi maior para pessoas do grupo com mais tempo na pobreza (3 anos ou mais), cerca de 24,4% ( $p < 0,0001$ ) menor que o grupo de base. Os demais grupos, dois anos e um ano na pobreza, apresentaram uma redução de 7% ( $p = 0,069$ ) e 6,8% ( $p = 0,006$ ) respectivamente.

Magalhães (2019) verificou, em estudo de seguimentos de 6 e 12 meses, a associação entre dor lombar e AE para evitar queda em idosos comunitários do estudo Back Complaint in the Elders (BACE - Brasil). Neste estudo participaram 578 idosos brasileiros com queixa de dor lombar aguda. Foi utilizado a *Numerical Rating Scale* (Bijur, Latimer, Gallagher, 2003) para avaliar a intensidade da dor e a *Rolland Morris Disability Questionnaire* (Nusbaum, Natour, Goldenberg, 2001) para avaliar a incapacidade por dor lombar. A AE para evitar quedas foi obtida por meio da *Falls Efficacy Scale* (FES-I) (Camargos, Dias, Dias e Freire, 2010). Para identificar a associação entre as variáveis independentes e a AE para quedas foi realizado o teste *Qui Quadrado de Pearson* para variáveis categóricas e teste *t* de Student para as variáveis contínuas em três momentos (linha de base, seis meses e 12 meses), o nível de significância deveria ser inferior a 0,05. Posteriormente, as variáveis que estiveram associadas com a AE foram inseridas em Modelos de Equações de Estimativa Generalizada. Assim, verificou-se que a AE para quedas foi impactada pelas variáveis: presença de dor intensa (OR 1,86 IC 95% 1,21-2,86;  $p=0,005$ ), incapacidade (OR 4,46 IC 95% 2,98 - 6,66;  $p < 0,001$ ), sexo feminino (OR 2,42 IC 95% 1,57 - 3,74;  $p < 0,001$ ) e a presença de mais de duas comorbidades (OR 1,92 IC 95% 1,30-2,86;  $p=0,001$ ).

O estudo observacional longitudinal de Furuto e Yuki (2014) investigou a relação entre a presença de cifose em idosos residentes em áreas montanhosas da cidade de Fukushima, no

Japão, e, dentre outros desfechos, a AE para atividades de vida diária. Foram selecionados 155 participantes que na linha de base foram divididos em dois grupos (com e sem cifose) a partir do método de medição de Milne *et al.* (2000). Esses idosos também responderam, dentre outras medidas, um instrumento de AE que englobava a escala de AE de Soyano (2005), do tipo *Likert* composta por 10 itens sobre a confiança em realizar atividades diversas sem cair. As medidas foram repetidas após um ano e os grupos foram redivididos em 3: sem cifose, com manutenção ou melhora da cifose e com deterioração ou piora da cifose. Foi, então, após um ano de seguimento, examinada a mudança na condição de cifose, bem como a mudança na AE para atividade de vida diária sem cair. A análise estatística foi realizada com o teste t pareado, ANOVA one-way e comparação de método de Bonferroni para as variáveis contínuas. O nível de significância foi de 5%. Os autores apontaram que idosos que apresentaram piora da cifose ou piora postural no início da velhice apresentavam AE para as atividades de vida diária diminuída.

#### **4.1.4.2 Exposições investigadas em amostras clínicas de idosos**

Com o intuito de investigar o efeito do tempo e da idade na AE geral, após amputação maior de membro inferior, dentre outras variáveis psicológicas, Madsen, Berthelsen e Hommel (2019) conduziram um estudo prospectivo de coorte com 103 pacientes dos quais 38 concluíram a participação em todas as etapas do estudo. Todos os participantes eram idosos e haviam realizado amputação maior de membros inferiores a nível do fêmur, joelho ou tíbia. A linha de base ocorreu de 3 a 6 dias após a amputação e o seguimento se deu nos 3º, 6º e 12º meses seguintes. Foram utilizados os mesmos instrumentos em todas as fases do estudo, incluindo a Escala de Autoeficácia Geral (Schwarzer, & Jerusalem, 1995) e adicionalmente os participantes foram questionados se haviam recebido próteses. As análises incluíram o teste qui-quadrado, teste de Mann Whitney, teste de Kruskal-Wallis H e análise de regressão múltipla. O valor de p definido foi <0,05. Os resultados indicaram que houve um aumento significativo da AE geral no 3º mês após a linha de base, porém esse aumento não se manteve significativo no 6º e no 12º mês. Também não houve diferenças significativas quando comparados os grupos etários <65 anos; 65-74 e 75 ou mais anos.

O estudo de Meyer *et al.* (2014) investigou como variáveis demográficas, deficiência visual, experiência no uso de aparelhos auditivos e ansiedade impactaram na AE para uso de aparelho auditivo. Um total de 307 idosos foram divididos em dois grupos: um de quem não possuía aparelhos auditivos (n=147) e outro de quem tinha entre 3 meses a dois anos de

experiência com o uso do aparelho auditivo (n=160) A AE, desfecho principal, foi obtida pela medida de AE de reabilitação audiológica para uso de aparelhos auditivos (MARSH-A) (West, & Smith, 2007) para o grupo que possuía aparelho e uma escala de 10 itens para examinar manejo básico e ajuste de aparelho. Foi realizada análise de regressão logística com intervalo de confiança de 95%. No grupo de idosos que não tinham aparelho auditivo, o déficit visual autorreferido pareceu ter um impacto significativo no nível de confiança do idoso em sua capacidade de gerenciar funções básicas de um aparelho auditivo. Outros fatores que impactaram no desfecho foi o tempo que o idoso experienciou dificuldade de escuta e se considerava ter suporte social necessário neste quesito. No grupo de idosos que possuíam o aparelho, impactaram na AE as experiências prévias positivas com o uso de aparelhos auditivos e não vivenciarem déficit visual.

Tang *et al.* (2021), em estudo do tipo caso controle retrospectivo, avaliaram os efeitos de retenção urinária pós operatória (RUPO) em pessoas que passaram por cirurgia devido a lesão de quadril. Dentre as variáveis psicológicas de desfecho, estava a AE geral. A amostra foi composta por 221 idosos com fratura de quadril que passaram por cirurgia em um hospital. Essas pessoas foram divididas em dois grupos de acordo com a seguinte condição: apresentar (grupo A) ou não (grupo B) RUPO. Para avaliar a relação entre a AE e RUPO, os participantes responderam um questionário que continha, dentre outros instrumentos, a Escala de Autoeficácia Geral (EAEG) versão chinesa (WANG; HU; LIU, 2001) que é do tipo *Likert*. Para a análise dos dados foram utilizados o teste t para amostras independentes para comparação entre grupos, o teste qui-quadrado foi utilizado para comparação de frequências. Quanto aos resultados, o escore de AE no grupo A (com RUPO) foi menor ( $23.52 \pm 3.18$ ) do que do grupo B (sem RUPO) e a diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Concluiu-se que a experiência de RUPO exerceu efeito negativo sobre a AE geral dos participantes.

#### 4.1.4.3 Discussão

O presente artigo teve como objetivo investigar, por meio de uma revisão integrativa de estudos longitudinais, fatores de exposição que impactam na AE de idosos. Os estudos encontrados tiveram distribuição geográfica variada, demonstrando que a AE em idosos é um tema que interessa pesquisadores de diferentes locais e culturas.

O uso de escalas do tipo *Likert* foi observado em todos os estudos, variando, porém, quanto ao instrumento utilizado e aos domínios da AE de interesse. Segundo Polydoro, Azzi e Vieira (2010) as escalas de AE medem as crenças do indivíduo sobre as suas capacidades em

responderem a determinadas circunstâncias. Assim, como a AE não se trata de uma habilidade, mas de uma percepção sobre a capacidade, estas autoras alegam que são desejáveis, dentro de um rigor teórico e metodológico, que as escalas sejam produzidas com foco na especificidade requerida na tarefa a ser desenvolvida. Este argumento auxilia na elucidação da variedade de escalas e de domínios avaliados nos estudos desta revisão. O presente estudo não realizou, porém, análise dos instrumentos com intuito de avaliar a qualidade teórica e metodológica dos mesmos. Outros estudos são indicados com esse objetivo, uma vez que é necessário que os itens de um instrumento sobre AE expressem de forma precisa este constructo (BANDURA, 2006) o que impacta diretamente na qualidade dos estudos.

Embora tenham sido mais frequentes estudos com idosos comunitários, comparado a quantidade de investigações com amostras clínicas, observou-se predominância de investigações com idosos expostos a agravos de saúde como, por exemplo, progressão de cifose, intensidade e incapacidade por dor lombar e limitações gerais de saúde (FURUTO; YUKI, 2014; MAGALHÃES, 2019; WARNER *et al.*, 2014). Nota-se, com isso, um empenho em entender a dinâmica da diminuição da AE em idosos, focalizando a sua prevenção ou controle, bem como a minimização de seus efeitos quando existem agravos de saúde. Apesar da relevância de se estudar impactos da saúde física na AE, cabe ressaltar a necessidade de mais estudos que abordem também fatores psicossociais capazes de impactar neste desfecho.

Nos estudos de Callander e Schofield (2017) e Chen *et al.* (2013) observou-se um enfoque em indicadores de vulnerabilidade nas condições de vida de idosos, como pobreza e o letramento em saúde. Os resultados demonstraram que estes fatores de exposição impactam significativamente na AE de idosos comunitários. Demonstra-se, com isso, que as condições sociais e materiais geram efeitos na subjetividade dos idosos, favorecendo ou dificultando a percepção sobre suas capacidades. O estudo de Magalhães (2019), a partir de seus objetivos secundários, também demonstrou que a situação de baixa renda está relacionada a piora na AE. Contudo, cabe destacar que são escassos estudos longitudinais, como de Callander e Schofield (2017), que se aprofundem na compreensão da relação entre pobreza e AE o que é incompatível com o tamanho da importância desta situação para desfechos na saúde dos idosos considerando que o envelhecimento saudável está fortemente ligado às iniquidades econômicas e sociais. Um exemplo disso é que a primeira meta do plano para Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020), é a erradicação à pobreza.

Já o interesse no estudo letramento em saúde vem crescendo e sendo reconhecido como um determinante social de saúde fundamental na promoção do autocuidado e da qualidade de vida da população (PARKER; RATZAN, 2019) que não somente reflete as desigualdades

sociais como as reforçam (CHEHUEN *et al.*, 2019). Contribuindo para este debate, alguns estudos transversais recentes investigaram a relação entre AE e letramento em saúde, como Berens, Pelikan e Schaeffer (2022) que identificaram relação moderada entre as duas variáveis em idosos alemães, sendo a AE considerada um preditor de letramento em saúde. No entanto, Medina *et al.* (2022) em estudo com adultos e idosos com diabetes tipo 2 não encontrou relação significativa entre os constructos, diferentemente de outros estudos que encontraram relação significativa neste tipo de amostra (SOUSA *et al.*, 2020; ALIDOST; TAVASSOLI, 2019; SANTOS; FARO, 2018). Parece que esta relação ainda se mostra controversa, necessitando de mais estudos para elucidar tal questão, bem como identificar se uma variável pode prever a outra e se outras variáveis podem estar interferindo ou mediando o processo.

A prática de atividade física e o uso de aparelhos auditivos também interferiram na AE de idosos, o que explicita a experiência de domínio, principal fonte de AE descrita por Bandura (1997). Quanto mais experiências bem sucedidas uma pessoa tem na realização de uma determinada ação ou no manejo de um instrumento como um aparelho auditivo, por exemplo, mais confiante ela se sente em relação a este domínio. Segundo Camargo *et al.* (2018), idosos com perda auditiva se percebem mais restritos na vida social, sobretudo entre os que não utilizam aparelhos auditivos, o que leva a impactos negativos na qualidade de vida. Em relação a prática de atividades físicas, idosos ativos têm maiores chances de se perceber como capazes na realização das atividades, para isto é necessário que as atividades estejam acessíveis e adequadas às características desse público (KRUG; LOPES; MAZO, 2015).

Os resultados indicaram também que a AE é afetada por aspectos muito específicos de adversidades da saúde física na velhice, como as situações desconfortáveis e aversivas decorrentes de retenção urinária pós-operatória e de amputação de membros (TANG *et al.*, 2021; MADSEN *et al.*, 2019). Além disso, a presença de dores também se mostrou relacionada a prejuízos da AE (TANG *et al.*, 2021; FURUTO; YUKI, 2014; MAGALHÃES, 2019). Callander, e Schofield (2017) demonstraram que a percepção de dor foi uma das limitações somáticas que mais impactaram a AE de idosos para realização de atividades físicas. Madsen *et al.* (2019), no entanto, demonstraram que em situações de amputação de membro inferior, a dor que é mais intensa e presente logo após o procedimento tem relação com a AE, mas na medida em que o tempo passa e a dor diminui, após 12 meses, a AE também diminui entre os idosos amputados, mostrando relação desta percepção com a funcionalidade física que também segue reduzida após o período. De toda forma, o controle da dor é relevante para que outros fatores que impactam na AE possam ser identificados e devidamente tratados e, dado a sua prevalência em idosos, deve ser considerada como um fator que merece muita atenção dos especialistas da

área de saúde mental.

Na presente revisão, os estudos de Magalhães (2019) e de Furuto e Yuki (2014) avaliaram AE por meio de medidas relacionadas a AE para quedas, demonstrando que dor intensa e aumento de condições como cifose impactam nessa crença. Quanto a este último aspecto Furuto e Yuki (2014) ressaltam que pessoas com quadro de cifose que conseguem manter mais atividades sociais tem a AE para quedas mais preservada. Estes achados são importantes porque a queda em idosos é um desfecho relativamente comum (SOUSA-ARAÚJO *et al.*, 2020) com consequências nas diversas dimensões de vida do idoso, dentre elas o engajamento em atividades sociais.

Cabe destacar que, quando as limitações físicas objetivas são comparadas com a percepção subjetiva dessas limitações físicas, observa-se um efeito maior da percepção das limitações do que das limitações em si na AE dos idosos. Isso demonstra o quanto a AE é regulada por aspectos cognitivos e emocionais. Este resultado confirma a tese de Bandura (1997) sobre a quarta fonte de AE referente a vivência ou interpretação do indivíduo sobre estados somáticos e emocionais que influenciam no julgamento que as pessoas fazem de suas capacidades. Estes achados tem potenciais implicações na saúde coletiva, uma vez que podem subsidiar intervenções e políticas públicas com foco em aspectos cognitivos e emocionais da saúde e bem estar dos idosos.

Os estudos relataram, em sua maioria, limitações compatíveis com o que é esperado para a população e tipo de desenho selecionados (SCHAIE, 2005). Dentre as limitações foram relatadas: número amostral reduzido e condição física debilitada dos participantes (ROSANTI *et al.*, 2014, MADSEN, *et al.*, 2019), viés de seleção devido a condição física (FURUTO; YUKI, 2014; WARNER *et al.*, 2014; MAGALHÃES, 2019) e condição cognitiva (CHEN *et al.*, 2013; MAGALHÃES, 2019), instrumentos de autorrelato que medem um curto período de tempo a AE e outras variáveis (CALLANDER; SCHOFIELD, 2017), instrumentos que não contemplaram aspectos relevantes para o estudo e desconsideração quantitativa de curva de crescimento (CHEN *et al.*, 2013), reduzido tempo de seguimento (ROSANTI, 2014; TANG *et al.*, 2013), amostra de conveniência (ROSANTI *et al.*, 2014); incertezas de direcionalidade devido a análise retrospectiva (MEYER *et al.*, 2014); qualidade do instrumento (WARNER *et al.*, 2014).

De modo geral, nesta revisão, foram encontrados poucos estudos que analisaram variáveis independentes de natureza econômica e psicossociais relacionadas ao desfecho AE, observando-se maior quantidade de estudos longitudinais contemplando exposições a fatores da saúde física. Especificamente quanto a pobreza, há necessidade de mais estudos sobre este

fator de exposição e a AE dada a importância de ambos para o envelhecimento saudável.

Uma limitação deste estudo a ser assinalada foi a estratégia de busca utilizada de colocar em quatro das cinco bases o desenho de estudo como descritor na busca com intuito de restringir a busca tornando-a mais viável, porém menos sensível a detecção de outros estudos que responderiam à questão de pesquisa. Pesquisas mais amplas, com triagem dos estudos feita manualmente poderiam contribuir com a identificação de mais estudos. Além disso, não foram avaliadas a qualidade dos estudos analisados e a literatura cinzenta ficou restrita a uma base nacional.

Pode-se dizer que dentre as contribuições desta revisão sobre estudos longitudinais está a de reunir evidências as quais não poderiam ser obtidas de modo experimental, conferindo validade ecológica aos resultados. Além disso, a observação dos sujeitos ao longo do tempo permite esclarecer mudanças intraindividuais além de interindividuais no processo de envelhecimento (SCHAIE, 2005; MARTIN, 2019; MURPHY, 2021) relacionados a AE. Porém, apesar das vantagens, este desenho de estudo também apresenta limitações, como o risco de viés de seleção e da presença de fatores de confusão. Portanto, requer cautela nas análises, sobretudo, na inferência de causalidade. No entanto, espera-se que esta revisão consiga, através de seus achados e lacunas contribuir para o conhecimento científico na área e estimular novas pesquisas que elucidem a temática.

#### **4.2 Autoeficácia e sua relação com dimensões biopsicossociais em idosos comunitários: um estudo transversal (FIBRA-JF)**

Reconhecendo a importância da autoeficácia para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis na velhice e seus efeitos protetores na saúde física e mental, o presente artigo buscou descrever e compreender como ela se apresenta em idosos comunitários, bem como sua relação com variáveis de dimensões físicas, sociais e psicológicas. Trata-se de pesquisa observacional transversal que deriva do estudo de Fragilidade de Idosos Brasileiros pólo Juiz de Fora (FIBRA-JF). O FIBRA é uma rede de pesquisa de caráter multicêntrico e multidisciplinar que investigou a prevalência da fragilidade em idosos e seus indicadores sociodemográficos, de saúde física e psicológicos. A amostra deste estudo foi composta por 122 idosos comunitários que participaram das duas ondas do Estudo FIBRA-JF que objetivou (a) descrever a autoeficácia segundo fatores sociais (dados sociodemográficos, expectativa de suporte social e apoio social); (b) avaliar a associação entre autoeficácia e fatores de saúde física (presença agravos de saúde, avaliação subjetiva de saúde, e funcionalidade); (c) avaliar a associação entre autoeficácia e

fatores de saúde mental (sintomas depressivos, satisfação com a vida e desempenho cognitivo). Foram realizadas análises descritivas, teste de *Mann-Whitney*, o teste de *Kruskal-Wallis*. As análises inferenciais foram realizadas no nível de significância de 0,05, estabelecendo correlações não-paramétricas por meio do teste de *Spearman* entre as variáveis contínuas. Os resultados indicaram relação significativa entre autoeficácia e renda do idoso, status ocupacional, apoio social, quantidade de medicamentos autorrelatados, funcionalidade, e saúde física percebida, sintomas depressivos, satisfação com a vida e desempenho cognitivo. A presente investigação consistiu em um estudo exploratório com indicação que os achados sejam ampliados com modelos multivariados que possam confirmar as descobertas destas primeiras análises.

O envelhecimento populacional, fenômeno global associado à queda de fertilidade e ao aumento da expectativa de vida, traz desafios para a promoção de saúde e de condições de vida satisfatórias aos idosos (OWUSU-ADDO *et al.*, 2021). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2015) ressalta a importância do debate em torno do envelhecimento saudável que diz respeito ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional associados ao bem estar. Este modo de envelhecer reflete o conceito de saúde como bem estar biopsicossocial, e valoriza, por meio de pesquisas e políticas públicas, a existência de idosos atuantes e independentes em diversas áreas de suas vidas.

A autoeficácia (AE) é um dos constructos subjetivos frequentemente associados ao envelhecimento saudável (FARO MARTINEZ; MAGALHÃES; DA SILVA PEDROSO, 2018; DE NADAI; SILVEIRA; PINHEIRO; MELO, 2018; CRUZ, NAVARRO, PARDO, Pocinho, ANJOS; JACOB, 2018). Componente da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (1977), a AE pode ser compreendida como um sistema de crenças que um indivíduo possui acerca de suas capacidades em organizar e realizar ações para alcançar determinado objetivo. Em sua teoria, Bandura (1994) expressa o caráter bidirecional da autoeficácia assim como sua importância para a manutenção bem-sucedida de aspectos físicos, sociais e intelectuais em idosos. A explicação estaria no fato de que, através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos, as pessoas com forte senso de autoeficácia apresentam maior motivação, esforço e persistência nas atividades realizadas. Assim, os resultados positivos de seus empreendimentos produzem efeitos como a redução do estresse e da vulnerabilidade para depressão.

Estudos com idosos mostraram que a autoeficácia foi relacionada a temas como qualidade de vida (PETERS; POTTER; KELLY; FITZPATRICK, 2019; HERRERA-PONCE, 2011), alimentação saudável (KLUSMANN; SPROESSER; WOLFF; RENNER, 2019), atividade física (McMULLAN *et al.*, 2021; McPHEE *et al.*, 2016), enfrentamento e manejo dos

problemas de saúde (NAFRADI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017), controle de dor e funcionalidade (NIKNEJAD *et al.*, 2018). Também apresentou relação com aspectos psicológicos como propósito de vida (KIKUCHI; OLIVEIRA; AGUIAR; DEDICAÇÃO, 2019), depressão (LAIRD; KRAUSE; FUNES; LAVRETSKY, 2019).

Reconhecendo a importância da autoeficácia para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis na velhice, e seus efeitos protetores para a saúde física e mental, o presente artigo buscou descrever e compreender como ela se apresenta em idosos comunitários, bem como sua relação com variáveis de dimensões físicas, sociais e psicológicas. Especificamente, objetivava-se avaliar a associação da autoeficácia geral percebida com fatores sociodemográficos, expectativa de suporte social, apoio social, doenças e agravos de saúde, saúde física percebida, capacidade funcional, satisfação com a vida, sintomas depressivos e desempenho cognitivo.

#### **4.2.1 Método**

Trata-se de pesquisa observacional transversal que deriva do estudo de Fragilidade de Idosos Brasileiros (FIBRA). O FIBRA é uma rede de pesquisa de caráter multicêntrico e multidisciplinar que investigou, em diferentes regiões do Brasil, a prevalência da fragilidade em idosos e seus indicadores sociodemográficos, de saúde física e psicológicos (NERI *et al.*, 2013). Um dos pólos de pesquisa desta rede, o FIBRA-JF (LOURENÇO *et al.*, 2019), ocorreu no município de Juiz de Fora/MG em duas ondas, a primeira entre 2009 e 2010 e a segunda entre 2018 e 2019. O presente estudo utilizou a base de dados da segunda onda do estudo FIBRA-JF.

#### **4.2.2 Participantes**

A amostra é composta por 122 idosos comunitários que participaram das duas ondas do Estudo FIBRA-JF. Na onda 2, os idosos tinham entre 73 e 99 anos, com média de idade de 84,46 anos ( $DP= 6,89$ ), sendo 88 mulheres (72,1%) e 34 homens (27,9%).

#### **4.2.3 Procedimentos**

A primeira onda utilizou amostragem aleatória e estratificada por unidade territorial e localizou uma amostra representativa do município de Juiz de Fora/MG composta por 461

indivíduos de 65 anos ou mais. Destes, foram excluídos 35 idosos por apresentar alguma das seguintes condições: estar acamado, residir em Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI), ser morador da zona rural, ser portador de incapacidade – sequelas graves de acidente vascular encefálico, imobilidade, Doença de Parkinson avançada, ou obter uma pontuação indicativa de declínio cognitivo, menos de de 14 pontos, no Miniexame do Estado Mental (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2003). Portanto, ao final, foram selecionados 426 idosos para a linha de base da pesquisa.

A segunda onda ocorreu a partir de um estudo de seguimento da população entrevistada na primeira onda. No período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018 foi conduzido um recontato com a população da primeira onda e um novo recrutamento em três etapas. Na primeira, foi realizada uma busca no *Cadastro Nacional de Falecidos* (CNF) Brasil<sup>1</sup> para levantar as ocorrências de óbito dos participantes. Na segunda etapa foram realizadas ligações telefônicas, totalizando até três tentativas em dias e horários distintos. A partir deste contato telefônico, os idosos localizados foram convidados a participar novamente da pesquisa. A terceira e última etapa consistiu na tentativa de localização dos participantes por meio da ida ao domicílio do idoso, necessária para os casos em que o contato telefônico não foi bem sucedido para localizar o participante.

Na segunda onda foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: dificuldade cognitiva importante relatada pelo participante ou por informante/familiar; déficit visual ou auditivo grave; dificuldade motora em membros superiores, residir em ILPI ou estar hospitalizado e recusa em responder aos instrumentos. Dentre as perdas de seguimento, 31 (7,3%) foram devido à incapacidade para responder ao questionário de pesquisa, 144 (33,8%) ao óbito, 39 (9,2%) às recusas e 90 (21,1%) por não serem localizados (Barbosa, 2019), totalizando 122 idosos na amostra da segunda onda.

As entrevistas da segunda onda mantiveram o padrão da primeira onda com entrevistas realizadas face a face, no domicílio do idoso, conduzidas por estudantes universitários e profissionais de saúde treinados para aplicação padronizada dos instrumentos. Aqueles que consentiram em participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira onda da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), parecer nº 195.631, e a segunda onda foi aprovada pelo mesmo Comitê, parecer nº 2.811.506.

---

<sup>1</sup> Disponível em: [www.falecidosdobrasil.com.br](http://www.falecidosdobrasil.com.br).

#### 4.2.4 Instrumentos

Foi utilizado o questionário da Rede FIBRA-JF aplicado na segunda onda para avaliar dados sociodemográficas, expectativa de suporte social, os aspectos de saúde física, como presença de doenças crônicas, agravos de saúde autorrelatados, déficit de audição e visão, capacidade funcional para atividades básica de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e atividades avançadas de vida diária e autoeficácia geral percebida. A seguir estão descritos os itens e instrumentos aplicados de acordo com as dimensões social, física e psicológica.

#### 4.2.5 Dimensão Social

Dados sociodemográficos: referem-se a a caracterização e questões sociodemográficas da amostra incluindo idade, sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade, capacidade de ler e escrever, *status* ocupacional (“Trabalha atualmente?”), aposentadoria, morar sozinho, arranjo familiar (“Com quem o senhor mora?”), chefia de família (“O(a) senhor (a) é o (a) principal responsável pelo sustento da sua família?”), contribuição na renda familiar (“O (a) senhor (a) ajuda nas despesas da casa?”), renda familiar e renda do idoso.

Expectativa de suporte social: analisada a partir da pergunta “*O(a) senhor(a) tem algum parente, amigo, ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, se necessário?*” e as seguintes opções de resposta (1) “*Sim*”; (2) “*Não*”; ou (3) “*Não soube*” ou “*não respondeu*”.

Apoio social: avaliado por meio da escala de suporte social do Medical Outcome Study - Social Support Scale (MOS-SSS) (Sherbourne e Stewart,1991), adaptada para uso no Brasil por Griep *et al.* (2005). A escala avalia o quanto uma pessoa identifica que pode contar com o apoio de outras pessoas em diversas situações. Apresenta 19 itens, com respostas do tipo *Likert*: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”. Além de mensurar de forma numérica o apoio social total, a escala também avalia cinco dimensões do suporte social: material, afetiva, emocional, informação e interação social positiva. O apoio social foi analisado de forma numérica (escore total de apoio social total).

#### 4.2.6 Dimensão física

Saúde física: avaliada com autorrelato da presença de doenças crônicas diagnosticadas por um médico; presença de incontinência urinária, incontinência fecal, sentimento de tristeza, ter estado acamado por motivo de doença ou cirurgia, dificuldade de memória, problema para

dormir, autorrelato de quedas, autorrelato de déficit de audição e de visão. Todas estas variáveis foram analisadas como dicotômicas, indicando presença ou ausência do agravo, com exceção das variáveis de presença de doenças crônicas para a qual cada doença foi analisada, além de dicotômica, com o número total de doenças crônicas diagnosticadas. Também foi analisada a saúde autopercebida, obtida com a pergunta “Em geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é?”

Foram 5 categorias analisadas: Muito boa, Boa, Regular, Ruim e Muito ruim.

Capacidade Funcional: analisada a capacidade para realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), das atividades instrumentais (AIVD) e das atividades avançadas (AAVD). As ABVD foram avaliadas por meio do Índice de Katz para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (KATZ, 1963) adaptada para uso no Brasil por Lino (2008) que identifica se o(a) idoso(a) consegue realizar com independência ou com algum tipo de ajuda as seguintes atividades: vestir-se, uso de vaso sanitário, transferência da cama; continência; alimentação. Foram analisadas as pontuações totais de cada participante na escala em que quanto maior a pontuação maior o nível de dependência para ABVD no idoso. As AIVD foram avaliadas com escala de Lawton (Lawton, & Brody, 1969) adaptada para uso no Brasil por Santos e Virtuoso Júnior (2008), que avalia os domínios de uso de telefone, uso de transporte, fazer compras, preparo de alimentos, tarefas domésticas, uso de medicação; manejo do dinheiro, sendo dados de um a três pontos por domínio para indicar (1) dependência total, (2) necessidade de ajuda e (3) independente. Foi analisado o escore da escala que varia de 7 a 21 pontos, o que indica que a pontuação varia inversamente ao nível de comprometimento do participante nessas atividades, isto é, quanto menor o escore total maior o nível de dependência para AIVD. As AAVD foram avaliadas por meio das questões do Inventário de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (REUBEN; LALIBERT; HIRIS; MOR, 1990). Trata-se de um questionário estruturado contendo 12 questões referentes a AAVD para as quais o(a) idoso(a) deve responder se nunca fez, parou de fazer ou ainda faz. Entre as atividades consta: Fazer visitas na casa de outras pessoas; receber visitas em casa; Ir à igreja ou tempo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião; Participar de centro de convivência, universidade da terceira idade ou algum curso; Participar de reuniões sociais, festas ou bailes; Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema; Dirigir automóveis; Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade; Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou país; Fazer trabalho voluntário; Fazer trabalho remunerado; Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas. Os resultados serão analisados de forma numérica em que quanto maior a pontuação, mais ativo é

o idosonas AAVD. Sintomas depressivos: avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida com 15 itens (Geriatric Depression Scale — GDS - 15) (YESAVAGE *et al.*, 1982; ALMEIDA,; ALMEIDA, 1999). Esta escala é composta por 15 perguntas que devem ser respondidas com SIM ou NÃO e indicam como a pessoa tem se sentido na última semana em situações que revelam o seu humor. De acordo com Almeida e Almeida (1999), o ponto de corte 5/6 pode ser utilizado para diagnosticar a presença de depressão maior em idosos, conforme o CID-10, e o escore total serve para monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Esta variável foi analisada como numérica, variando de 0 a 15 pontos e quanto maior a pontuação maior a indicação de presença e gravidade de sintomas depressivos.

Satisfação global com a vida: avaliada com o questionário de Satisfação Global com a Vida (DIENER; EMMONS; LARSEN; GRIFFIN, 1985). Neste instrumento constam oito questões estruturadas relativas à satisfação do idoso com a vida na sua percepção atual, na comparação com outros idosos, em domínios como a memória e capacidade de resolver as coisas, nas amizades e relações familiares, com o ambiente em que vive, com o acesso a serviços de saúde e com os meios de transporte de que dispõe. Cada item pode ter como resposta: pouco, mais ou menos ou muito satisfeito. A variável foi analisada como numérica, considerando o escore de 8 a 40, em que quanto maior o escore, maior a Satisfação Global com a vida expressa pelo participante.

Desempenho Cognitivo: avaliado a partir de dois instrumentos, o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE). O MoCA (Sarmiento, 2009) é um instrumento de triagem que avalia funções de memória, orientação, funções executivas, habilidades visuoespaciais, nomeação, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação. A pontuação máxima é de 30 pontos e foi analisada como variável numérica, em que quanto maior a pontuação menor o declínio cognitivo. O IQCODE (Sanchez, & Lourenço, 2009) é um questionário feito para ser respondido por um informante próximo ao idoso, com o qual conviva por pelo menos 10 anos. O instrumento avalia o declínio cognitivo com base na percepção do informante sobre as mudanças na função cognitiva cotidiana do idoso. As perguntas são organizadas em escala tipo Likert, com cinco opções: 1 – muito melhor; 2 – um pouco melhor; 3 – sem mudança; 4 – um pouco pior; 5 – muito pior. O resultado final é obtido pela soma ponderada dos itens, dividindo-os pelo total de itens da escala. O escore varia de um a cinco; os escores menores ou iguais a três indicam que não está havendo alteração, igual a quatro indica uma considerável alteração, e igual a cinco indica muita alteração. A variável foi analisada como numérica em que quanto maior a

pontuação maior o declínio cognitivo.

*Escala de Autoeficácia Geral Percebida* (EAGP) (NUNES; SCHWARZER; JERUSALÉM, 1999). Adaptada para uso no Brasil por Souza e Souza (2004): instrumento que busca averiguar o quanto o participante sente-se confiante ou capaz de realizar uma tarefa ou enfrentar alguma adversidade. É um instrumento do tipo *Likert* de autorrelato com 10 itens com respostas que variam de 1 a 4 pontos (1- não é verdade a meu respeito; 2- é dificilmente verdade a meu respeito; 3- é moderadamente verdade a meu respeito e 4 - é totalmente verdade a meu respeito). Neste estudo a variável autoeficácia percebida foi analisada como numérica, considerando o escore de 10 a 40, em que quanto maior o escore, maior a autoeficácia percebida pelo participante.

#### **4.2.7 Análise de dados**

Os dados foram estatisticamente analisados utilizando-se o programa SPSS versão 20.0. A análise estatística contemplou a frequência e descrição das variáveis categóricas em relação a variável numérica autoeficácia geral percebida. A verificação dos dados da amostra do presente estudo indicou, por meio do teste de *Shapiro Wilk*, que os dados não apresentavam distribuição normal, sendo indicado o uso de testes não paramétricos. Para a comparação de variáveis categóricas, para 2 categorias foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* e para 3 ou mais categoria o teste de *Kruskal-Wallis*. As análises inferenciais foram realizadas no nível de significância de 0,05, estabelecendo correlações não-paramétricas por meio do teste de *Spearman* entre as variáveis contínuas.

##### **4.2.7.1 Resultados**

O estudo foi realizado com idosos que participaram da primeira e da segunda onda do projeto FIBRA-JF. A idade média dos participantes foi de 84,46 anos ( $SD= 6,89$ ), a maioria era do sexo feminino (72,1%) e se declarou da cor branca (63,1%), houve predomínio do status conjugal viúvo (44%), seguido dos casados (36,9%). A média de escolaridade da amostra foi de 6,55 anos ( $DP =4,89$ ). A pontuação média foi de 34,5 ( $DP=6,2$ ) na Escala de Autoeficácia Geral.

Observou-se que o escore na escala de autoeficácia não mostrou diferenças estatisticamente significativas por dados sociodemográficos categóricos (TABELA 1). Também não foi estaticamente significativa a associação entre a autoeficácia e o total de anos de

escolaridade ( $\rho=0,188$ ,  $p=0,09$ ).

Tabela 1 – Descrição da autoeficácia segundo dados sociodemográficos - 2022

Especificação		Abs.	%	Autoeficácia Média (Desvio padrão)	Valor p
Idade	73-84 anos	84	68,8	34,40 (6.12)	0,36
	85 ou mais	38	31,1	33,97 (6.48)	--
	Feminino	88	72,1	34,12 (6,55)	0,27
	Masculino	34	27,9	35,62 (5,205)	--

Fonte: Elaboração da autora, 2024.

Em relação aos demais itens investigados referentes ao *status* ocupacional (se pessoa trabalha ou não), observou-se associação significativa com a autoeficácia ( $p = 0,02$ ), porém aposentadoria não apresentou relação significativa ( $0,08$ ). O arranjo familiar não apresentou relação significativa em nenhuma de suas medidas com a autoeficácia: com quem mora ( $p=0,75$ ) e se mora sozinho ( $p = 0,7$ ). A chefia de família não se mostrou associada com a autoeficácia ( $p = 0,7$ ), mas mostraram associações estatisticamente significativa a renda familiar ( $p = 0,03$ ) e a renda do idoso ( $\rho = 0,19$ ,  $p = 0,04$ ). A expectativa de suporte familiar não se associou com a autoeficácia ( $p = 0,33$ ), mas o escore na escala de apoio social teve uma associação positiva ( $\rho = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ). Cabe, porém, considerar que nesta amostra a expectativa de suporte social foi majoritariamente positiva entre os participantes ( $n = 117$ ), e provavelmente pouco representativa quanto a diferenças nesse quesito.

Tabela 2 – Descrição da autoeficácia segundo dados sociodemográficos -2022

Dados sociodemográficos		N	%	Autoeficácia Média (Desvio padrão)	Valor de <i>p</i>
Estado civil	Casado(a)	45	36,9	34,80 (7,4)	0,17
	Solteiro(a)	14	11,5	31,93 (5,8)	--
	Divorciado/	9	7,4	35,78 (3,5)	--
	Viúvo	54	44,3	34,80 (5,6)	--
Cor / raça	Branca	77	63,1	34,78 (5,9)	0,67
	Preta	14	11,5	34,07 (6,25)	--
	Parda	25	20,5	34,72 (6,7)	--
	Indígena	1	0,8	40,00	--
	Oriental	5	4	30,20 (9,1)	--
Capacidade de leitura e escrita	Sim	92	75	35,4 (5,1)	0,17
	Não	27	18	31,41 (8,6)	--
	Não soube	3	2,5	--	--

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Quanto à dimensão física, não foram obtidas associações estatisticamente significativas da autoeficácia com nenhuma das variáveis de autorrelato de doenças crônicas ou com o número total de doenças relatadas ( $p=0,2$ ). Também não foram encontradas associações significativas com as condições clínicas de incontinência urinária, incontinência fecal; estar acamado, problema para dormir, queda ou fratura, déficit visual e déficit auditivo. Porém, houve significância estatística para o autorrelato das seguintes condições: tristeza ( $p < 0,001$ ), dificuldade de memória ( $p = 0,018$ ), quantidade de medicamentos de uso regular ( $\rho = -0,21$ ,  $p=0,021$ ) e avaliação subjetiva de saúde ( $p = 0,023$ ). Também observou-se associação da autoeficácia com as medidas de funcionalidade, ABVD ( $\rho = -0,18$ ,  $p=0,049$ ), AIVD ( $\rho = 0,25$ ,  $p = 0,06$ ) e AAVD ( $\rho = 0,2$ ,  $p = 0,03$ ).

Os resultados do MoCA não apresentaram associação com a autoeficácia. E, dentre as outras medidas psicológicas, destacou-se a associação entre autoeficácia e sintomas depressivos a qual foi negativa moderada ( $\rho = -0,43$ ,  $p=0,001$ ).

Tabela 3 – Relação entre autoeficácia e variáveis categóricas – 2024

(Continua)

<i>DIMENSÃO SOCIAL</i>					
<b>Status ocupacional</b>	<i>Categorias</i>	<i>ABS.</i>	<i>%</i>	<i>Autoeficácia (desvio padrão)</i>	<i>Valor de p</i>
<i>O(a) senhor(a) trabalha atualmente?</i>	sim	12	9,8	38,17 (3,16)	<b>0,016</b>
	não	110	90,2	34,15 (6,35)	--

Tabela 3 – Relação entre autoeficácia e variáveis categóricas – 2022

(Continuação)

<i>DIMENSÃO FÍSICA</i>					
Tristeza autorrelatada	<i>Categoria</i>	<i>Abs.</i>	<i>%</i>	<i>Autoeficácia (desvio padrão)</i>	<i>Valor de p</i>
	Sim	46	37,7	30,87	<b>0,000</b>
	Não	76	62,3	36,76	--
Dificuldade de Memória autorrelatada	Sim	48	39,3	32,48	<b>0,018</b>
	Não	74	60,6	35,88	--
Avaliação subjetiva de saúde	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Autoeficácia (desvio padrão)</i>	<i>Valor de p</i>
	<i>Muito boa</i>	28	22,9	35,68	<b>0,023</b>
	<i>Boa</i>	41	33,6	35,98	--
	<i>Regular</i>	46	37,7	33,87	--
	<i>Ruim</i>	5	4	25,00	--
	<i>Muito ruim</i>	2	1,6	28,50	--

Fonte: Elaboração da autora, 2024.

Tabela 4 – Associação entre autoeficácia e variáveis numéricas - 2022

Variáveis		Autoeficácia Geral
Escolaridade	Spearman's rho	0.188
	p-valor	0.09
Renda mensal	Spearman's rho	0.188
	p-valor	<b>0.040</b>
Renda familiar	Spearman's rho	0.116
	p-valor	0.203
Apoio social	Spearman's rho	0.374
	p-valor	<b>&lt; .001</b>
Medicamentos	Spearman's rho	-0.208
	p-valor	<b>0.021</b>
ABVD	Spearman's rho	-0.186
	p-valor	<b>0.040</b>
AIVD	Spearman's rho	0.244
	p-valor	<b>0.007</b>
AADV	Spearman's rho	0.249
	p-valor	<b>0.006</b>
Sintomas depressivos	Spearman's rho	-0.430
	p-valor	<b>0.001</b>
Satisfação com a vida	Spearman's rho	0.359
	p-valor	<b>&lt;.001</b>
Desempenho cognitivo (MoCA)	Spearman's rho	0.176
	p-valor	0.053
Desempenho cognitivo Relatado por cuidadores (IQCODE)	Spearman's rho	-0.267
	p-valor	<b>0.004</b>

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

#### 4.2.7.1 Discussão

O presente estudo buscou descrever como a autoeficácia se apresenta em idosos comunitários e sua relação com fatores sociais, físicos e psicológicos. Em cada uma das dimensões biopsicossociais analisadas neste estudo foram identificadas variáveis relacionadas à autoeficácia, porém, é necessário discutir aspectos específicos de cada dimensão.

Com relação aos dados sociodemográficos, o status ocupacional, a renda do idoso e o apoio social mostraram-se positivamente associados com a autoeficácia. São escassos os trabalhos que avaliaram a relação entre status ocupacional e autoeficácia em idosos, porém no estudo de Patrão *et al.* (2019) não foi encontrada associação positiva entre essas variáveis em uma amostra de conveniência brasileira. Por outro lado, Chia e Hartanto (2021) que estudaram o bem estar subjetivo no trabalho em idosos explicaram que a relação existe e pode se dar por diferenças individuais de modo que pessoas que já experimentam bem-estar subjetivo na velhice tendem a se engajar mais em atividades ocupacionais. Bandura (1994) considerava que diante de diversas perdas de recursos, como as perdas dos papéis produtivos e de atividades desafiadoras, os idosos podem ficar pouco estimulados, diminuindo sua qualidade de funcionamento e nesta direção um forte senso de autoeficácia exerceria um efeito remodelador e mantenedor de uma vida produtiva e com propósito. Tais argumentos podem contribuir para a compreensão da associação entre a autoeficácia e o status ocupacional obtidos no presente estudo, permitindo supor que idosos com maior autoeficácia se motivariam para atividades laborais que podem ser vistas como reforçadoras do senso de produtividade e de propósito na velhice.

A renda é um aspecto sociodemográfico relevante para a qualidade de vida, uma vez que restrições financeiras comprometem condições essenciais para a vida humana, como acesso à saúde, alimentação e moradia. No presente estudo, a renda familiar do idoso e a chefia de família não se associaram com a autoeficácia, somente a renda pessoal. Considerando que a independência financeira é um fator de posituação da velhice para idosos (JARDIM *et al.*, 2019), os resultados podem indicar que a percepção de capacidade do idoso tem relação com uma margem de independência em relação as questões econômicas da família. Sendo o apoio social suficiente, em relação a outras variáveis da dimensão social, para a percepção da própria capacidade de enfrentar desafios e dificuldades entre os idosos. Esta relação positiva e significativa entre apoio social e autoeficácia foi compatível com outros estudos (OKOYE *et al.*, 2022; PATRÃO *et al.*, 2019).

Outras variáveis sociais e demográficas não se mostraram associadas à autoeficácia dos idosos como o a idade, o sexo, o estado civil, a cor/raça, escolaridade, o arranjo familiar, morar l=associação da AE com as variáveis citadas (FINKENZELLER *et al.*,2019; CANEVER *et al.*, 2022; ASSARI, 2017; PATRÃO *et al.*,2019; SHAABANI *et al.*,2017).

Cabe, porém, considerar elementos sócio-históricos no entendimento de algumas dessas diferenças. Ao contrário deste estudo, a pesquisa de Assari (2017) realizada com idosos norte-americanos identificou associação entre AE e cor/raça. Questões culturais e históricas podem estar refletidas nestas diferenças, uma vez que os Estados Unidos foram marcados por acirramento de questões raciais no início do séc. XX enquanto, no mesmo período, o Brasil apresentava questões raciais perpassadas pelo colonialismo como imagem cultural de brasilidade mestiça (SANTOS; SILVA, 2018).

Diferentemente de Irani *et al.* (2019), morar sozinho não teve relação significativa com a AE, o que também pode ter relação com diferenças culturais e sociais da amostra. As questões de arranjo familiar parecem não ter interação com o senso de capacidade, sendo mais eficaz neste sentido a interação com a percepção propriamente dita de apoio social. Assim, nesta amostra importa mais ao idoso perceber-se apoiado do ponto de vista material, afetivo, emocional, em informação e interação social positiva que, simplesmente, morar com outras pessoas ou esperar ter com quem contar em caso de perdas funcionais.

A associação entre a autoeficácia e fatores de dimensão física não foi significativa para uma série de condições e agravos de saúde relatados como: doenças crônicas, incontinência fecal e urinária, estar acamado, problema para dormir, queda ou fratura e déficits visual e auditivo. Entretanto, nessa perspectiva de autorrelato em um recorte temporal de um ano, a percepção de capacidade do idoso esteve relacionada a vivências como tristeza, dificuldade de memória, autopercepção de saúde e quantidade de medicamentos de uso regular. A quantidade relatada de medicamentos e sua relação com a AE também foi encontrada no estudo de Al-Jabi *et al.* (2022), e se mostrou relacionada com sintomas depressivos (DO NASCIMENTO *et al.*,2015). Sabe-se que o uso de medicamentos tem muita importância no tratamento e controle de doenças, e que no envelhecimento devido aos riscos aumentados para múltiplas morbidades, também se aumenta o risco para polifarmácia (PEREIRA *et al.*, 2017). Essas questões tem levado ao debate sobre os efeitos deste fenômeno ao qual o idoso é mais vulnerável e que traz uma série de efeitos negativos, dentre os quais, a manifestação da síndrome geriátrica (CANTLAY, 2016). No caso da funcionalidade, a autoeficácia se relacionou com todos os seus níveis (básicos, instrumentais e avançados), o que está de acordo com outros estudos (MADSEN *et al.*, 2019; Miller, 2018; TOLEDANO-GONZÁLEZ *et al.*,2019). Portanto, quanto

mais independente, mais capaz o idoso se sente para realizar ações em sua vida. Ainda, quanto mais inserido em atividades sociais e comunitárias, maior o senso de autoeficácia, o que pode estar relacionada, dentre outros aspectos, à fonte de modelos sociais, ou experiência vicária (BANDURA, 1997), em que a observação de outras pessoas semelhantes sendo bem sucedidas em seus empreendimentos pode gerar efeito motivador para o observador.

Aspectos subjetivos de saúde geram efeitos na autoeficácia de idosos conforme demonstram Warner *et al.* (2014) em estudo que comparou a influência de limitações físicas e a percepção dessas limitações em idosos. Embora doença autorrelatadas e a sua quantidade não tenham se associado com a autoeficácia, a saúde autopercebida se relacionou, conforme outros estudos também demonstraram (TAPIA *et al.*, 2017; PATRÃO *et al.*, 2019). A saúde autopercebida é influenciada por aspectos culturais, psicológicos, sociais além dos clínicos e tem sido considerada um preditor confiável da saúde dos idosos. Tem sido relacionada a desfechos negativos como mortalidade, adoecimento e qualidade de vida (NUNES *et al.*, 2012). Considerando que autoeficácia e saúde percebida se relacionam e também estão associadas a desfechos mais ou menos favoráveis no envelhecimento, são necessárias outras pesquisas que elucidem como se dá a interação entre as variáveis e como intervir em populações mais vulneráveis.

Quanto aos aspectos psicológicos, a autoeficácia se relacionou com sintomas depressivos, satisfação com a vida e cognição, resultados compatíveis com a literatura (PATRÃO *et al.* 2019; LAIRD *et al.*, 2019; LARGUEIRAS, 2020; SOARES *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2018). A associação mais expressiva (moderada) foi com sintomas depressivos, o que foi coerente com o sentimento de tristeza autorrelatado. Da mesma maneira, dificuldades de memória autorrelatada e desempenho cognitivo observado e relatado por terceiro se associam a autoeficácia. As fontes somáticas e afetivas de autoeficácia descritas por Bandura (1994) podem auxiliar neste ponto de análise. Uma vez que as pessoas experimentam algum desconforto nestes quesitos podem julgar diminuídas as suas capacidades, o que desencadeia uma série de prejuízos na interação com o ambiente e no autocuidado, potencializando as dificuldades vivenciadas. Além disso, pôde-se confirmar como o senso de capacidade da pessoa idosa, mesmo diante de perdas e mudanças diversas, quando aumentado expressa também maior satisfação com a vida.

Por fim, este estudo buscou apresentar um panorama sobre a relação da autoeficácia e variáveis referentes a diferentes dimensões. Cabe considerar como limitações que embora para a primeira onda a amostra tenha sido selecionada de forma aleatória, houve muitas perdas no intervalo para a segunda onda. Devido aos critérios de exclusão e perdas de seguimento, com

destaque para os óbitos, pode-se inferir que os idosos da segunda onda tenham características não representativas da população geral. Portanto, generalizações devem ser cuidadosamente analisadas e evitadas devido ao viés de sobrevivência da amostra estudada.

A AE é um importante constructo subjetivo na aquisição e manutenção de hábitos saudáveis em idosos, por isso é importante conhecer suas características para avançar em modelos explicativos e intervenções em saúde. A presente investigação consistiu em um estudo exploratório que mostrou associações bivariadas a AE com variáveis psicossociais e de saúde física e os achados precisam ser ampliados com modelos multivariados que possam confirmar as descobertas destas primeiras análises.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou por meio de uma revisão integrativa e um estudo empírico transversal compreender a autoeficácia em idosos. A revisão integrativa foi realizada, a partir de uma pergunta norteadora sobre quais fatores do curso de vida impactam na AE de idosos, em cinco bases de dados, e focou em estudo longitudinais com intuito de identificar situações ou exposições que não são possíveis ou indicadas de verificação por meio de experimentos. Os resultados mostraram que este é um tema que interessa a pesquisadores de diferentes culturas e que predomina o interesse em estudar a autoeficácia como desfecho em sujeitos expostos a alguma condição de saúde tanto em populações comunitárias quanto em amostras clínicas. Condições como cifose, retenção urinária pós-cirúrgica e limitações gerais de saúde tem efeitos na autoeficácia de idosos. A experiência de dor também impacta a autoeficácia sobretudo em relação à queda, gerando inseguranças como medo de cair e impactos na funcionalidade. Apesar, porém, da relevância das condições clínicas para o desfecho de autoeficácia em idosos, identificou-se que aspectos subjetivos são predominantes em relação a objetividade para esse desfecho, ou seja, as limitações físicas impactam menos a autoeficácia do que a percepção dessas limitações ou barreiras associadas a essas limitações. Portanto, mesmo em condições em que existem agravos a saúde, cuidados referentes às questões subjetivas podem diminuir seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida de pessoas que atravessam essas condições.

Observou-se que poucos estudos se dedicaram a investigar aspectos socioeconômicos, embora sejam reconhecidamente importantes para a área do envelhecimento, como a pobreza e letramento em saúde que, conforme descrito na revisão, geram impactos significativos na autoeficácia de idosos. Também ficou demonstrado que a vivência prática bem sucedida em atividade física e manejo de aparelho auditivo contribuem e potencializam sua adesão a estas práticas, reforçando a importância de que os idosos tenham acesso a e incentivo para tais situações que melhoram a sua qualidade de vida.

Apesar de a revisão descrita trazer achados importantes para a área do envelhecimento, apresenta limitações as quais torna desejável que outras pesquisas bibliográficas com busca mais ampla, análise da qualidade dos estudos e dos instrumentos utilizados sejam realizadas no intuito de elucidar os fatores de exposição que impactam na autoeficácia de idosos. Seus achados podem contribuir para intervenções psicossociais e terapêuticas que promovam envelhecimento saudável, prevenindo, em sentido ampliado agravos de saúde ou minimizando seus efeitos nesta população.

Os resultados do estudo transversal trouxeram achados sobre fatores biopsicossociais

que se relacionam com a autoeficácia em idosos. A AE apresentou relacionamento com todas as dimensões (social, física e psicológica), porém, para cada uma delas referente a variáveis específicas. As variáveis associadas nas diferentes dimensões permitem ter um panorama sobre potenciais fatores de risco para diminuição da autoeficácia, bem como condições as quais lhe são favoráveis. Conhecer a AE permite avançar em modelos explicativos e propostas de pesquisa e intervenções em saúde com vistas a promover o envelhecimento saudável.

## REFERÊNCIAS

- AGHAMOHAMMADI Tayebe *et al.* The impact of selfmanagement program on selfefficacy of elderly patients with heart failure. **Journal Urmia Nurs Midwifery Faculty**; Urmia, v. 14, n. 12, p. 1013-1023, 2017.
- SATOBA, Sandra Milena Ahumada; FLÓREZ Milena Lucía Flórez. Self-efficacy in physical activity in children, body mass index and physical activity level of their parents. **Revista Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 34, n. 2, p. 393-408, 2018.
- ALIDOSTI, Masoumeh; TAVASSOLI, Elahe. Investigating Health literacy, knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes referring to health centers in shahrekord. **Journal of Health Literacy**, [S. l.], v. 3, 4, p. 36-45, mar. 2019.
- AZADBAKHT, Mojtaba *et. al.* Prevalence and Determinant Factors of Diabetes Distress in Community-Dwelling Elderly in Qom, Iran. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 26, n. 12, p. 145, Oct. 2021. Disponível em: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_372\_19.
- BANDURA, Albert. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v, 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, Albert. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. (Ed.). **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press, 1994. v. 4, p. 71-81.
- BANDURA, Albert. **Self-Efficacy**: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
- BANDURA, Albert. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of management**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 9-44, 2012.
- BEIERLEIN, Volker. *et al.* Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. **Diagnostica**, [S. l.], v. 58, n. 3, p. 145-153, 2012.
- BERENS, E. M., Pelikan, J. M., Schaeffer, D. (2022). The effect of self-efficacy on health literacy in the German population. *Health Promotion International*, 37(1), 1460-2245. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab085>.
- BERRY Jane M.; WEST Robin L.; DENNHEY, Dierdre M. Reliability and validity of the memory self- efficacy questionnaire. **Developmental Psychology**, [S. l.], v. 25, n. 5, p.701-713, 1989.
- BIJUR, Polly E.; LATIMER, Clarke T.; GALLAGHER, E. John. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. **Academic emergency medicine**, [S. l.], v. 10, n. 4, 390-392, 2003.

CALLANDER Emily; SCHOFIELD, Deborah; SHRESTHA, R. Towards a holistic understanding of poverty: a new multidimensional measure of poverty for Australia. **Health Sociol Rev.**, v. 21, p. 138-152, 2012.

CALLANDER, Emily. J.; SCHOFIELD, Deborah J. Impact of multidimensional poverty on the self-efficacy of older people: Results from an Australian longitudinal study. **Geriatrics & Gerontology International**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 308-314, dec. 2017.

CAMARGO, Camille *et al.* Percepção de idosos sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva. **Distúrbios da Comunicação**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 736-747, 2018.

CAMARGOS, Flávia Fernandes Oliveira *et al.* Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Efficacy Scale-International Among Elderly Brazilians (FES-I-BRAZIL). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 237-243, may/jun. 2010.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos *et al.* Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 24, p. 737-747, mar. 2019.

CHEHUEN NETO, José Antonio *et al.* Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 3, p. 1121-1132, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017.678-4561>.

CHEN, Ji-Zhen *et al.* Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. **Geriatrics & gerontology international**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 70-76, 2013.

CHEN, X. *et al.* Self-Efficacy and Depression in boxers: a mediation model. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, 2020, 00791. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00791>.

CHENG, Sheung-Tak *et al.* The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: a moderated mediation model. **PLoS one**, [S. l.], v. 13, n. 9, sep. 2018.

CRUZ, Cristina *et al.* A autoeficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento. **Revista Lusófona de Educação**, [S. l.], v. 38, n. 38, p. 181-194, 2017.

ELLER, Lucille S. *et al.* Describing self-care self-efficacy: Definition, measurement, outcomes, and implications. **International journal of nursing knowledge**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 38-48, 2018. Disponível em: doi: 10.1111/2047-3095.12143.

FADAYEVATAN, Reza *et al.* Predictors of Self-care among the Elderly with Diabetes Type 2: Using Social Cognitive Theory. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, [S. l.], v. 11, n. 3, jul./sep. 2016. Disponível em: doi. 10.1016/j.dsx.2016.08.017.

FLATT, Thomas, PARTRIDGE, Linda. Horizons in the evolution of aging. **BMC Biol**, [S. l.], v. 16, n. 93, aug. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12915-018-0562-z>

FONTES, Arlete Portella; AZZI, Roberta Gurgel. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100012>.

FURUTO, J.; YUKI, Michiko. Health-related QOL and self-efficacy for activities of daily living in elderly residents of mountainous areas with kyphosis: a one-year longitudinal study. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi. Japanese Journal of Geriatrics*, [S. l.], v. 51, n. 1, p. 60-68, 2014.

GIENA, Vike Pebri; THONGPAT, Sunanta; NITIRAT, Pornruedee. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, [S. l.], v. 5, n.2, p. 201-205, abr. 2018.

GROLL D. L. *et al.* The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S. l.], v. 58, n. 6, p. 595–602, 2005. Disponível em: doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.10.018.

HANSEN, Sandra *et al.* Lebensqualität im hohen alter [Quality of life in old age]. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, [S. l.], v. 54, suppl 2, p. 71-75, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01980-x>.

HERRERA-PONCE, María Soledad; BARROS LEZAETA, Carmen; FERNÁNDEZ LORCA, María Beatriz. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. **Population Ageing**, [S. l.], v. 4, n. 3 121-139, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12062-011-9043-7>.

HLADEK, Melissa D. *et al.* Self-efficacy proxy predicts frailty incidence over time in non-institutionalized older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S. l.], v. 69, n. 12, p. 3507-3518, 2021. Disponível em: 10.1111/jgs.17417.

HOSSEINGHOLIZADEH, N. *et al.* The Correlation of Self-efficacy and Social Support with Social Participation: A Cross Sectional Study among the Elderly. **Journal of medicine and life**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 239-246, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25122/jml-2019-0010>.

HYUNG HUR, Mann. Empowering the elderly population through ICT-based activities: an empirical study of older adults in Korea. **Information Technology & People**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 318-333, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/ITP-03-2015-0052>.

IMAI, Hissei *et al.* Risk perception, self-efficacy, trust for physician, depression, and behavior modification in diabetic patients. **Journal of health psychology**, [S. l.], v. 25, n. 3, 350-360, 2020. <https://doi.org/10.1177/1359105317718057>.

KASMAEI, Parisa *et al.* Self-efficacy and nutritional behaviors in young adolescents: A Model-guided Study. **Medical Science**, [S. l.], v. 23, n. 98, p. 432-440, jul./aug. 2019.

KIM, Ae Sil *et al.* Effects of Self-Efficacy, Depression, and Anger on Health-Promoting Behaviors of Korean Elderly Women with Hypertension. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 17, 6296, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176296>.

KLASSEN, Robert M.; KLASSEN, Joel R. L. Self-efficacy beliefs of medical students: a critical review. **Perspect Med Educ**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 76–82, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0411-3>.

KRUG, Rodrigo de Rosso; LOPES, Marize Amorim; MAZO, Giovana Zarpellon. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 57-64, jan./feb. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-86922015210101673>.

LEE, EunJu.; PARK, Euna. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. **Contemp Nurse**, [S. l.], v. 53, 6, p. 607-621, 2017. Disponível em: doi. 10.1080/10376178.2017.1368401.

LEMOS, Ida; BRÁS, Marta; LEMOS, Mariana; NUNES, Cristina. Psychological Distress Symptoms and Resilience Assets in Adolescents in Residential Care. **Children**, [S. l.], v. 8, n. 8, p. 700, 2021.

LEÓN, Laura Ponce de; MANGIN, Jean Pierre Levy; BALLESTEROS, Soledad. Psychosocial determinants of quality of life and active aging: a structural equation model. **International journal of environmental research and public health**, [S. l.], v. 17, n. 17, p. 6023, aug. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176023>.

LUSZCZYNSKA, Aleksandra; SCHWARZER, Ralf. Changing behavior using social cognitive theory. In: HAGGER, Martin S. *et al.* (Eds.). **The Handbook of Behavior Change**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020. (Cambridge Handbooks in Psychology) p. 32-45). Disponível em: doi:10.1017/9781108677318.003.

MADSEN, U. R. *et al.* A. Age and health-related quality of life, general self-efficacy, and functional level 12 months following dysvascular major lower limb amputation: a prospective longitudinal study. **Disability and rehabilitation**, [S. l.], v. 41, n. 24, p. 2900-2909, dec. 2019.

MAGALHÃES, Juliana Lima Fonteles. **Dor lombar, quedas e autoeficácia em evitar quedas em idosos comunitários**: follow-up de um ano do estudo back complaints in the elders (base-brasil). 2019. 142 f. Tese Doutorado (Ciência da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

MARQUES, Natani Chaves Nascimento. **Autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis em usuários de serviços públicos de saúde em Dourados-MS**. 2018. 80 f. Dissertação Mestrado (Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2018.

MARTIN, Finbarr C.; ROMERO ORTUÑO, Román. Longitudinal studies of ageing: from insights to impacts: commentary to accompany themed collection on longitudinal studies. **Age and ageing**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 481–485, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz028>.

MARTINEZ, Lidiane Colares de Faro; MAGALHÃES, Celina Maria Colino.; PEDROSO, Janira da Silva. Envelhecimento saudável e autoeficácia do idoso: revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 103-118, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2790>.

McPHEE, Jamie S. *et al.* Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. **Biogerontology**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 567–580, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>.

MEDINA, Luis Angel Cendejas *et al.* Correlation between functional health literacy and self-efficacy in people with type 2 diabetes mellitus: cross-sectional study. **Clinical Nursing Research**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 20-28, 2022.

MEDRANO-UREÑA, María del Rocio; ORTEGA-RUIZ, Rosario; BENÍTEZ-SILLERO, Juan de Dios. Physical fitness, exercise self-efficacy, and quality of life in adulthood: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 6343, sep. 2020.

MEYER, Carly; HICKSON, Louise; FLETCHER, Amanda. Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy. **International journal of audiology**, [S. l.], v. 53, sup1., S28-S37 2014.

MURPHY Sean W. Longitudinal studies 1: determinants of Risk. **Methods in molecular biology**, Clifton, N.J., n. 2249, p. 83–101, abr. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1138-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1138-8_6).

NADAI, Milena Bianca Aragão; PINHEIRO, Lahis da Silveira; MELO, Denise Mendonça de. Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: uma revisão da literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 403-422, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p403-422>.

NERI, A. L. O senso de autoeficácia como mediador do envelhecimento bem-sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à Saúde. In: Azzi, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely Aparecida Jorge. (Org.). **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Alínea, 2006.

NIEBOER, Anna Petra; HAJEMA, KlaaJan; CRAMM, Jane Murray. Relationships of self-management abilities to loneliness among older people: a cross-sectional study. **BMC geriatrics**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 1-7, 2020.

NIKNEJAD Bahar *et al.* Association between psychological interventions and chronic pain outcomes in older adults: a systematic review and meta- analysis. **JAMA Intern Med.**, [S. l.], v. 178, n. 6, p. 830–839, jun. 2018. Disponível em: [doi:10.1001/jamainternmed.2018.0756](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0756).

NIU, Zhaomeng; WILLOUGHBY, Jessica; ZHOU, Rongting. Associations of health literacy, social media use, and self-efficacy with health information-seeking intentions among social

media users in China: cross-sectional survey. **Journal of medical Internet research**, [S. l.], v. 23, n. 2, e19134, feb. 2021).

NOTT, Melissa *et al.* Stroke self-management and the role of self-efficacy. **Disability and rehabilitation**, v. 43, n. 10, p. 1410-1419, may 2021.

NOTTHOFF, Nanna; REISCH, Peter; GERSTORF, Denis. Individual characteristics and physical activity in older adults: a systematic review. **Gerontology**, [S. l.], v. 63, n. 5, p. 443-459, 2017. Disponível em: doi: 10.1159/000475558.

NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M. B.; GOLDENBERG, J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire-Brazil Roland-Morris. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 203-210, feb. 2001.

OH, Chunguk; KANG, Hyekyung. Effects of Tai Chi exercise on the body composition, self-efficacy and life satisfaction of older adults in Korean local community. **International Journal of Gerontology**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 134-138, 2019.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE Década do envelhecimento saudável 2020-2030. Brasília, DF; OPAS, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal>.

PARKER, Ruth; RATZAN, Scott. Re-enforce, Not Re-Define Health Literacy – Moving Forward with Health Literacy 2.0. **Journal of Health Communication**, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 923-925, 2019. Disponível em: doi: 10.1080/10810730.2019.1691292.

PARTRIDGE, Linda; DEELEN, Joris; SLAGBOOM, P. Eline. Facing up to the global challenges of ageing. **Nature**, v. 561, n. 7721, p. 45–56, sep. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0457-8>.

PASHA, Hajar *et al.* Role of social capital and self-efficacy as determinants of stress in pregnancy. **Tzu chi medical journal**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 301–306, jul./sep. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj\\_156\\_20](https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_156_20).

PATRÃO, Ana Luísa; ALVES, Vicente Paulo; SOUSA Neiva, Tiago. The influence of self-perceived health status, social support and depression on self-efficacy among Brazilian elderly people. **Interdisciplinaria**, Buenos Aires, v. 36, n. 1, p. 23-32, 2019.

PEARLIN, Leonard I.; SCHOOLER, Carmi. The Structure of Coping. **Journal of Health and Social Behavior**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 2-21, mar. 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2136319>.

PETERS, Michele. *et al.* Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. **Health and quality of life outcomes**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1-11, 2019.

POLYDORO, Soely Aparecida Jorge; AZZI, Roberta Gurgel; VIEIRA, Diana Aguiar. Orientações de construção e aplicações de escalas na avaliação de crenças de autoeficácia. In: SANTOS, A. A. A. *et al.* (Orgs.). **Perspectivas em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 189- 210.

RABELO, Dóris Firmino; CARDOSO, Chrystiane Mendonça. Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007.

REMM, Sarah *et al.* Understanding relationships between general self-efficacy and the healthy ageing of older people: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. **Journal of clinical nursing**, [S. l.], v. 32, n. 9-10, may 2021. Disponível em: doi: 10.1111/jocn.16104.

ROSANTI, Sofia; SILVA, Guilherme Elias da; SANTOS, Flávia Heloísa. Longitudinal effects of physical activity on self-efficacy and cognitive processing of active and sedentary elderly women. **Dementia Neuropsychologia**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2014.

SANTOS, Carla Mayra de Jesus; FARO, André. Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. **Rev SBPH** [Internet], v. 21, n. 1, p. 74-91, may 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0980>.

SAUNDERS, Aleks *et al.* Evaluating the impact of simulation-based mental health training on self-efficacy: a retrospective data analysis. **International Journal of Healthcare Simulation**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 3-10, sep. 2021.

SCHEFFER, Mariska J.; MENTING, Juliane; BOEIJE, Hennie. R. Self-management of social well-being in a cross-sectional study among community-dwelling older adults: The added value of digital participation. **BMC geriatrics**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644>.

SCHOLZ, U.; SNIEHOTTA F. F.; SCHWARZER, R Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: the role of phase-specific self-efficacy beliefs. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 135–151, 2005.

SCHÖNFELD P.; PREUSSER F.; MARGRAF J. Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, [S. l.], v. 75, p. 40-52, apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.031>.

SCHÖNFELD, Pia *et al.* Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. **Psychological Reports**, [S. l.], v. 122, n. 6, p. 2074-2095, 2019. Disponível em: 10.1177/0033294118787496.

SCHUELER Katja *et al.* Psychological Network Analysis of General Self-Efficacy in High vs. Low Resilient Functioning Healthy Adults. *Front. Psychiatry*, v. 17, n. 12, p. 736147, nov. 2021. Disponível em: doi: 10.3389/fpsy.2021.736147.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy Scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. (Eds.), **Measures in Health Psychology: a user's portfolio**. causal and control beliefs. Windsor: NFER-NELSON, 1995. p. 35-37.

SOUSA, Mariana Campos de *et al.* Autoeficácia em idosos com Diabetes Mellitus tipo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, supl. 3, p. 1-8, 2020.

SOUSA-Araújo, Ingrid V. De *et al.* Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial. **Revista de Salud Pública**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 187-194, mar./abr. 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.

SOYANO Ayako; MURASHIMA Sachiyo; MUTOH, Yoshiteru Validity and reliability testing of the fall prevention self-efficacy scale. **J Phys Educ Med** , [S. l.], v. 6, n. 1, p. 21-30, dec. 2005

TANG, Y. *et al.* Effect of postoperative urinary retention in older patients with hip fracture on self-efficacy, resilience, and quality of life. **Annals of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 10789-10796, oct. 2021.

TIMALSINA, Rekha; SONGWATHANA, Praneed; SAE-SIA; Wipa. Factors explaining resilience among Nepalese older adults experiencing disasters: a cross-sectional study. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, v.69, p. 102756, 2022.

TOLEDANO-GONZÁLEZ, Abel; LABAJOS-MANZANARES, Teresa; ROMERO-AYUSO, Dulce. Well-being, self- efficacy and independence in older adults: a randomized trial of occupational therapy. **Archives of gerontology and geriatrics**, [S. l.], v. 83, p. 277-284, jul./aug. 2019).

TONG, Y. *et al.* Effects of Tai Chi on self-efficacy: a systematic review. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [S. l.], v. 6, p. 1-21, aug. 2018. Disponível em: doi:10.1155/2018/1701372.

TORRISI, Michele *et al.* Self-efficacy, poststroke depression, and rehabilitation outcomes: is there a correlation? **Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association**, [S. l.], v. 27, n 11, p.3208-3211, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.021>

WANG, C., HU, Z., LIU, Y. Evidences for reliability and validity of the Chinese Version of General Self-Efficacy Scale. **Chinese Journal of Applied Psychology**, [S. l.], v. 7, p. 37-40, 2001.

WANG, Yali. *et al.* Gender difference in general self-efficacy among young-old elderly aged 60–74 in rural Shandong China: A cross-sectional survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 24, p. 5070, 2019.

WARNER, Schaie, K. What can we learn from longitudinal studies of adult development? **Research in human development**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 133-158, 2005. Disponível em: doi: 10.1207/s15427617rhd0203\_4.

WARNER, Lisa M.; FRENCH, D. P. Self-Efficacy and Its Sources as Determinants of Physical Activity among Older People. In: NYMAN Samuel *et al.* (Eds.). **The palgrave handbook of ageing and physical activity promotion**. Cham: Palgrave Macmillan, Cham, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-71291-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-71291-8_12).

Warner, Lisa M. *et al.* Sources of self-efficacy for physical activity. **Psychological Association**, [S. l.], v. 33, n. 11, p. 1298-1308, 2014. Disponível em: doi. 10.1037/hea0000085.

WEST, Robin L.; SMITH, Sherri L. Development of a hearing aid self-efficacy questionnaire. **International journal of audiology**, [S. l.], v. 46, n. 12, p. 759-771, dec. 2007.

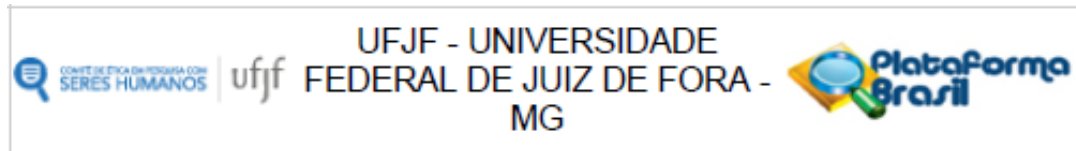
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.

WU, Fan; SHENG, Yu. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: a pathway analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [S. l.], v. 85, dec. 2019.

YASSUDA, Monica Sanches; LASCA, Valéria Bellini; NERI, Anita Liberalesso. Metamemory and self-efficacy: a validation study of research instruments in memory aging. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 78-90, 2005.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge deOliveira; LEONE, Claudio. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>.

## ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética



Continuação do Parecer: 2.811.505

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2019.


### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1140410.pdf	09/08/2018 16:55:11		Aceito
Outros	Termodedeposito.jpeg	09/08/2018 16:48:08	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Outros	N05084412009.jpeg	09/08/2018 16:45:54	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Outros	N0617112009.jpeg	09/08/2018 16:45:25	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_CM.docx	09/08/2018 16:44:25	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	07/07/2018 15:46:47	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo.pdf	29/05/2018 19:06:22	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Outros	Instrumentos_e_anexos.pdf	29/05/2018 19:04:38	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	29/05/2018 15:20:46	Cláudia Helena Cerqueira Mámora	Aceito

**Anexo B – Questionário entrevista Fragilidade de Idosos Brasileiros – Juiz de Fora  
(FIBRA- JF) – Onda 2**

	<p>UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro          UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais          UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas          USP – Universidade de São Paulo</p>
---	---

**ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS  
BRASILEIROS  
2ª ONDA – FIBRA Juiz de Fora**

1. DATA ENTREVISTA: ___/___/___	2. HORA DE INÍCIO: _	3. HORA DE TÉRMINO: _
ENTREVISTADOR: _		
CÓDIGO DA CIDADE: _	5. POLO: UFJF	

**CONTROLE DE QUALIDADE**

<b>DATA</b>				
<b>STATUS</b>				
<b>OBSERVAÇÃO</b>				

CÓDIGO DO REVISOR:

STATUS DO QUESTIONÁRIO: (1) questionário completo  
 (2) necessário fazer outro contato com o idoso  
 (3) esclarecer com o entrevistador  
 (4) perdido

7. Status Final Do Questionário:

<b>8. CÓDIGO DO PARTICIPANTE:</b>	
_____	
<b>9. NOME:</b>	
_____	
<b>10. ENDEREÇO:</b>	
_____	
<b>11. BAIRRO:</b> _____	<b>12. TELEFONE:</b> _____
<b>13. DATA DE NASCIMENTO:</b> ____ / ____ / ____	<b>14. IDADE:</b> _____
<b>15. GÊNERO:</b>	<b>MASCULINO:</b> <input type="checkbox"/> <b>FEMININO:</b> <input type="checkbox"/>
<b>16. ASSINATURA DO TCLE:</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>17. NOME DE FAMILIAR, AMIGO OU VIZINHO PARA CONTATO:</b>	
_____	
<b>18. TELEFONE:</b> _____	
<b>19 OBSERVAÇÕES:</b>	
_____	

### I – Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco da sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
<b>20.</b> “Por favor, desenhe uma linha indo de um número para uma letra em ordem ascendente. Comece aqui {aponte para (1)} e desenhe uma linha de 1 para A, daí para 2 e assim por diante. Termine aqui {aponte para (E)}.”		( 1 ) Certo ( 0 ) Errado <b>20.</b> <input type="checkbox"/>
<b>21.</b> “Copie este desenho o mais precisamente que você puder no espaço abaixo”.		( 1 ) Certo ( 0 ) Errado <b>21.</b> <input type="checkbox"/>
<b>22.</b> “Desenhe um relógio. Coloque todos os números e marque a hora 1h10min”.	Contorno (1 ponto) Números (1 ponto) Ponteiros (1 ponto)	( 1 ) 1 Ponto ( 2 ) 2 Pontos ( 3 ) 3 Pontos ( 0 ) Errado <b>22.</b> <input type="checkbox"/>

<p>23. “Diga-me o nome desse animal”.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>Outro nome dito: _____</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>Outro nome dito: _____</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>Outro nome dito: _____</p>	<p>(1) Camelo ou Dromedário</p> <p>(2) Leão</p> <p>(3) Rinoceronte</p>	<p>23. <input type="checkbox"/></p>	
<p>24. “Este é um teste de memória. Eu lerei uma lista de palavras que você deverá lembrar-se agora e mais tarde. Ouça com atenção. Quando eu terminar, me diga todas as palavras que você puder lembrar. Não importa a ordem que você as diga.”</p> <p><b>ROSTO – VELUDO – IGREJA – MARGARIDA - VERMELHO</b></p> <p>“Eu lerei a mesma lista pela segunda vez. Tente se lembrar e me diga todas as palavras que você puder.”</p> <p>Ao final da segunda tentativa, informe: “Eu lhe pedirei para resgatar essas palavras novamente no final do teste”.</p> <p>(A cada tentativa marcar em um quadrado).</p>	<p><b>24.a. ROSTO</b> (1) Certo (0) Errado</p> <p><b>24.b. VELUDO</b> (1) Certo (0) Errado</p> <p><b>24. c. IGREJA</b> (1) Certo (0) Errado</p> <p><b>24.d. MARGARIDA</b> (1) Certo (0) Errado</p> <p><b>24. e. VERMELHO</b> (1) Certo (0) Errado</p>	<p>1ª T <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>2ª T <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>24. <input type="checkbox"/></p>

<p><b>25. <u>Span Dígitos Direto:</u></b> “Eu lhe direi alguns números e quando eu terminar, me repita na ordem exata que eu os disse.” Leia a sequência de 5 números no intervalo de um dígito por segundo.</p> <p><b><u>Span Dígitos Indireto:</u></b> “Agora eu lhe direi mais alguns números, porém, quando eu terminar você deverá repeti-los para mim na ordem inversa.” Leia a sequência de 3 números no intervalo de um dígito por segundo.</p>	<p>Repetir em ordem direta <b>21854</b> (1) Certo (0) Errado</p> <p>Repetir em ordem indireta <b>742</b> (1) Certo (0) Errado</p>	<p>( 1 ) 1 Ponto ( 2 ) 2 Pontos ( 0 ) Errado</p>	<p>25. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>26.</b> “Lerei uma sequência de letras. Toda a vez que eu disser a letra <b>A</b>, bata a mão uma vez. Se eu disser uma letra diferente, não bata a sua mão.”</p>	<p>Dê um ponto se houver de zero a um erro (um erro é uma batida na letra errada ou uma falha na batida da letra A).</p> <p><b>F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</b></p> <p>Total de erros: _____</p>		<p>26. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>27.</b> “Agora eu lhe pedirei para que você subtraia sete a partir de 100, e então siga subtraindo sete da sua resposta até eu lhe disser que pare.” Não atribua ponto (0) para uma subtração incorreta, 1 ponto para uma subtração correta, 2 pontos para duas a três subtrações corretas e 3 pontos se o participante fizer com sucesso quatro ou cinco subtrações corretas. Conte cada subtração correta de 7, começando de 100.</p>	<p><b>27.a.</b> <math>100 - 7</math> _____</p> <p><b>27.b.</b> <math>93 - 7</math> _____</p> <p><b>27.c.</b> <math>86 - 7</math> _____</p> <p><b>27.d.</b> <math>79 - 7</math> _____</p> <p><b>27.e.</b> <math>72 - 7</math> _____</p>	<p>( 1 ) Certo <input type="checkbox"/> ( 0 ) Errado</p> <hr/> <p>( 1 ) Certo <input type="checkbox"/> ( 0 ) Errado</p> <hr/> <p>( 1 ) Certo <input type="checkbox"/> ( 0 ) Errado</p> <hr/> <p>( 1 ) Certo <input type="checkbox"/> ( 0 ) Errado</p> <hr/> <p>( 1 ) Certo <input type="checkbox"/> ( 0 ) Errado</p>	<p>27. <input type="checkbox"/></p>

<p><b>28.</b> “Eu vou ler uma sentença para você. Repita depois de mim, exatamente como eu disser: <b>Eu somente sei que João é quem será ajudado hoje.</b>”</p> <p>“Agora eu vou ler outra sentença. Repita-a depois de mim, exatamente como eu disser (pausa): <b>o gato sempre se esconde debaixo do sofá quando o cachorro está na sala.</b>”</p>	<p><b>28.a.</b> Sentença 1</p> <p><b>28.b.</b> Sentença 2</p>	<p>( 1 ) Certo ( 2 ) Errado <input type="checkbox"/></p> <p>( 1 ) Certo ( 2 ) Errado <input type="checkbox"/></p>	<p><b>28.a.</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>28.b.</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>29.</b> “Diga-me quantas palavras você puder pensar que comecem com certa letra. Você pode dizer qualquer tipo de palavra que quiser, exceto nomes próprios (como Beto ou Bauru), números, ou palavras que começam com os mesmos sons, porém com diferente sufixo, por exemplo, amor, amante, amando. Eu direi para parar após 1 minuto. Agora, me diga quantas palavras você pode pensar que começam com a letra <b>F</b>”.</p> <p>[tempo de 60 segundos contados no cronômetro]. “Pare”.</p>	<p><input type="checkbox"/> 11 palavras ou mais</p> <p>Obs. _____ _____ _____</p>	<p>( 1 ) 1 Ponto ( 0 ) Errado</p>	<p><b>29.</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>30.</b> “Diga-me em que uma laranja e uma banana são parecidas”.</p> <p>”Agora me diga em que um trem e uma bicicleta são parecidos”.</p> <p>“Agora me diga em que uma régua e um relógio são parecidos”.</p>	<p><b>Ex:</b> Laranja – banana (Frutas) (1) Certo (2) Errado</p> <p>Trem – Bicicleta</p> <p>Régua – Relógio</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo 0 <input type="checkbox"/> Errado 1 <input type="checkbox"/> Certo 0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	<p><b>30.</b> <input type="checkbox"/></p>

<p><b>31.</b> “Anteriormente eu li algumas palavras para você, as quais eu pedi que você se lembrasse”. Diga-me quantas dessas palavras você pode lembrar.</p>	<p><b>31. a.</b> ROSTO <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	<p><b>31.</b> <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>31. b.</b> VELUDO <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	
	<p><b>31. c.</b> IGREJA <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	
	<p><b>31. d.</b> MARGARIDA <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	
	<p><b>31. e.</b> VERMELHO <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	

<p><b>32.</b> “Diga-me a data de hoje”. Se o sujeito não der a resposta correta, então diga imediatamente: ”Me diga [o ano, mês, dia exato e o dia da semana]”.</p> <p>Então diga: “Agora me diga o nome deste lugar e em que cidade fica”.</p>	<p>Dia do mês: <input type="text"/></p> <p>Mês: <input type="text"/></p> <p>Ano: <input type="text"/></p> <p>Dia da Semana: <input type="text"/></p> <p>Lugar _____ <input type="text"/></p> <p>Cidade: <input type="text"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Certo</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Errado</p>	<p><b>32</b> <input type="text"/></p>
<p><b>33. O idoso possui até 12 anos de escolaridade formal.</b></p>		<p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>33.</b> <input type="text"/></p>
<p>Some todos os resultados listados à margem direita. Adicione 1 ponto para o indivíduo que possui 12 anos de escolaridade formal ou menos para um máximo possível de 30 pontos.</p> <p><b>Score Total:</b> <input type="text"/></p>			

## 7.1 II – Características sociodemográficas

**35. Qual é o seu estado civil?**

**35.**

- (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)  
 (2) Solteiro (a)  
 (3) Divorciado (a) / Separado (a)  
 (4) Viúvo (a)  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**36. Qual sua cor ou raça?**

**36.**

- (1) Branca  
 (2) Preta  
 (3) Mulata/cabocla/parda  
 (4) Indígena  
 (5) Amarela/oriental  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**37. Trabalha atualmente?** (se não, vá para questão 38).

- (1) Sim  
 (2) Não

**37.**

- (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**37.a. O que o (a) senhor (a) faz (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação).**

---



---



---

**38. O (a) senhor (a) é aposentado (a)?**

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**38.**

**39. O (a) senhor (a) é pensionista?**

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**39.**

**40. O (a) senhor (a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples?** (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO).

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**40.**

**41. Até que ano da escola o (a) senhor (a) estudou?**

- (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)  
 (2) Curso de alfabetização de adultos  
 (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)  
 (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)  
 (5) Científico clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)  
 (6) Curso superior  
 (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor  
 (97) NS

- (98) NA  
 (99) NR

**41.**

**42. Total de anos de escolaridade:**

**42.**

**43. Quantos filhos o (a) senhor/senhora tem?**

**43.**

**44. O senhor (a) mora só?**

(Para os que não moram sozinhos fazer a pergunta 45).

- (1) Sim  
 (2) Não

**44.**

(99) NR

45. Com quem o (a) senhor (a) mora?

	Sim	Não
45.a. Cuidador profissional/empregado	1	2
45.b. Marido/mulher / companheiro/a	1	2
45.c. Outros de sua geração	1	2
45.d. Filho (a) ou genro/nora	1	2
45.e. Neto/s	1	2
45.f. Outro/s arranjos	1	2

46. O (a) senhor (a) é proprietário (a) de sua residência?

(1) Sim

(2) Não

(97) NS

(98) NA

(99) NR

46.

47. O (a) senhor (a) é o principal responsável pelo sustento da família? (Se não, vá para 48).

(1) Sim

(2) Não

(97) NS

(98) NA

(99) NR

47.

48. O (a) senhor (a) ajuda nas despesas da casa?

(1) Sim

(2) Não

(97) N

(98) NA

(99) NR

48.

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

49.

50. O (a) senhor (a) tem algum parente, amigo ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, caso necessário?

(1) Sim

(2) Não

(97) NS

(98) NA

(99) NR

50.

51. Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o (a) senhor (a)?

51.

52. O (a) senhor (a) e sua (seu) companheira (o) consideram que têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

(1) Sim

(2) Não

52.

### III – Saúde Física Percebida

Doenças crônicas auto-relatadas diagnosticadas por médico no último ano.

No último ano, algum médico já disse que o (a) senhor (a) tem os seguintes problemas de saúde?

PATOLOGIA	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
53. Doença do coração como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco?	53. <input type="checkbox"/>			
54. Pressão alta – hipertensão?	54. <input type="checkbox"/>			
55. Derrame/ AVC/ Isquemia Cerebral?	55. <input type="checkbox"/>			
56. Diabetes Mellitus?	56. <input type="checkbox"/>			
57. Tumor maligno/ câncer?	57. <input type="checkbox"/>			
58. Artrite ou reumatismo?	58. <input type="checkbox"/>			
59. Doença do pulmão (bronquite e enfisema)?	59. <input type="checkbox"/>			
60. Depressão?	60. <input type="checkbox"/>			
61. Osteoporose?	61. <input type="checkbox"/>			
62. Outros problemas de saúde diagnosticados pelo médico	62. <input type="checkbox"/>			

Saúde auto relatada: Nos últimos 12 meses, o (a) senhor (a) teve algum destes problemas?

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
63. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	63. <input type="checkbox"/>			
64. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	64. <input type="checkbox"/>			
65. Nos últimos 12 meses, tem se sentido triste ou deprimido?	65. <input type="checkbox"/>			
66. Esteve acamado em casa por motivo de doença ou cirurgia?	66. <input type="checkbox"/>			
66.a. Se sim, por quantos dias permaneceu acamado?	66.a. <input type="checkbox"/>			
67. Nos últimos 12 meses, teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	67. <input type="checkbox"/>			
68. O (a) senhor (a) teve problemas para dormir?	68. <input type="checkbox"/>			

### Quedas

(As questões 69 a 72 referem-se aos últimos 12 meses)

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
69. O (a) senhor (a) sofreu alguma queda de ___ deste ano a ___ do ano passado? (Se não, vá para 69). (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NA (99) NR	69. <input type="checkbox"/>			

### Uso de medicamentos

73. Quantos medicamentos o (a) senhor (a) tem usado de forma regular nos últimos 3 meses, receitados pelo médico ou por conta própria?

73.

73.a. Para os que tomam medicamentos, perguntar: “Como tem acesso aos medicamentos”?

- (1) Compra com o seu dinheiro  
(2) Compra com os recursos da família  
(3) Obtém no posto de saúde  
(4) Qualquer outra composição (1+2), (1+3), (2+3) ou (1+2+3)

73.a.

### Déficit de Audição e de Visão

74. O (a) senhor (a) ouve bem?

- (1) Sim  
(2) Não  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

74.

75. O (a) senhor (a) usa aparelho auditivo?

- (1) Sim  
(2) Não  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

75.

76. O (a) senhor enxerga bem?

- (1) Sim  
(2) Não  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

76.

77. O (a) senhor(a) usa óculos ou lentes de contato?

- (1) Sim  
(2) Não  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

77.

**Hábitos de vida: tabagismo e alcoolismo**

(Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida).

**78. O (a) senhor (a) fuma atualmente?** (Se não, vá para 78.b.).

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

78.

**78.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Há quanto tempo o (a) senhor (a) é fumante?”**

78.a.

**78.b. Para aqueles que responderam NÃO, perguntar:**

- (1) Nunca fumou  
 (2) Já fumou e largou  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

78.b.

**AUDIT**

**79. Com que frequência o (a) senhor (a) consome bebidas alcoólicas?**

(Se a resposta for nunca, vá para 82).

- (0) Nunca  
 (1) Uma vez por mês ou menos  
 (2) 2-4 vezes por mês  
 (3) 2-3 vezes por semana  
 (4) 4 ou mais vezes por semana

79.

**80. Quantas doses de álcool o (a) senhor (a) consome num dia normal?**

(Perguntar qual o tipo de bebida e em que tipo de copo).

- (0) 0 ou 1  
 (1) 2 ou 3  
 (2) 4 ou 5  
 (3) 6 ou 7  
 (4) 8 ou mais

80.

**81. Com que frequência o (a) senhor (a) consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?**

- (0) Nunca  
 (1) Menos que uma vez por mês  
 (2) Uma vez por mês  
 (3) Uma vez por semana  
 (4) Quase todos os dias

81.

**Uso de serviços de saúde**

**Agora vamos falar sobre o uso que o (a) senhor (a) tem feito de serviços médicos nos últimos 12 meses.**

**82. O (a) senhor (a) tem plano de saúde?**

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

82.

**83. Precisou ser internado no hospital pelo menos por uma noite?**

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

83.

**83.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: Qual foi o maior tempo de permanência no hospital?**

83.a.

**84. O (a) senhor (a) recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área da saúde?**

(psicólogo, fisioterapeuta, médico, fonoaudiólogo).

- (1) Sim  
 (2) Não  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

84.

**85. Quantas vezes o (a) senhor (a) foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)?**

85.

**85.a. Para aqueles que responderam NENHUMA na questão anterior, perguntar: Qual o principal motivo de não ter ido ao médico nos últimos 12 meses?**

(1) Não precisou 85.a. 84.

- (2) Precisou, mas não quis ir  
 (3) Precisou, mas teve dificuldade de conseguir consulta  
 (4) A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir  
 (5) A consulta foi marcada, mas não quis ir  
 (97) NS  
 (98) NA  
 (99) NR

**Capacidade Funcional para AAVD, AIVD, ABVD**

**Atividades Avançadas de Vida Diária**

**Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:**

ATIVIDADES	NUNCA (1)	PAROU DE FAZER (2)	AINDA FAZ (3)
86. Fazer visitas na casa de outras pessoas			86. 84. <input type="checkbox"/>
84. <input type="checkbox"/>			
87. Receber visitas em sua casa			87.
88. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião			88.
<input type="checkbox"/>			
89. Participar de centro de convivência, universidade da terceira idade ou algum curso			89. <input type="checkbox"/>
90. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes			90. <input type="checkbox"/>
91. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema			91. <input type="checkbox"/>
92. Dirigir automóveis			92. <input type="checkbox"/>
93. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade			93. <input type="checkbox"/>

94. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou país 94.

95. Fazer trabalho voluntário

95.

96. Fazer trabalho remunerado

96.

97. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas?

97.

**Atividades Instrumentais de Vida Diária**

Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é **totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total** para fazer cada uma das seguintes coisas:

98. Usar o telefone

98.

I= É capaz de discar os números e atender sem ajuda?  
 A= É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?  
 D= É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)

99. Uso de transporte

99.

I=É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?  
 A=É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?  
 D=É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?

100. Fazer compras

100.

I=É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?  
 A=É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?  
 D=É incapaz de fazer compras?

101. Preparo de alimentos

101.

I=Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?  
 A=É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?  
 D=É incapaz de preparar qualquer refeição?

102. Tarefas domésticas	102. <input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?  A=É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?  D=É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?</p>	
103. Uso de medicação	103. <input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda?  A=É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?  D=É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?</p>	
104. Manejo do dinheiro	104. <input type="checkbox"/>
<p>I=É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?  A=Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?  D=É incapaz de realizar estas atividades?</p>	

#### Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é **totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total** para fazer cada uma das seguintes coisas:

105. Vestir-se	105. <input type="checkbox"/>
<p>(pega roupas, inclusive, peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)  I=Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda  I=Pegas as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos  D=Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	
106. Uso do vaso sanitário	106. <input type="checkbox"/>
<p>(ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas)  I=Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira)  D=Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite)  D=Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	
107. Transferência	107. <input type="checkbox"/>

<p>I=Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)  D=Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda  D=Não sai da cama</p>	
108. Continência	108. <input type="checkbox"/>
<p>I=Controla inteiramente a micção e a evacuação  D=Tem “acidentes” ocasionais  D=Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	
109. Alimentação	109. <input type="checkbox"/>
<p>I=Alimenta-se sem ajuda  I=Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão  D=Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos</p>	

**110. Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o (a) senhor (a) tem com quem contar?** (Se não, vá para 111).

- (1) Sim  
(2) Não  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

110.

**110.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Quem é essa pessoa?”.**

- (1) Cônjuge ou companheiro (a)  
(2) Filha ou nora  
(3) Filho ou genro  
(4) Outro parente  
(5) Um (a) vizinho (a) ou amigo (a)  
(6) Um profissional pago  
(7) Qualquer outra composição (1+2; 1+3...)  
(97) NS  
(98) NA  
(99) NR

110.a.

**SOMENTE O IDOSO PODE RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES**
**Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida)**
**111. Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é:**

(1) Muito boa

(2) Boa

(3) Regular

111. 1  Certo0  Errado

(4) Ruim

(5) Muito ruim

(99) NR

**Depressão**

 Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o (a) senhor (a) vem se sentindo na **última semana**.  
 Por favor, me responda apenas SIM ou NÃO.

QUESTÕES	SIM	NÃO
112. O (a) senhor (a) está basicamente satisfeito (a) com sua vida? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
113. O (a) senhor (a) deixou muitos de seus interesses e atividades? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
114. O (a) senhor (a) sente que sua vida está vazia? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
115. O (a) senhor (a) se aborrece com frequência? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
116. O (a) senhor (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
117. O (a) senhor (a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
118. O (a) senhor (a) se sente feliz a maior parte do tempo? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
119. O (a) senhor (a) sente que sua situação não tem saída? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
120. O (a) senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
121. O (a) senhor (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
122. O (a) senhor (a) acha maravilhoso estar vivo? 84. <input type="checkbox"/>	(1)	(2)

QUESTÕES	SIM	NÃO
123. O (a) senhor (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias? <input type="checkbox"/> 84.	(1)	(2)
124. O (a) senhor (a) se sente cheio de energia? <input type="checkbox"/> 124.	(1)	(2)
125. O (a) senhor (a) acha que sua situação é sem esperança? <input type="checkbox"/> 125.	(1)	(2)
126. O (a) senhor (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o (a) senhor (a) <input type="checkbox"/>	(1)	(2)
127. Total: <input type="checkbox"/>		

### Satisfação Global com a Vida e Referenciada a Domínios

Diga “agora farei algumas perguntas sobre a satisfação com a vida e gostaria que o (a) senhor (a) respondesse se está pouco, mais ou menos ou muito satisfeito com as seguintes questões”.

QUESTÕES	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
128. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua vida hoje? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
129. Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o (a) senhor (a) diria que está satisfeito (a) com a sua vida hoje? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
130. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
131. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
132. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as suas amizades e relações familiares? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)

QUESTÕES	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
<b>133.</b> O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
<b>134.</b> O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com seu acesso aos serviços de saúde? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)
<b>135.</b> O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com os meios de transporte de que dispõe? <input type="checkbox"/>	(1)	(2)	(3)

### APOIO SOCIAL

#### Escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos

Diga: “Agora farei algumas perguntas sobre o apoio social que o (a) senhor (a) possui, vou ler cada uma das perguntas e quando eu terminar preciso que o (a) senhor (a) responda a frequência que conta com apoio em cada uma das situações da sua vida”: **nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre.**

Leia cada uma das perguntas iniciando SEMPRE com a frase: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém...”, dando opções (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre) após cada questionamento.

**1. Nunca      2. Raramente      3. Às vezes      5.Quase sempre      5. Sempre**

Tipo de apoio	Item Se você precisar, com que frequência conta com alguém	1	2	3	4	5
<b>136.</b> Material	<b>a.</b> que o ajude, se ficar de cama? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	<b>b.</b> para levá-lo ao médico? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	<b>c.</b> para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	1	2	3	4	5
	<b>d.</b> pra preparar suas refeições se você não puder prepará-las? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
<b>137.</b> Afetivo	<b>a.</b> que demonstre amor e afeto por você? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	<b>b.</b> que lhe dê um abraço? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	<b>c.</b> que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5

Tipo de apoio	Item Se você precisar, com que frequência conta com alguém					
138. Emocional	a. para ouvi-lo quando você precisar falar? <input type="checkbox"/>					
	b. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. que compreenda seus problemas? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
139. Informação	a. para dar bons conselhos em situações de crise? <input type="checkbox"/>					
	b. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. de quem você realmente quer conselhos? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
140. Interação social positiva	a. com quem fazer coisas agradáveis? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	b. Com quem distrair a cabeça? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	c. Com quem relaxar? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	d. Para se divertir junto? <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5

### Escala de Auto Eficácia Geral Percebida

Diga “agora vou lhe fazer algumas perguntas para saber como é a confiança do (a) senhor (a) em sua capacidade de realizar uma tarefa com sucesso ou não”. Eu vou ler cada uma das afirmações e o (a) senhor (a) me responderá: “não é verdade a meu respeito”, “é dificilmente verdade a meu respeito”, “é moderadamente verdade a meu respeito”, “é totalmente verdade a meu respeito”. (Caso o idoso não entenda as opções, você poderá explicar utilizando palavras mais simples que não distorçam o sentido da frase).

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito	
141. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
142. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
143. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
144. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
145. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
146. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
147. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos <input type="checkbox"/> .	1	2	3	4
148. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
149. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
150. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade. <input type="checkbox"/>	1	2	3	4

Obs. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!**