

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA DE AGRAVOS E DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS - EPIDEMIOLOGIA**

Bruno Klecius Andrade Teles

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE COMUNIDADE, EM UMA
CIDADE DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO.**

Vitória - ES
2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA DE AGRAVOS E DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: EPIDEMIOLOGIA**

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE COMUNIDADE, EM UMA
CIDADE DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO.**

Bruno Klecius Andrade Teles

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de doutor.
Orientadora: Prof. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Vitoria - ES
2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

T269q Teles, Bruno Klecius Andrade, 1986-
Qualidade de Vida e depressão em idosos de comunidade, em uma cidade de médio porte do interior do Nordeste brasileiro. / Bruno Klecius Andrade Teles. - 2023.
142 f.

Orientador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. 4. Depressão em idosos. I. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

BRUNO KLECIUS ANDRADE TELES

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE COMUNIDADE, EM UMA
CIDADE DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO.**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo – PPGSC
Orientadora

Prof^a Dra. Luciane Bresciani Salaroli
Universidade Federal do Espírito Santo – PPGSC
Membro interno

Prof^a Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo – PPGSC
Membro interno

Prof. Dr. Marcos Pereira
Universidade Federal da Bahia – (PPGSC-UFBA)
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Membro externo

Prof^a Dr^a. Ludmilla Awad Barcellos
Universidade Vila Velha – (UVV)
Membro externo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ata da Sessão de Defesa de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva do aluno

Bruno Klecius Andrade Teles

Às quatorze horas do dia três de março de dois mil e vinte e três, em ambiente virtual, foi instalada a sessão pública para julgamento da tese elaborada pelo doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, matriculado sob número 2019141783, intitulada “Qualidade de vida e depressão em idosos de comunidade, em uma cidade de médio porte do interior do Nordeste brasileiro”. Após a abertura da sessão, a Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os professores doutores: Prof. Dr. Marcos Pereira Santos (membro externo – UFBA, PPG em Saúde Coletiva), Prof.^a Dr.^a Ludmilla Awad Barcellos (membro externo – UVV), Prof.^a Dr.^a Luciane Bresciani Salaroli (membro interno), Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira (membro interno), Prof.^a Dr.^a Licia Aguilar Freitas (suplente externo – UVV) e Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade (suplente interno). Foi dada a palavra ao autor, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas do aluno. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu **APROVAR** ao doutorando. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 03 de março de 2023. Considerações da banca de defesa:

O ESTUDO FOI CONSIDERADO RELEVANTE PARA A SAÚDE COLETIVA. O DOUTORANDO DEMONSTROU DOMÍNIO NA TEMÁTICA, A APRESENTAÇÃO SEGURA CONTEMPLANDO OS TRÊS ARTIGOS. A BANCA FEZ SUGESTÕES ACEITAS PELA ORIENTADORA E PELO DOUTORANDO. UM ARTIGO JÁ FOI PUBLICADO, OS OUTROS DOIS SERÃO FINALIZADOS COM SUGESTÕES DA BANCA E SUBMETIDOS A PERIÓDICOS PARA PUBLICAÇÃO

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(orientadora)

Prof.^a Dr.^a Ludmilla Awad Barcellos
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo de Oliveira
(membro interno)

Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade
(suplente interno)

Prof. Dr. Marcos Pereira Santos
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Luciane Bresciani Salaroli (membro interno)

Prof.^a Dr.^a Licia Aguilar Freitas
(suplente externo)

Bruno Klecius Andrade Teles
(discente)

Documento assinado digitalmente
gov.br BRUNO KLECIUS ANDRADE TELES
Data: 30/04/2023 14:23:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO - SIAPE 295181
Departamento de Clínica Odontológica - DCO/CCS
Em 05/03/2023 às 22:34

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/661833?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
LUCIANE BRESCIANI SALAROLI - SIAPE 1778751
Departamento de Educação Integrada em Saúde - DEIS/CCS
Em 29/04/2023 às 13:38

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/701194?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ELIZABETE REGINA ARAUJO DE OLIVEIRA - PROFESSOR VOLUNTÁRIO
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva -
PPGASC/CCS
Em 29/04/2023 às 20:55

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/701212?tipoArquivo=O>

Dedico este trabalho a todos os idosos brasileiros que enfrentam diariamente os desafios sociais, ambientais, emocionais, psicológicos e físicos atrelados ao envelhecimento, e que foram amplamente afetados pela pandemia de COVID-19, lutando contra os riscos, consequências, limitações e perdas ocasionadas pela mesma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar sempre ao meu lado em toda a minha caminhada, me fortalecendo e guiando os meus passos dentro dos Seus planos.

Agradeço aos meus pais, Rosemary e Clécio, pelo apoio, cuidado, amor, investimento, e renúncias feitas em prol da minha educação e dos meus sonhos.

Agradeço a minha esposa Juliana, por todo o amor, incentivo, suporte, apoio e retaguarda. Por estar ao meu lado em todos os momentos e me fazer acreditar que as dificuldades sempre serão superadas. Agradeço ao meu filho Zion, por renovar as minhas esperanças e sonhos, e me fazer buscar melhorar a cada dia como pessoa e profissional.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos pelo apoio, por sempre me incentivarem e acreditarem que este projeto era possível. Agradeço aos amigos que sempre estiveram comigo nesta empreitada, de forma direta ou indireta.

Agradeço a todos os meus estudantes e orientandos, pela oportunidade de construir conhecimento e aprendizado conjunto, e por me mostrarem constantemente que a educação e a ciência são importantes instrumentos para a mudança da realidade do nosso país.

Agradeço a educação/universidade pública, gratuita e de qualidade, especialmente a UNIVASF, UFOB e UFES, que propiciaram a oportunidade para que um jovem nordestino, oriundo do interior baiano, de família humilde, pudesse ter acesso ao ensino superior, uma graduação e uma profissão.

Agradeço aos professores Marcos Pereira e Eliana Zandonade, pelas preciosas dicas e recomendações durante a banca de qualificação desta tese.

Agradeço a todos os colegas do Dinter UFOB/UFES pelo apoio e amizade durante essa caminhada acadêmica.

Agradeço a Maria Luiza Amorim, Marlus Pereira, e todos os pesquisadores do NEPEN. O apoio de vocês foi incomensurável. Sem vocês, essa tese não seria possível.

Agradeço a todos os docentes que contribuíram com a minha formação e por possibilitarem essa tese. Em especial, agradeço a minha orientadora, Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, pela paciência, pela atenção, pelas preciosas dicas acadêmicas e orientações para a vida.

“É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. ”

(Estatuto do Idoso, artigo 9º)

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fato de relevância mundial, sendo atualmente mais expressivo nos países em desenvolvimento. A senescência submete o organismo a alterações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, e neste interim, torna-se importante a busca pela promoção de qualidade de vida (QV) e monitoramento de possíveis sintomas depressivos nos idosos. Neste sentido, este estudo objetivou analisar a prevalência de sintomas depressivos e a Qualidade de Vida em idosos de comunidade, de uma cidade de médio porte do nordeste brasileiro. Tratou-se de um estudo transversal, cuja coleta ocorreu entre os anos de 2017 e 2018. Participaram do estudo 316 idosos, selecionados aleatoriamente, com 60 anos ou mais, que residiam em domicílios urbanos (não institucionalizados) cobertos por alguma unidade de saúde da família. Realizou-se estatística descritiva, bivariada e multivariada, utilizando IC 95%. A prevalência de depressão foi de 37,6% entre os participantes, e 47,5% avaliaram a sua qualidade de vida como boa. Obtiveram melhores médias de QV os idosos sem companheiro ($p=0,036$), que consumiam bebida alcoólica ($p=0,035$), praticantes de atividade física ($p=0,010$), sem morbidades ($p=0,034$), sem sintomas depressivos ($p=0,000$), em segurança alimentar ($p=0,009$) e satisfeitos com a saúde ($p=0,010$). A dimensão das Relações Sociais obteve a melhor média ($\bar{x} = 75,0$), e a do Meio Ambiente a pior ($\bar{x} = 61,2$). Não ter sintomas depressivos (OR=5,3; IC95% 2,218-8,426) e estar satisfeito com a saúde (OR=23,1; IC95% 20,040-26,163) aumentam as chances de ter uma QV boa. Identificou-se ainda que a Qualidade de Vida ruim (OR 2,769; IC95% 1,173-6,538), o analfabetismo (OR 3,564; IC95% 2,013-6,312), a presença de declínio cognitivo (OR 2,704; IC95% 1,369-5,341) e a insegurança alimentar (OR 2,379; IC95% 1,348-4,264) são previsoras de sintomas depressivos. A saúde mental está relacionada com os Determinantes Sociais em Saúde, e desta forma, idosos que gozam melhores condições de vida e acesso a serviços possuem melhor QV e menos sintomas depressivos.

Palavras-Chave: Idoso; Envelhecimento; Qualidade de Vida; Depressão, Atenção Básica.

ABSTRACT

In this sense, this study aimed to analyze the prevalence of depressive symptoms and Quality of Life in community-dwelling elderly in a medium-sized city in northeastern Brazil. This was a cross-sectional study, whose collection took place between the years 2017 and 2018. The study included 316 elderly people, randomly selected, aged 60 years or older, who lived in urban households (non-institutionalized) covered by a family health unit (USF). Descriptive, bivariate and multivariate statistics were performed, using a 95% CI. Depression prevalence was 37.6% among participants, and 47.5% rated their quality of life as good. The elderly without a partner ($p=0.036$), who consumed alcoholic beverages ($p=0.035$), practiced physical activity ($p=0.010$), without morbidities ($p=0.034$), without depressive symptoms ($p=0.000$), in food security ($p=0.009$) and satisfied with health ($p=0.010$) had better QL averages. The Social Relations dimension obtained the best average ($\bar{x} = 75.0$), and the Environment the worst ($\bar{x} = 61.2$). Not having depressive symptoms (OR=5.3; 95%CI 2.218-8.426) and being satisfied with one's health (OR=23.1; 95%CI 20.040-26.163) increase the chances of having a good QoL. It was also identified that poor Quality of Life (OR 2.769; 95%CI 1.173-6.538), illiteracy (OR 3.564; 95%CI 2.013-6.312), the presence of cognitive decline (OR 2.704; 95%CI 1.369-5.341) and food insecurity (OR 2.379; 95%CI 1.348-4.264) are predictors of depressive symptoms. Mental health is related to the Social Determinants of Health, and therefore, elderly people who enjoy better living conditions and access to services have better QoL and fewer depressive symptoms.

Keywords: Elderly; Aging; Quality of life; Depression, Primary Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – (Artigo 1) Sumarização dos artigos selecionados	49
Tabela 1 – (Artigo 2) Caracterização demográfica dos idosos do estudo	65
Tabela 2 – (Artigo 2) Caracterização e hábitos de saúde dos idosos do estudo	61
Tabela 3 – (Artigo 2) Escores médios da qualidade de vida dos idosos em cada domínio do WHOQOL – BREF.....	68
Tabela 4 – (Artigo 2) Comparação entre as médias da qualidade de vida em cada domínios para as características demográficas dos idosos.....	68
Tabela 5 – (Artigo 2) Comparação entre as médias da qualidade de vida em cada domínios para as características relacionadas a hábitos/saúde dos idosos.....	69
Tabela 6 – (Artigo 2) Regressão linear múltipla da qualidade de vida dos idosos.....	70
Tabela 1 – (Artigo 3) Caracterização demográfica dos idosos participantes do estudo.....	85
Tabela 2 – (Artigo 3) Caracterização dos comportamentos relacionados a saúde dos idosos	86
Tabela 3 – (Artigo 3) Associação entre as características demográficas e os sintomas depressivos dos idosos	87
Tabela 4 – (Artigo 3) Associação entre comportamentos/ hábitos de saúde e os sintomas depressivos dos idosos	89
Tabela 5 – (Artigo 3) Regressão Logística Binária dos sintomas depressivos de idosos	90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1** – Modelo de Dalghren e Whitehead para os Determinantes Sociais em Saúde 35
- Figura 2** – Relação entre sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos 36
- Figura 3** – Variáveis explicativas para a Qualidade de Vida em idosos (Artigo 2) 39
- Figura 4** – Variáveis explicativas para a Depressão em idosos (Artigo 3) 40

QUADROS

- Quadro 1** – Variáveis utilizadas no estudo 41
- Quadro 1** – (Artigo 1) Objetivos e principais resultados dos estudos selecionados 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
CCL – Comprometimento Cognitivo Leve
CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde
DDS – Determinantes Sociais de Saúde
DNT's – Doenças não-transmissíveis
EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EGD15 – Escala Geriátrica de depressão
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FASB – Faculdade São Francisco de Barreiras
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
MEEM – Mini-exame do Estado Mental
NEPEN – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Envelhecimento da UFOB
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV – Qualidade de Vida
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
STROBE – *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology.*
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UFOB – Universidade Federal do Oeste da Bahia
USF – Unidade de Saúde da Família
WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 ENVELHECIMENTO, SENESCÊNCIA E SENILIDADE.....	21
2.2 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E SUAS IMPLICAÇÕES	26
2.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS	29
2.4 A RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DE IDOSOS	33
3. OBJETIVOS.....	36
3.1 OBJETIVO GERAL.....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4. METODOLOGIA.....	37
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	37
4.2 POPULAÇÃO.....	38
4.3 AMOSTRA.....	38
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	38
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	39
4.6 INSTRUMENTOS.....	42
4.7 COLETA DOS DADOS.....	43
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	44
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
6.1 ARTIGO 1.....	46
6.2 ARTIGO 2.....	61
6.3 ARTIGO 3.....	79
6 CONCLUSÃO DA TESE.....	104
7 REFERENCIAS.....	105
8 APÊNDICES.....	123
9 ANEXOS.....	131

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE COMUNIDADE, EM UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato de relevância mundial, sendo atualmente mais expressivo nos países em desenvolvimento (SCIUBBA, 2020). Nas últimas décadas, diversas regiões do mundo passaram por um processo de transição demográfica no qual populações, tipicamente jovens e adultas, tornaram-se gradualmente envelhecidas (NORMAND *et al.*, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O processo de envelhecimento submete o organismo a alterações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, capazes de repercutir nas condições de saúde do idoso, sendo relevante conhecer a influência dessas mudanças sobre a saúde dos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A partir da compreensão de tais transformações é possível perceber que os agravos à saúde constituem um problema entre a população idosa, uma vez que tanto as mudanças fisiológicas e patológicas, como o uso de múltiplos medicamentos e alterações nos aspectos econômicos e sociais acabam por interferir na autonomia, no consumo de alimentos e na qualidade de vida, podendo aumentar o risco de morbidade (NORMAND *et al.*, 2021).

O envelhecimento da população tem se mostrado um desafio para os países e seus sistemas de saúde, demandando serviços especializados que serão reflexo do planejamento e das prioridades das políticas públicas sociais (RECHEL *et al.*, 2020). Nesse contexto as políticas devem possuir intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável, reorganizando os níveis de cuidado para atender às necessidades dos idosos, mas também inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento (MIRANDA *et al.*, 2016).

Um envelhecimento saudável deve garantir bem-estar e qualidade de vida, não apenas longevidade (ANTUNES *et al.*, 2022). Neste sentido, a busca pela qualidade de vida vem adquirindo importância na sociedade em geral e é um construto muito apreciado, sobretudo em relação aos adultos e idosos, considerado referencial no âmbito da saúde e no planejamento de políticas socio sanitárias para a população idosa (ANDRADE *et al.*, 2014).

Ainda neste sentido, a Qualidade de Vida (QV) pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Durante o envelhecimento, além de uma boa QV, torna-se importante a manutenção da saúde como um fator de proteção para evitar o surgimento de doenças crônicas, como a depressão (Oliveira *et al.*, 2022). Na população brasileira, entre 2013 e 2019 a prevalência de depressão autorreferida subiu de 7,26% para 10,2% (BRITO *e. al.*, 2022). Os dados da última PNS em 2019, registram que no Brasil, entre as pessoas idosas sem planos de saúde a prevalência de depressão autorreferida foi de 8,3%, e de 12% entre os que tinham algum plano (FRANCISCO; BACURAU; ASSUMPCÃO, 2022). Ainda sobre a depressão, esta pode ser caracterizada como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA *et al.*, 2011).

A diminuição da QV em idosos está associada a presença de sintomas depressivos (TAVARES *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018; BUSO *et al.*, 2020), e estas duas, por sua vez, são fortemente influenciadas por fatores como acesso a transporte; tempo de deslocamento, distância e disponibilidade de serviços de saúde (GARBACCIO *et al.*, 2018); presença de doenças crônicas, a renda, a escolaridade (WHO, 2005; FERREIRA *et al.*, 2021; GULLICH, DURO, 2016), fome (MESBAH *et al.*, 2021), sedentarismo (GULLICH, DURO, 2016), entre outros fatores relacionados aos determinantes sociais de saúde desses sujeitos. A baixa QV, assim como a presença de sintomas depressivos, acarretam em piores níveis de saúde de idosos, maior demanda por tratamentos, maior frequência em serviços de saúde e maior mortalidade em idosos, tornando-se fatores que precisam ser prevenidos e diagnosticados precocemente neste público.

No nordeste brasileiro, e especialmente no interior da Bahia, as condições socioeconômicas dos idosos os colocam em situação de vulnerabilidade (SANTOS *et al.*, 2019b; SILVA *et al.*, 2018). No entanto, verifica-se que em todo o Brasil há uma escassez de geriatras e profissionais especializados no envelhecimento (MARTINS *et al.*, 2007), dificultando o atendimento adequado das demandas de saúde dessa população (MIRANDA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, observa-se a necessidade social e científica de identificar e analisar as condições que afetam a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos dos idosos, criando evidências que embasem o planejamento de ações, estratégias em saúde e políticas públicas para essa faixa etária (SILVA *et. al.* 2018).

As capacidades e necessidades dos idosos não são aleatórias, e sim advindas de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento (OMS, 2015). Compreender os diferenciais do processo de envelhecimento populacional e suas consequências no espaço urbano pode ajudar na formulação de políticas públicas que visem o cuidado a longo prazo das doenças crônicas, bem como a distribuição e gerenciamento de recursos para a promoção da qualidade de vida, visando a redução de custos e a melhora da saúde dos idosos (ALVES *et al.*, 2016).

O envelhecimento populacional e os consequentes desafios ocasionados por este processo denotam a importância de pesquisas na temática que busquem identificar os fatores que submetem os idosos à vulnerabilidade e impactam negativamente em sua saúde. Neste sentido, os resultados destas pesquisas, principalmente quando estas são idealizadas em parceria com a administração pública, possuem um potencial imenso de produzir intervenções e estratégias que objetivem impactar nas condições de vida dos idosos e seus determinantes. A investigação de construtos relacionados à Saúde Mental endossa a relevância deste projeto, tendo em vista os impactos sociais e de saúde ocasionados por problemas de Saúde Mental e a forte mobilização e discussão contemporânea acerca dos encaminhamentos possíveis (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Desta forma, este estudo objetivou analisar a prevalência de sintomas depressivos e a Qualidade de Vida em idosos de comunidade, de uma cidade de médio porte do nordeste brasileiro.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO, SENESCÊNCIA E SENILIDADE

O processo de envelhecimento da população já faz parte da realidade da maioria dos países, estimando-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). Esta transição

demográfica é fruto de mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Dentre as consequências do envelhecimento populacional estão a modificação do perfil de saúde, e a ocorrência mais frequente de complicações associadas às doenças crônico-degenerativas, como as demências (RABELO, 2009).

No Brasil, em 2010, havia 20,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, estimando um incremento médio de mais de um milhão de idosos anualmente, nos 10 anos seguintes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012a). Ainda neste sentido, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) indicou que, entre 2012 e 2016, o percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população do país passou de 12,8% para 14,4%, e neste período, esta faixa etária cresceu 16%, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões (IBGE, 2016). As projeções estatísticas para 2060 mostram que o Brasil terá 32 milhões de idosos, a sexta maior população deste grupo no mundo, representando 25,9% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2015) o envelhecimento populacional percebido mundialmente não acontece de forma homogênea entre os países, sobretudo se compararmos esse processo entre os países desenvolvidos e os que estão em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos o processo foi gradual e lento, enquanto que nos países em desenvolvimento (como o Brasil) esse processo tem sido rápido e intenso.

No Brasil, a delimitação de uma idade cronológica é instituída primeiramente pela lei 8.842 (BRASIL, 2004), em seu capítulo 1º, artigo 2º, considerando como idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 1994), reafirma no Título I, Artigo 1º, que ele se destina a regular os direitos assegurados das pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

Existem vários termos em uso para tratar dos sujeitos com mais de sessenta anos, tais como “velho”, “idoso”, “velhice”, “terceira idade” e tantos outros. Alguns desses termos se contrapõem, marcam posições políticas e apresentam diferentes modos de analisar a questão, mas para evitar estas diferenças, refere-se a estes sujeitos como “idoso”, conforme utilizado no Estatuto do idoso e outros documentos oficiais brasileiros (BRASIL, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2003) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. No Brasil, o envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (BRASIL, 2010).

O envelhecimento acarreta algumas perdas que causam alterações na autonomia e independência do indivíduo, sendo a perda do papel social a mais significativa destas mudanças e que contribui para uma série de situações de exclusões do idoso. Neste sentido, o processo de envelhecimento, os mecanismos da cognição, como a memória, a linguagem, o raciocínio e as funções executivas podem ser afetadas podendo sofrer um declínio com a idade, enquanto outros são mantidos ou aperfeiçoados em resposta a aquisição da experiência de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

A longevidade cronológica impacta negativamente na saúde, por conta dos prejuízos celulares e fisiológicos que afetam os organismos envelhecidos. Nesta etapa da vida, a autonomia é prejudicada por conta das condições crônicas de saúde, comuns entre idosos, que comprometem ainda a qualidade de vida (BEARD *et al.*, 2016).

À medida que o processo de envelhecimento envolve transformações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas do organismo, o declínio cognitivo também pode se relacionar com diversos fatores além da idade, que tornam o indivíduo mais susceptível a agressões intrínsecas ou extrínsecas, como depressão, comprometimento funcional, hipertensão, diabetes, obesidade, anemia, escolaridade (CRUZ *et al.*, 2019). Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não-transmissíveis (DNT's) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

As alterações ocorridas em todos os sistemas do corpo humano durante o processo de envelhecimento, é denominada pela literatura científica como senescência. Os cabelos

brancos, a queda dos mesmos, a perda de massa muscular e o enrugar da pele são exemplos que caracterizam a senescência humana (LADEIRA *et al.*, 2017). A senilidade também faz parte do envelhecimento, mas cada idoso vivencia esse processo de forma singular, tendo em vista que está relacionada, do ponto de vista da geriatria, com processos fisiopatológicos. O surgimento de doenças crônicas e a perda significativa de memória com o avançar da idade em alguns idosos exemplificam a senilidade (OLIVEIRA, 2019).

O envelhecimento da população tem se mostrado um desafio para os países e seus sistemas de saúde, demandando serviços especializados que serão reflexo do planejamento e das prioridades das políticas públicas sociais. As políticas devem possuir intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável, reorganizando os níveis de cuidado para atender às necessidades dos idosos, mas também inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento (MIRANDA *et al.*, 2016). Ainda neste sentido, há de se pensar o prolongamento da existência com o predomínio de qualidade de vida e saúde, sendo crucial planejar condições do ambiente físico, socioeconômico e cultural que favoreçam o envelhecimento saudável (MINAYO *et al.*, 2010).

Até o surgimento do SUS, não havia uma estratégia de expressividade para acompanhar as transformações sociais e seus impactos na saúde, sendo que até 1930 inexistia uma organização institucional de atendimento à saúde da população idosa, desenvolvendo-se historicamente em uma trajetória marcada por dificuldades na expansão da assistência médica, a qual se abria para a lógica mercadológica (MARIN; PANES, 2015). Neste sentido, no Brasil, o Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades, garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida (MIRANDA *et al.*, 2016).

No que tange os marcos legais voltados ao idoso, no Brasil destaca-se o Estatuto do Idoso, sancionado pela Lei nº 10.741 de 2003, cujo texto prevê prioridade às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral (BRASIL, 2003). Em seu texto, o Estatuto do Idoso determina que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a

capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) também se destaca no cenário com um importante marco nas políticas públicas voltadas ao idoso. Ela apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso no seio familiar, e reforça o papel importante da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação, apontando a importante função de cuidador (BRASIL, 2010).

Segundo Minayo (2021), um fator que chama a atenção é que a maioria dos cuidadores de idosos, no Brasil, são membros da própria família e em sua maioria mulheres com 50 anos ou mais. A autora destaca ainda que este cuidado é quase sempre ininterrupto e sem apoio de serviços e políticas, gerando adoecimento e sobrecarga nestas cuidadoras. É sabido que os cuidadores de idosos sofrem com a solidão, isolamento e restrições que acarretam em desemprego e afastamento da sua rede afetiva, sendo necessário que estratégias de cuidado para os cuidadores sejam pensadas (CARMICHAEL, 2014).

No que tange o cuidado aos idosos, ressalta-se que a longevidade tem apontado desafios para as políticas públicas de saúde, dentre as quais o aumento da demanda por instituições que acolham idosos em situação de ausência de suporte, problemas de saúde ou pobreza (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018). A literatura científica tem denominado de “idosos institucionalizados” aqueles que vivem em instituições de longa permanência filantrópicas ou particulares, asilos, clínicas, privados de liberdade e sem acesso livre (VASCONCELOS *et al.*, 2022). As limitações e privações impostas pela condição de institucionalização afetam o idoso de tal forma, que este passa a ter mais chances de doenças crônicas, pior qualidade de vida, maior mortalidade e piores condições de saúde (SILVA *et al.*, 2019; VASCONCELOS *et al.*, 2022).

Ainda neste contexto, os idosos que residem casas próprias, alugadas, sozinhos ou com outras pessoas, mas que mantêm a liberdade de poder sair, fazer escolhas e circular pela comunidade, têm sido denominados pela literatura científica como “idosos de comunidade”, ou menos usualmente como “idosos não institucionalizados” (BINOTTO *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2021) e de forma geral, apresentam melhores condições de saúde do que os institucionalizados (BINOTTO *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2021; VASCONCELOS *et al.*, 2022).

2.2 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E SUAS IMPLICAÇÕES

O impacto da autonomia no decorrer das fases da vida tem estado no foco de pesquisas científicas, e atualmente observa-se um interesse diferenciado em relação a população idosa, pois esta experimenta transformações sociais, econômicas, fisiológicas e culturais que impactam no envelhecer e influenciam diretamente na qualidade de vida (PAIVA et al., 2016). Segundo a OMS (1995), a QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de uma percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida, sem que haja envolvimento de um conceito universal.

Focando no contexto dos idosos, pode-se dizer que a QV é caracterizada como resultados da valorização do bom relacionamento com a família, com amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos saudáveis; de se possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável (VECCHIA *et al.*, 2005). Neste aspecto, destaca-se que para se obter qualidade de vida na terceira idade, é importante considerar diversos fatores como o bem-estar físico e psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente de trabalho e lazer, entre outros (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Constata-se que QV é um termo amplo e subjetivo, com definições diferentes para diversos autores, dependendo também da influência de aspectos e percepções individuais, sociais e ambientais. Com o aumento global da expectativa de vida, passou-se a refletir que não adianta apenas proporcionar ao indivíduo uma longevidade, mas é também necessário garantir meios para que ele passe esses anos de maneira satisfatória (PEREIRA *et al.*, 2015). A qualidade de vida é um conceito difícil de ser medido, pois representa uma avaliação única, individual, além disso, os valores de referência do indivíduo podem mudar com o passar do tempo (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009). De modo geral envelhecer com qualidade significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro.

A senescência pode ser compreendida como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, mas em condições de doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade), sendo que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006). O

envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade, mas somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Ao se deparar com esse contexto, a QV passa a ser bastante estudada na população idosa. Atendendo às necessidades da sociedade, incluindo profissionais de saúde e seus pacientes, a QV e sua relação com a saúde tem sido fortemente utilizada como meio de avaliação dos resultados de determinadas intervenções, tratamentos, programas e estratégias, envolvendo as múltiplas percepções, contextos e parâmetros (PEREIRA *et al.*, 2015).

O envelhecimento e as consequentes mudanças fisiológicas e cognitivas aumentam a probabilidade da ocorrência de quedas em idosos. Vieira *et al.* (2018) afirmam que estas são mais comuns em idosos do sexo feminino, que utilizam maior número de medicamentos, com maior prevalência de morbidades e entre os mais longevos. As quedas, mesmo que não ocasionem sequelas graves, colocam em risco a vida do idoso e impactam negativamente na qualidade de vida dos afetados (THIEM, 2014), tornando-se um dos principais problemas de saúde nesta população (NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

Com a intenção de melhorar a qualidade de vida da população idosa, são propostas ações de promoção a saúde e a implantação de políticas e programas que promovam um envelhecimento ativo, permitindo que haja um maior controle dos problemas de saúde mais comuns nessa faixa etária (VIANA; MARTINS; GONÇALVES, 2016). Fonseca *et al.* (2016) apontam que as atividades que estimulam as funções motoras, cognitivas e sensoriais são importantes para proteção e manutenção de uma melhor qualidade de vida em idosos.

A literatura científica registra uma associação entre a qualidade de vida e a capacidade cognitiva em idosos (CHAVES *et al.*, 2015; SZERWIESKI *et al.*, 2018; ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Estudos realizados no Brasil apresentaram prevalência de comprometimento cognitivo com valores entre 18,7% a 36,5% no período de 2011 a 2016 (DANIELEWICZ *et al.*, 2016; MACHADO *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2015). Essa alta variabilidade pode ser devida à inexistência de um consenso acerca da pontuação de corte a ser adotada para análise nos instrumentos de avaliação, e também a existência de vários questionários disponíveis para avaliar a função cognitiva. Além disso, diferentes características socioeconômicas e culturais dos participantes podem interferir nos resultados.

A escolaridade exerce um efeito protetor para o desenvolvimento e progressão do declínio cognitivo na velhice, o que é conhecido como teoria da reserva cognitiva, mas os fatores associados ainda não estão completamente esclarecidos (GUIMARÃES *et al.*, 2014). A prática de exercícios físicos também se constitui como um fator protetor para o desenvolvimento do comprometimento cognitivo leve (PAILLARD, 2015), além de ter um impacto positivo na Qualidade de Vida dos idosos.

Uma coorte feita na Inglaterra com 11.391 pessoas com mais de 50 anos registrou que praticar exercícios físicos de intensidade moderada a intensa pelo menos uma vez por semana diminui em 34-50% o risco de desenvolver declínio cognitivo e demência (SONI *et al.*, 2017). Outro estudo constatou que os participantes com provável comprometimento cognitivo tinham comportamento mais sedentário em comparação à pacientes com cognição normal (FALCK, 2017).

As queixas dolorosas estão associadas à QV, influenciando diretamente a percepção que cada idoso tem em relação a sua vida e bem-estar. A redução da dor pode melhorar a capacidade funcional, a QV e a saúde dos idosos (FERRETTI *et al.*, 2018).

Estudos registram que a espiritualidade está associada à QV em idosos (BITTAR *et al.*, 2017; CHAVES; GIL, 2015; PANZINI *et al.*, 2007;). Neste contexto, a espiritualidade é encarada como um meio de lidar com as perdas e dificuldades enfrentadas durante a velhice, de modo a amenizar as limitações(CHAVES; GIL, 2015). Existem evidências consistentes de que QV está associada a espiritualidade e religiosidade (PANZINI *et al.*,2007) e a percepção de uma boa qualidade de vida é influenciada pela espiritualidade, pois esta estabelece um sistema de condutas e valores para a vida, dirigindo atos e ações dos idosos (BITTAR *et al.*, 2017).

Além dos fatores já citados, a literatura científica registra amplo conjunto de evidências robustas de que a depressão (DANTAS *et al.*, 2020; GATO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016), a renda (GARBACCIO *et al.*, 2018; PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2022; SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019;SARDINHA *et al.*, 2019), as doenças crônicas (AMARAL *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.* 2019; TAVARES *et al.*, 2018;VIEIRA *et al.*, 2018), a prática de exercícios físicos (DANTAS *et al.*, 2020; FERREIRA; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2018; PAILLARD, 2015), a idade (GARBACCIO

et al., 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019a; SANTOS *et al.*,2016; VIEIRA *et al.*,2018), a religiosidade e espiritualidade (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009) e o acesso a serviços de saúde (BERTOLINI *et al.*, 2016; GARBACCIO *et al.* ,2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.* ,2016) estão associados a QV.

Ainda neste sentido, alguns estudos registram que o baixo apoio familiar e dos pares (GARBACCIO *et al.*, 2018; PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2022; SANTOS *et al.*, 2016), o peso e o estado nutricional (CLEMENTINO; GOULART, 2019; MARTINS *et al.*, 2018; TAVARES *et al.*, 2018;), o nível de escolaridade (GARBACCIO *et al.*, 2018; GUIMARÃES *et al.*, 2014; PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2022), a diminuição da autonomia (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009; PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2022), a alimentação (FERREIRA; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2018; SANTOS *et al.*, 2019), o consumo de drogas, (FERREIRA; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2018), o sexo (OLIVEIRA *et al.*, 2019a; VIEIRA *et al.*, 2018), o uso de uso de medicamentos (FERREIRA; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2018; VIEIRA *et al.*,2018) estão associados a qualidade de vida de idosos. Por fim, outros estudos evidenciam ainda a relação de associação entre a solidão (OLIVEIRA *et al.*, 2019a), a autoavaliação do estado de saúde (SANTOS *et al.*, 2016), o tabagismo (GARBACCIO *et al.*, 2018) e a ocupação (IRRIGARAY; TRENTINI, 2009) com a qualidade de vida na senescência.

2.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS

A depressão caracteriza-se por alterações psicopatológicas diversas que podem diferenciar-se em relação à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico e é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria, sensação subjetiva de cansaço, alterações do sono e apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e ideias de fracasso (LIMA *et al.*, 2016). É essencial que profissionais de saúde possam diferenciar a tristeza da depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns na faixa etária idosa, ocorrendo com frequência no contexto de desordens médicas e neurológicas (BRASIL, 2006).

O esperado para a prevalência de sintomas depressivos em idosos pela Organização Pan-Americana da Saúde varia de 8% a 16% (MORAES, 2012). Em estudos brasileiros que investigaram o tema, a taxa de depressão foi bastante variável, apresentando valores entre

20% a 30,6% (GULLICH; DURO; CESAR, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2013). No entanto, os valores demonstram que a depressão é uma doença bastante comum e idosos, sendo imprescindível um manejo adequado da doença, não só em nível individual, mas também em nível populacional.

Os sintomas depressivos são mais elevados nas mulheres (GULLICH; DURO; CESAR, 2016). Há indícios de que o risco de depressão é duas vezes maior em mulheres adultas, no entanto, essa relação tende a se igualar na velhice (ALBERT, 2015). A maior prevalência de depressão no sexo feminino parece estar relacionada a flutuações hormonais durante a puberdade, na gestação e na menopausa (ALBERT, 2015), sobrecarga de funções da mulher que a torna mais susceptível a situações estressantes, maior taxa de viuvez, maior taxa de sobrevivida; e isolamento social (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Idosos analfabetos apresentaram maior prevalência de depressão, o que pode estar relacionado com o nível socioeconômico, já que os fatores externos ao indivíduo, como renda, suporte social e recursos socioambientais afetam a capacidade da pessoa em se adaptar aos eventos (MACIEL; GUERRA, 2006). Estudos em diferentes países tem registrado o nível socioeconômico associado à depressão (CARVALHAIS *et al.*, 2008), observando maior prevalência de sintomas naqueles idosos de pior nível socioeconômico. Dificuldades financeiras causam perturbações emocionais que, somadas a dificuldade de acessar serviços de cuidado, potencializam a chance de ter sintomas depressivos (LORANT *et al.*, 2003). Neste contexto, a escolaridade tem relação direta com o nível socioeconômico dos idosos, pois os mais escolarizados são os que tem melhor renda, e conseqüentemente maior possibilidade de acessar serviços de saúde e de cuidado, reduzindo a chance de desenvolver sintomas depressivos (LI *et al.*, 2011).

Há indícios de que a prática de exercícios físicos protege tanto o desenvolvimento de sintomas depressivos quanto o retorno desses sintomas. Isso deve-se ao bem-estar adquirido após a prática e à formação de redes de relações afetivas durante o exercício (GULLICH; DURO; CÉSAR, 2016). A presença de afecções físicas, como diabetes, arritmia, incontinência fecal ou urinária e fraturas foi considerada um fator de risco para desenvolvimento de depressão em idosos (BLAZER, 2003).

Em um estudo com idosos de comunidade residentes na zona rural da Região Sul do Brasil, verificou-se que o grupo de idosos do sexo feminino apresentou mais chances de desenvolver sintomas depressivos, estando esses resultados em conformidade com o que registraram outros estudos (CORRÊA, 2020; DIDONE *et al.*, 2020). O mesmo estudo apontou ainda que os idosos que eram usuários de medicamentos contínuos, com multimorbidades e com pior percepção de saúde estavam mais propensos aos efeitos negativos da depressão. O estudo de Didone *et al.* (2020) registrou que entre os idosos, ter um bom suporte social e uma boa qualidade de vida são fatores protetores para sintomas depressivos, enquanto que sentir dor, morar só e ter risco de desnutrição foram identificados como fatores preditores.

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas, as que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão, mas o envelhecimento necessariamente não se caracteriza como um momento de prejuízo nas funções cognitivas (STELLA *et al.*, 2002). Diante desta situação, a avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica do idoso, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas e destaca-se que o desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas (BRASIL, 2006).

O apoio social ao idoso tem sido considerado um aspecto crucial no processo de saúde e adoecimento. Observa-se que a atuação dos diferentes segmentos sociais e estrutura familiar encontram-se atualmente em um cenário desfavorável, colocando em risco idosos menos ativos ou com algum tipo de dependência (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Neste sentido, compreende-se o apoio social como um processo que inclui os vínculos sociais, a percepção do sujeito sobre seu contexto social, assistência e carinho disponíveis, impactando diretamente na saúde e sentimento de segurança do idoso (MACEDO *et al.*, 2018). Desta forma, destaca-se a importância da mobilização dos diversos atores sociais para a garantia do apoio social ao idoso, tais como os profissionais de saúde, a família e amigos, o que na prática é extremamente desafiador (GUEDES *et al.*, 2017).

Um bom suporte social e boa qualidade da relação familiar em idosos são importantes, pois ajudam a prevenir e combater consequências da sintomatologia depressiva (HOLTFRETER; REISIG; TURANOVIC, 2014). Didone *et al.* (2020) corrobora com esta perspectiva, ao registrar que o idoso que mora sozinho está mais propenso a desenvolver sintomas

depressivos. Desta forma, o apoio social e suas consequências no comportamento de saúde do idoso, devem ser levadas em conta nas intervenções que visam prevenir ou reduzir a presença de sintomas depressivos (TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020).

Além dos fatores já citados, a literatura científica registra amplo conjunto de evidências de que a qualidade de vida (AMARAL *et al.*, 2018; FARRIOL-BARONI *et al.*, 2022; LENTSCK *et al.* 2015; SIVERTSEN *et al.*2015; VAN BOEKEL *et al.*, 2021), atividade física (GULLICH *et al.* 2017; KAZEMI *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020; RICHTER; HEIDINGER, 2022; SILVA *et al.*, 2019), sexo (BRANDÃO *et al.*,2021; FERREIRA *et al.*, 2021; VÖLZ *et al.*2020), escolaridade (FERREIRA *et al.*, 2021; KHORANI *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2020; RICHTER; HEIDINGER, 2022), multimorbidades (AMARAL *et al.*, 2018; BRANDÃO *et al.*2021; FERREIRA *et al.*, 2021; SIVERTSEN *et al.*, 2015), e solidão (GULLICH *et al.*, 2017; MESBAH *et al.*, 2020; VAN BOEKEL *et al.*, 2021; YAN *et al.*, 2011) estão associados a depressão em idosos.

Ainda neste sentido, alguns estudos registram que quedas (FERREIRA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2020), renda (GULLICH *et al.*, 2017; RICHTER; HEIDINGER, 2022), insegurança alimentar (BURRIS *et al.*, 2021; MESBAH *et al.*, 2020), mobilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020; MESBAH *et al.*, 2020), declínio cognitivo (DOROSZKIEWICZ, 2022; VLOEBERGHES *et al.*, 2018), insatisfação com a saúde (FARRIOL-BARONI *et al.*, 2022; MESA-FERNÁNDEZ *et al.*, 2019) e violência (BARROS *et al.*, 2019; TAVARES; PEREIRA, 2019; ZANCAN; HABIGZANG, 2018) estão associados aos sintomas depressivos em idosos. Outros estudos evidenciam ainda a relação de associação entre a isolamento social (MESBAH *et al.*, 2020), baixa autoestima, etilismo (BARROS *et al.*, 2017), hospitalização, tabagismo (GULLICH *et al.*, 2017), autonomia (LENTSCK *et al.* 2015), ocupação e a idade (BRANDÃO *et al.*,2021) com sintomas depressivos na senescência.

Entre as alternativas não familiares para o cuidado do idoso, a mais antiga é a instituição asilar. Estas são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos, vistas muitas vezes como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (CAMARO; BARBOSA, 2016). Dentre as consequências do processo incapacitante associado ao envelhecimento, destacam-se a hospitalização e a institucionalização, que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI) coloca em contraponto a assistência domiciliar a asilar, na qual a família representa um papel importante de assistência e proteção, geralmente assumida pelo cuidador familiar (BRASIL, 2010). Raramente, essas instituições asilares oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos. Os serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação (CAMARO; BARBOSA, 2016). Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores de depressão (BRASIL, 2006).

Apesar dos desafios que o envelhecimento populacional acarreta, a PNI prioriza o cuidado familiar em detrimento do asilar (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso reforça esse preceito (BRASIL, 2004). A Política Nacional do Idoso (PNI), vai além disso e elenca uma ampla gama de modalidades de cuidados não familiares, cuja implementação ainda é reduzida e insuficiente para a população idosa.

Os transtornos mentais e comportamentais são a terceira causa mais comum de procura de idosos à Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois a Atenção Básica (AB) tem sido a principal porta de entrada e organizadora do cuidado e assistência à saúde (ONOFRI JÚNIOR; MARTINS; MARIN, 2016). A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem sido o primeiro contato com a maioria dos usuários do SUS, atendendo a maioria das demandas de saúde da comunidade, incluindo as de saúde mental, e proporcionando estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças (CAMPOS; FERRER; GAMA, 2014). Neste sentido, Barcelos-Ferreira *et al.* (2013) afirmam que a UBS é o contexto adequado para se identificar sintomas depressivos em idosos e conhecer o perfil socioeconômico e de saúde desses sujeitos sintomáticos.

2.4 A RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DE IDOSOS

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) se apresentam em um amplo campo, no qual se produzem os processos de saúde-doença-cuidado. Abarcam fatores coletivos, individuais, e toda a macroestrutura da realidade multifacetada (BROCH, D. *et al.*, 2020). De forma sucinta, os DDS englobam fatores comportamentais, sociais, culturais, econômicos, psicológicos,

laborais, raciais e toda uma gama de aspectos que podem influenciar na saúde, no risco de adoecer e na vulnerabilidade de sujeitos e comunidades (FIOCRUZ, 2020).

O Modelo de Dahlgren e Whitehead para os Determinantes Sociais em Saúde (FIGURA 1) propõe que existem diferentes níveis de determinação social dos processos de saúde-doença, demonstrando que na camada mais externa do modelo somos impactados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, e em uma camada mais interna sugere que nossa saúde é impactada por fatores hereditários e características pessoais, como idade e sexo. Esse modelo de determinação pondera os diferentes fatores que influenciam para a saúde dos indivíduos e das populações. Na camada mais externa, as condições socioeconômicas agiriam sobre a saúde da população de forma que aqueles que possuem mais acesso a renda e riqueza possivelmente possuem melhor saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Idosos com suporte social, que gozam de seus direitos e que vivenciam a senescência com acesso a satisfação de suas necessidades básicas, geralmente possuem boa QV e menos riscos de depressão. Neste sentido, proporcionar um envelhecimento saudável, ativo, e com qualidade de vida torna-se um desafio para todos os países, especialmente aqueles com menos poder econômico e em desenvolvimento (BROCH, D. *et al*, 2020; FIOCRUZ, 2020).

Nos países em desenvolvimento, como no caso brasileiro, o envelhecimento é marcado pela ação de fatores epidemiológicos e biológicos que afetam o processo saúde-doença-cuidado, sobrepostos ao contexto socioeconômico desfavorável, além de desafios no que tange questões políticas. Nestes casos, a desigualdade social marcante influencia diretamente nos números de saúde, observando-se a necessidade de compreender o processo de determinação social da saúde no contexto da velhice (CAVALCANTI *et al.*, 2018) e sua relação com a qualidade de vida e surgimento de sintomas depressivos em idosos. Neste sentido, sabe-se também que a Qualidade de Vida engloba funções que incluem não apenas a saúde física, mas a saúde mental e fatores subjetivos, estando assim potencialmente relacionada ao surgimento de sintomas depressivos (BAERNHOLDT *et al*, 2012).

Um estudo na Grécia, em 2013, com 500 pessoas de várias idades, que frequentavam o Centro de Saúde Gytheio (na atenção primária), verificou significativa diminuição da qualidade de vida entre os usuários que utilizavam alguma medicação antidepressiva, e conseqüentemente possuíam alguma sintomatologia e diagnóstico para essa doença

(ANDRIOPOULOS *et al.*, 2013), apontando a relação entre essas condições. No que tange a senescência, há uma robustez de evidências, já citadas anteriormente, que reforçam essa relação entre a qualidade de vida e a depressão (AMARAL *et al.*, 2018; DANTAS *et al.*, 2020; FARRIOL-BARONI *et al.*, 2022; GATO *et al.*, 2018; LENTSCK *et al.* 2015; SANTOS *et al.*, 2016; SIVERTSEN *et al.*2015; VAN BOEKEL *et al.*, 2021).

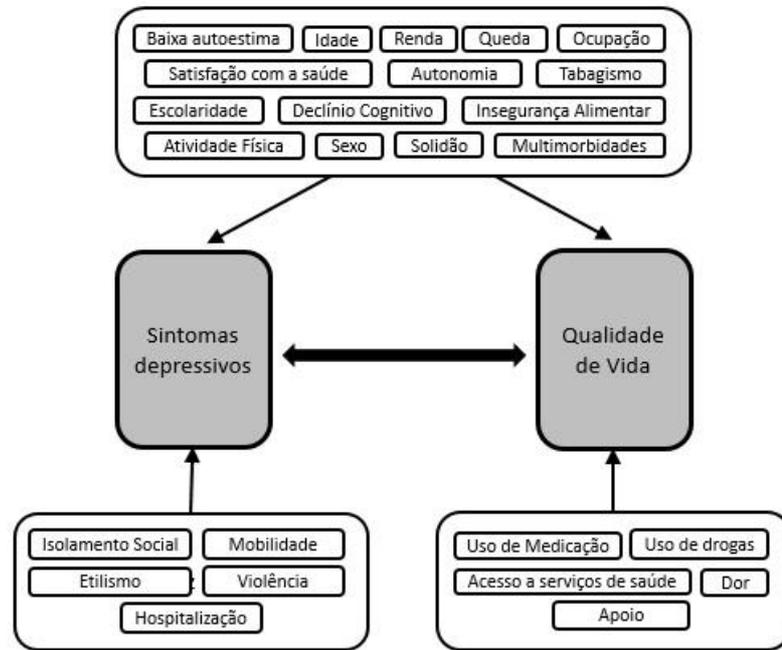
FIGURA 1 - MODELO DE DALGHREN E WHITEHEAD PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE



Fonte: Dahlgren e Whitehead(1991).

Um estudo que utilizou uma amostra nacionalmente representativa de idosos afro-americanos e hispânicos, de 65 anos ou mais, participantes da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 2005–2006 (NHANES), examinou a relação entre qualidade de vida e marcadores de saúde e identificou-se que a depressão estava associada a duas dimensões da QV (BAERNHOLDT *et al.*, 2012). Na mesma direção, um estudo que investigou a Qualidade de Vida em idosos escoceses, participantes da coorte Scottish Mental Survey, identificou que a depressão é um preditor importante da qualidade de vida em idosos (BRETT *et al.*, 2019).

FIGURA 2- RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS



Fonte: Elaborada pelo autor.

No contexto brasileiro, Brandão *et al.* (2021) avaliou 159 idosos de comunidade, na cidade de Recife-PE, e verificou que a baixa qualidade de vida estava associada a sintomas depressivos ($p < 0,001$), justificando essa relação devido a fatores como subdiagnósticos, longevidade, presença de multimorbidades, sexo feminino e isolamento social e por (BRANDÃO *et al.*, 2021). Nesta mesma linha, em um estudo com 107 idosos assistidos pela atenção básica de um município do interior de Minas Gerais, Campos *et al.* (2014a) observou uma relação de positiva entre a QV e a prática de atividades físicas, relação que é mais influenciada pela ausência de depressão, maior capacidade cognitiva e boa funcionalidade familiar. Ainda neste sentido, 2.052 idosos do município de Sete Lagoas, MG, participantes do estudo “Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida (AGEQOL)” foram avaliados, e identificou-se que a ausência de sintomas depressivos está associada a melhor QV (CAMPOS *et al.*, 2014b).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e os fatores associados a qualidade de vida e depressão em idosos de comunidade, em uma cidade de médio porte do nordeste brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Realizar uma revisão integrativa acerca da Qualidade de Vida em idosos de comunidade atendidos pela Atenção Básica.

3.2.2. Avaliar a Qualidade de Vida de idosos comunitários e os seus fatores associados;

3.2.3. Estimar a prevalência de Depressão em idosos comunitários e os seus fatores associados.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo observacional, analítico, de corte transversal, de natureza quantitativa, com coleta de dados, realizado com indivíduos idosos residentes na comunidade (não institucionalizados) em um município do interior da região Nordeste. Estudos analíticos procuram identificar a relação entre o fenômeno e fatores ou condições diversas, aos quais se possa atribuir seu comportamento e distribuição. Ele testa hipóteses de relação causal entre fatores de exposição e eventos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018). Foi utilizada a iniciativa STROBE (*Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para a elaboração deste estudo (MALTA *et al.*, 2010).

Os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais (BASTOS; DUQUIA, 2007) e nestes a coleta de dados pode envolver um recorte único no tempo, coletando dados sobre a exposição e o desfecho simultaneamente, sendo recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (PEREIRA, 1995).

A presente tese utiliza dados oriundos do banco da pesquisa “Avaliação da Saúde dos Idosos do Município de Barreiras – BA”, desenvolvido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Envelhecimento da UFOB (NEPEN-UFOB) e financiada pela Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB. Tratou-se de um estudo transversal desenvolvido com idosos de Barreiras-BA, com o intuito de investigar a saúde global dos mesmos, avaliando saúde física, mental, medidas antropométricas, nutricionais, dentre outras.

4.2 POPULAÇÃO

O município de Barreiras está situado no Oeste do Estado da Bahia e integra a Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco, estando a 857km de Salvador e a 622km de Brasília. Barreiras ocupa uma extensão territorial de 7.538,152 km², conforme dados do IBGE (2012a). Segundo o último Censo Demográfico, em 2010, a população do município de Barreiras alcançou 137.427 pessoas, com uma população de idosos (60 anos ou mais) de 7.449, e índice de envelhecimento de 23,57 (IBGE, 2012a).

4.3 AMOSTRA

Dados solicitados pelos pesquisadores e disponibilizados aos mesmos pela Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação da Atenção Básica de Barreiras-BA apontavam que em 2017 a cobertura da ESF no município era de 52,5%, e que haviam 4.828 idosos com cadastro ativo nas Unidades de Saúde da Família (USF). No projeto matriz, considerou-se uma prevalência geral de 50% para o cálculo da amostra, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, e o tamanho da amostra calculada foi de 356 idosos.

Em seguida, a amostra foi estratificada por alocação proporcional, utilizando a proporção de idosos em cada uma das 23 áreas de cobertura das equipes pela população total de idosos cadastrados informados em uma lista nominal pela Coordenação da Atenção Básica. Posteriormente, para a obtenção dos idosos que foram entrevistados em cada uma das áreas das equipes, foi realizada uma amostragem aleatória simples (Apêndice 2). No caso de recusa, ausência, morte ou indisponibilidade do idoso sorteado, o próximo idoso da lista era convidado a participar, até que se esgotassem os nomes.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram desta investigação, indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos completos, residentes na comunidade (não institucionalizados), em domicílios urbanos do município de Barreiras-BA, vinculados a alguma Unidade de Saúde da Família (USF). Foram excluídos do estudo os indivíduos que não conseguissem responder aos instrumentos de coleta no momento agendado, por estar hospitalizado, devido a alguma

dificuldade mental ou física diagnosticada por algum profissional de saúde, acentuada e perceptível, como surdez, mudez e transtornos psiquiátricos severos.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A Figura 3 apresenta as variáveis utilizadas no artigo 2, em um modelo visual, destacando as relações explicativas que foram testadas. A Qualidade de Vida foi utilizada como variável dependente (desfecho). Como o instrumento WHOQOL-Breef não dispõe de um escore geral de classificação da QV, utiliza-se as respostas da primeira questão para esta finalidade, sendo esta “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”, e suas 5 categorias originais (muito ruim; ruim; nem ruim, nem boa; boa; muito boa).

FIGURA 3 – VARIÁVEIS EXPLICATIVAS PARA A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS (ARTIGO 2).



Fonte: Elaborada pelo autor.

Ainda no Artigo 2, a pontuação (escores) centesimais de cada dimensão da QV (relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente) e na primeira questão (referente a Autoavaliação da QV), foram utilizadas na análise. No artigo 3, os sintomas depressivos foram utilizados como variável dependente (desfecho), da forma dicotomizada. Originalmente suas respostas são categorizadas como “improvável”, “possível” e “provável”, e optou-se por

utilizar a dicotomização através do ponto de corte ≥ 5 para determinar a possibilidade de sintomas depressivos ou não.

FIGURA 4 – VARIÁVEIS EXPLICATIVAS PARA OS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS (ARTIGO 3).



Fonte: Elaborada pelo autor.

Em ambos artigos foram utilizados dois grupos de variáveis independentes, sendo o primeiro com variáveis referentes a características demográficas: o sexo, a raça/cor, a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, religião, ocupação, fonte de renda e com quem reside, todas utilizadas em formato dicotomizado. O segundo grupo com variáveis relacionadas a hábitos e características de saúde: tabagismo, uso de bebida alcoólica, atividade física, consulta médica no último ano, presença de multimorbidades, uso diário de medicação, declínio cognitivo, insegurança alimentar e satisfação com a saúde.

No artigo 2, os sintomas depressivos foram utilizados como variável independente, e da mesma forma, no artigo 3, a qualidade de vida foi utilizada como variável independente.

QUADRO 1 – VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

	Variáveis	Categorias Originais	Categorias Operacionais
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	Sexo	Masculino Feminino	- Masculino - Feminino
	Raça/cor	Branca Amarela Preta Parda; Indígena; Outras.	- Branca - Preta, parda, outros
	Faixa Etária	60 a 69 anos 70 a 79 anos 80 anos ou mais	- 60 a 79 anos - 80 anos ou mais
	Escolaridade	Não alfabetizado Alfabetizado; Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior	- Não alfabetizado - Alfabetizado
	Estado Civil	Solteiro; Casado; Divorcido; Viuvo;	- Sem companheiro - Com companheiro
	Com quem reside	Sozinho; Filhos ou cônjuge; Outros familiares; Outros	- Sozinho - Cônjuge, filhos e outros
	Religião	Pratica alguma religião; Não pratica alguma religião;	- Pratica religião - Não pratica religião
	Ocupação	Sim Não	Sim; Não
	Fonte de renda	Trabalho; Aposentado; Benefícios e auxílios; sem renda	- Sim - Não
VARIÁVEIS RELACIONADAS A HÁBITOS E CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE	Consumo de cigarro	Sim; Não	Sim; Não
	Consumo de bebida	Sim; Não	Sim; Não
	Pratica atividade física	Sim; Não	Sim; Não
	Realizou consulta anual	Sim; Não	Sim; Não
	Utiliza medicação diária	Sim; Não	Sim; Não
	Multimorbidades	Sim; Não	Sim; Não
	Declínio Cognitivo	Sim; Não	Sim; Não
	Qualidade de Vida	Muito ruim Ruim Nem ruim, nem boa Boa Muito boa	- Boa - Ruim
	Sintomas depressivos	Improvável Possível Provável	- Com sintomas - Sem sintomas
	Insegurança Alimentar	Sim; Não	Sim; Não
	Satisfação com a Saúde	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	- Satisfeito - Insatisfeito

Fonte: Elaborada pelo autor

As categorias “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito/nem insatisfeito”, “satisfeito” e “muito satisfeito” da variável Satisfação com a saúde foram dicotomizadas utilizando-se a mediana. Considerou-se com multimorbidade (sim) aqueles idosos que relataram ter diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas simultâneas (SALIVE, 2013). O Quadro 1 acima descreve todas as variáveis utilizadas, suas categorias originais e operacionais durante o estudo.

4.6 INSTRUMENTOS

Foi aplicado um questionário com a finalidade de caracterizar a população estudada quanto a aspectos demográficos, sociais, econômicos e de saúde. O questionário foi elaborado e testado pela equipe da pesquisa.

As funções cognitivas foram avaliadas a partir da aplicação do Mini-exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN *et al.* 1975). Trata-se de um instrumento que avalia a memória recente, registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção, cálculo e linguagem em um escore de 30 pontos (MELO; BARBOSA, 2015). Atualmente, o MEEM é o teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no mundo, mas não há consenso quanto aos pontos de corte para declínio cognitivo no Brasil (MELO; BARBOSA, 2015; LOURENÇO; VERAS, 2006). Neste estudo, foram utilizados os parâmetros validados por Bertolucci (1994), que considera os pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para indivíduos de baixa e média escolaridade (< 8 anos de estudo) e 26 para indivíduos de alta escolaridade, considerada como acima de 8 anos de estudo. O resultado é exposto como “com declínio cognitivo” e “sem declínio cognitivo”, a partir da pontuação final.

A suspeita de depressão foi avaliada e classificada segundo a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), desenvolvida por Yesavage (1983) como um instrumento de identificação de possibilidade depressiva, possuindo duas versões: uma longa com trinta questões e uma versão curta com 15 questões (EGD-15). A EGD-15 é validada para o Brasil (PINHO *et al.*, 2010) e internacionalmente utilizada na avaliação geriátrica, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento para a doença (ORTIZ; WANDERLEY, 2013; YESAVAGE, 1983). Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida, a EGD-15, pela praticidade, disponibilidade e tempo de aplicação (ORTIZ; WANDERLEY, 2013). Na EGD-15 as respostas são dadas em duas possibilidades: sim ou não, sendo 15 pontos a pontuação máxima

da escala. Utilizou-se o escore de corte ≥ 5 para determinar a possibilidade de sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Os resultados são categorizados como “improvável”, “possível” e “provável” para a depressão.

O questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida foi a versão em Português do WHOQOL – BREF (FLECK *et al.*, 2000) que é a versão validada e abreviada do WHOQOL-100. Devido ao elevado número de perguntas e conseqüentemente pela demanda de tempo para reponde-las, a OMS abreviou o método original para o WHOQOL-BREF (THE WHOQOL GROUP, 1997), para um instrumento contendo 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, indo de “nada satisfeito” a “muito satisfeito”, reúne informações em quatro âmbitos ou domínios físico, domínio psicológico, relações sociais e domínio do ambiente (FERENTZ, 2017).

4.7 COLETA DOS DADOS

A coleta ocorreu entre o ano de 2017 e o ano de 2018, e foi realizada pela equipe do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Envelhecimento (NEPEN) da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), composto por 12 pesquisadores, docentes e discentes dos cursos de graduação em nutrição e medicina. A equipe de coleta foi devidamente treinada, e houveram reuniões para verificação da manutenção da padronização e diluição das dúvidas surgidas durante o período de coleta dos dados.

Foram agendadas reuniões com cada uma das Equipes de Saúde da Família, no intuito de apresentar brevemente o projeto, apresentar a parceria e anuência da Secretaria de Saúde e acordar o apoio com as mesmas. Participaram das reuniões, em sua maioria, as enfermeiras, agente comunitários de saúde e pesquisadores. O principal apoio da equipe de saúde consistiu na identificação dos sorteados, contato e entrega de um convite previamente elaborado e impresso pelos pesquisadores, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), para cada um dos idosos sorteados de suas respectivas áreas. O convite foi entregue pelo ACS diretamente ao idoso ou a algum residente da casa, e foi feita uma explicação oral pelo mesmo acerca do conteúdo do convite e objetivo do estudo. O convite continha informações essenciais da pesquisa, o dia e o horário agendados para a aplicação dos instrumentos na unidade de saúde.

A equipe de saúde apontou os dias em que algum consultório da unidade estivesse desocupado. Nos casos de indisponibilidade desses ou por outras questões específicas do funcionamento da USF, a coleta foi realizada em outros espaços que dispusessem de mesa, cadeiras, resguardasse a privacidade, a segurança e estivessem desocupados no momento da coleta (sala de triagem, sala de vacina e auditório, por exemplo).

A coleta foi realizada diretamente com o idoso, após a assinatura do Termo de Consentimento pelo mesmo. Aqueles que não conseguiam assinar, marcaram o TCLE com a impressão digital. As questões de cada instrumento foram lidas uma a uma por um pesquisador, enquanto um segundo registrava a resposta emitida pelo idoso. Não foi permitido que outra pessoa respondesse pelo idoso e a privacidade durante a aplicação foi garantida. Os quatro instrumentos foram aplicados em sequência, no mesmo momento da coleta.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados por duplas de pesquisadores, em uma matriz do Excel para verificação de inconsistências e tratamento. Posteriormente, os dados foram exportados para o software estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. Foi realizada a análise descritiva, apresentando os resultados através da distribuição da frequência e medidas de tendência central. Inicialmente foram calculados e apresentados os resultados gerais referentes aos escores e pontuações a sintomatologia depressiva (EGD-15) e para a Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), seguindo as recomendações preconizadas pelos próprios instrumentos.

No artigo 2, foi utilizado o Teste *T de Student* para identificar as diferenças entre os grupos em relação as médias nos escores para a Qualidade de Vida. As análises tomaram como nível de significância 0,05. Posteriormente a regressão linear multipla foi usada para verificar quais variáveis mais influenciavam no desfecho, de forma que as variáveis com significância menor que 0,10 na análise bivariada foram consideradas no modelo multivariado.

No artigo 3, utilizou-se a associação entre a variável dependente (desfecho) e variáveis independentes através do Teste Qui-Quadrado ou do Teste Exato de Fisher, dependendo dos dados encontrados nas categorias das variáveis. Posteriormente a regressão logística binária

foi usada para verificar quais variáveis mais influenciavam no desfecho de forma que as variáveis com significância menor que 0,10 na análise bivariada foram consideradas no modelo multivariado.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo “Avaliação da Saúde dos Idosos do Município de Barreiras – BA”, do qual derivam os dados desta tese, respeitou em todas as suas etapas a Resolução 466/2012 CNS/MS, que define as questões éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, possuindo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco de Barreiras (FASB) através do parecer 1447361/2016 e CAAE 49867715.7.0000.5026.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1 (Publicado na Revista de APS)

Qualidade de vida de idosos comunitários atendidos pela atenção básica: uma revisão integrativa da literatura

*Quality of life in community elderly assisted primary care: an
integrative literature review*

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o que diz a literatura científica acerca da Qualidade de Vida e seus fatores associados em idosos residentes em comunidades atendidas pela Atenção Básica, através de uma revisão integrativa da literatura. A busca dos artigos ocorreu em janeiro de 2020, nas bases BVS, PUBMED e SciELO. Foram selecionados dez estudos, que apontaram a qualidade de vida dos idosos como regular, a dimensão das relações sociais como a melhor avaliada e a do ambiente a pior. Os estudos observaram que exercício físico, entretenimento, interações sociais, suporte emocional e acesso as equipes da Atenção Básica desencadearam melhoras significativas na Qualidade de Vida de idosos. O convívio com multimorbidades e ser mais longo afetam negativamente a Qualidade de Vida. Quanto mais vulnerável nos aspectos social, econômico e ambiental, menor a percepção sobre a Qualidade de Vida e pior é a saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Envelhecimento. Qualidade de Vida. AtençãoBásica.

ABSTRACT

This study aimed to analyze what the scientific literature says about Quality of Life and associated factors in elderly people living in communities served by Primary Care, through an Integrative Literature Review. The search for the articles took place in January of the year 2020, in the BVS, PUBMED and SciELO databases. Ten studies were selected, which showed quality of life of the elderly as regular, the dimension of social relations as the best evaluated and "environment" as the worst. Studies have found that physical exercise, entertainment, social interactions, emotional support and access to Primary Care triggered significant improvements in the elderly Quality of Life. Living with multimorbidities and being a long-lived elderly person negatively affect Quality of Life. The more vulnerable in the social, economic and environmental aspects, the lower Quality of Life perception and worse the health of the elderly.

KEYWORDS: Elderly. Aging. Quality of Life. PrimaryCare.

INTRODUÇÃO

A senescência é um processo natural e inevitável no desenvolvimento humano, e com o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população mundial é uma tendência, observando-se o aumento do número de idosos na maioria dos países (MENDES *et al.*, 2018). A crescente quantidade de idosos acarreta em um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são mais comuns de ocorrerem nestas pessoas e são desafiadoras para os sistemas de saúde, por agravarem ou serem a causa do surgimento de outras doenças (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). As doenças que mais afetam os idosos são as cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes e câncer (MOURÃO *et al.*, 2016). O aumento da expectativa de vida acresce a possibilidade de ter que conviver com uma ou mais doenças crônicas (multimorbidade), e a presença destas está fortemente associada ao surgimento de sintomas de depressão e piora na autopercepção da Qualidade de Vida - QV (AMARAL *et al.*, 2018).

O envelhecimento da população leva a refletir não somente sobre a importância de uma longevidade maior, mas também a garantia de felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. O baixo apoio familiar e dos pares, a diminuição da autonomia, baixa renda e nível de escolaridade são fatores que tornam os idosos mais vulneráveis, e estão associados a pior autopercepção da QV (PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2022).

De modo geral envelhecer com qualidade significa estar satisfeito com a vida e ter expectativas positivas em relação ao futuro, o que levanta a necessidade de pensar não apenas no envelhecer, mas em um melhor estilo e QV (SILVA, SOUZA, GANASSOLI, 2017). O estilo de vida, compreendido como os costumes e hábitos diários, englobam escolhas alimentares, prática de exercícios, consumo de drogas, medicamentos e outros, impactam diretamente na autopercepção da QV (FERREIRA; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2018).

Quanto mais saudável forem os hábitos e estilo de vida dos idosos, melhor a autopercepção de QV (NAUGHTON *et al.*, 2016). Atendendo às necessidades da sociedade, incluindo profissionais de saúde e seus pacientes, a QV e sua relação com a saúde tem sido fortemente utilizada como meio de avaliação dos resultados de determinadas intervenções, tratamentos, programas e estratégias, envolvendo as múltiplas percepções, contextos e parâmetros (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Atualmente, os conceitos de QV mais aceitos englobam diversas dimensões da vida do indivíduo (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Estes abrangem, de forma complexa, a saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com as características do ambiente, entre outros aspectos. Em relação à QV, a literatura aponta que idosos solitários apresentam mais sintomas depressivos, além de destacar que neste grupo, os idosos mais velhos e as mulheres são mais susceptíveis à solidão e aos sintomas depressivos, estando estes associados a piores escores de QV (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Sabe-se também que o estado nutricional dos idosos está relacionado com sua qualidade de vida, destacando que quanto maior o peso do idoso, melhor a percepção do mesmo acerca da sua qualidade de vida (CLEMENTINO; GOULART, 2019).

Neste sentido, por conta da sua importância, complexidade, quantidade de dimensões relacionadas e fatores associados, existem vários instrumentos que se propõem a avaliar a Qualidade de Vida em idosos, sendo os mais populares o WHOQOL-BREF, o WHOQOL-OLD, o WHOQOL-100 e o SF-6 (SANTOS, 2015). O WHOQOL-100 foi criado pela OMS no intuito de avaliar a QV de forma transcultural e multidimensional, possuindo 100 questões (WHO, 1997). O WHOQOL-BREF é a versão validada e abreviada do WHOQOL-100, e o instrumento mais utilizado nos estudos de QV (FLECK *et al.*, 2000), contendo 26 questões cujas respostas geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, e reúne informações em quatro domínios: físico, domínio psicológico, relações sociais e domínio do ambiente (FEREN, 2017). O WHOQOL-OLD segue a mesma lógica dos instrumentos do grupo WHOQOL, avaliando mais facetas específicas para idosos, como a autonomia, participação social e morte (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, possui capilaridade, amplitude e abrangência de ações que abarcam, dentre outras questões, aquelas que afetam diretamente na QV dos idosos cadastrados nas unidades de saúde. Além do atendimento voltado a cura e tratamento de condições patológicas, são realizados grupos, orientações, lazer, educação em saúde, atividade física, entre outros, cujas ações devem levar

em conta e impactar positivamente a QV dos idosos, como parte do cuidado prestado (BERTOLINI, *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A Atenção Básica busca ações de cunho integral, sendo o principal ponto de acesso à rede de serviços, e suas ações são sensíveis aos aspectos dos determinantes sociais vivenciados pelos sujeitos, e sua efetividade influencia em uma melhor QV da população assistida (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017). Desta forma, este estudo objetivou analisar o que diz a literatura científica acerca da qualidade de vida e seus fatores associados em idosos residentes em comunidades atendidas pela Atenção Básica.

DESENVOLVIMENTO

Este estudo se consistiu em uma Revisão Integrativa de Literatura (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Foram seguidas as diretrizes metodológicas para elaboração de revisões de literatura propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). A questão norteadora da pesquisa foi formulada seguindo as orientações da estratégia/anagrama PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), que consiste em um acrônimo para “paciente”, “intervenção”, “comparação ou contexto” e “*outcomes*”, consideradas os elementos fundamentais da pesquisa baseada em evidências (PBE) e utilizada para construção de questões de pesquisa de natureza diversa. Desta forma, buscou-se responder a seguinte questão: O que dizem os estudos científicos acerca da Qualidade de Vida (QV) e seus fatores associados, em idosos residentes em comunidades atendidas pela Atenção Básica?

A busca dos artigos ocorreu no mês de janeiro do ano de 2020, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a escolha dos descritores de busca mais adequados, foi consultado o DECS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde), desenvolvido pelo BIREME (Latin American and Caribbean Health Sciences Information Center). Utilizou-se ainda operadores booleanos “AND” e “OR”, sendo a busca realizada da seguinte forma: “*elder OR elderly OR elderlies AND quality of life*”, “*elder OR elderly OR elderlies AND life satisfaction*”, “*old age AND quality of life*”, “*old age AND life satisfaction*”, “*geriatric AND quality of life*”, “*elder OR elderly OR elderlies AND well being*”, “*old age AND well being*” e “*geriatric AND well being*”; e em português: “*idoso AND qualidade de vida OR satisfação com a vida OR bem-estar*”, “*envelhecimento AND qualidade de vida OR satisfação com a vida OR bem-estar*”. A mesma estratégia foi utilizada para a busca nas três bases de dados.

Optou-se pela utilização dos seguintes filtros durante a busca nos bancos de dados: estudos originais, textos completos e de livre acesso, publicados entre 2016 e 2020 em língua inglesa ou portuguesa, realizados com humanos e que não fossem revisões de literatura, teses, dissertações ou monografias. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos os estudos que não contivessem ao menos dois dos descritores de busca em um dos mesmos, estudos que apontassem em sua metodologia a seleção e participação de idosos assistidos por serviços do nível secundário ou terciário de saúde (policlínicas, hospitais, clínicas escolas), que contivessem participantes (mesmo que uma parte) oriundos de serviços particulares, estudos cujo objetivo fosse a validação de instrumentos e os estudos que não especificaram a origem dos seus participantes. Foram seguidas as recomendações do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* para extração dos dados e estabelecimento dos critérios de qualidade dos estudos selecionados (WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018).

Resultados

Foram identificados 1.453 estudos no PUBMED, 375 no SCIELO e 1.341 na BVS, totalizando 3.169 estudos extraídos das bases de dados. Após a triagem, remoção de estudos duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão ficaram elegíveis 316 estudos. Estes foram lidos na íntegra, a fim de refinar a seleção e avaliação da qualidade, sendo incluídos ao fim, dez estudos.

Tabela 1 – Sumarização dos artigos selecionados

(continua)

Nº	Título	Autores	Ano	Revista
01	Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil.	Amaral, TLM et al.	2018	Ciência & Saúde Coletiva
02	Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study.	Dantas, BA da S et al.	2020	Revista Brasileira de Psiquiatria
03	Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas	Gato, JM et al.	2018	Avances enEnfermería
04	Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos	Lima, LR et al.	2018	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
05	Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida em idosos.	Martins, RB et al.	2018	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Tabela 1 – Sumarização dos artigos selecionados

(conclusão)

Nº	Título	Autores	Ano	Revista
06	Condições Socioeconômicas e de Saúde Associadas à Qualidade de Vida de Idosos Quilombolas.	Santos, VC et al.	2016	Texto & Contexto - Enfermagem
07	Idosos na atenção primária à saúde: qualidade de vida e características associadas	Santos, K de L et al.	2019	Estudos de Psicologia
08	Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida	Tavares, DM dos S. et al.	2018	Ciência e Saúde Coletiva
09	Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural	Garbaccio, JL et al.	2018	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)
10	Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro	Sardinha, AH de L et. al.	2019	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Fonte: Elaborada pelo autor.

Todos os estudos incluídos foram realizados no Brasil, com idosos brasileiros e no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não houve restrição de outros contextos durante a busca e seleção dos artigos, e a mesma ocorreu em bancos de dados que possibilitariam o aparecimento de experiências em outros países, tendo em vista que a Atenção Básica não é uma exclusividade do SUS. Mesmo o estudo número três, selecionado para esta revisão e publicado em revista colombiana, foi realizado no Brasil.

A maioria dos títulos dos estudos utilizam o termo “Qualidade de Vida”, apontando a mesma como um possível desfecho. Os títulos também indicam o interesse em questões relacionadas a saúde mental, como depressão e imagem corporal, e também interesse em populações residentes em áreas rurais. Nove estudos foram publicados em revistas nacionais, e apenas um em uma revista estrangeira (Colombiana). Os estudos foram publicados em oito diferentes revistas, de diferentes áreas (médica, enfermagem, psicologia, saúde coletiva e saúde), destacando-se a “Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia” com três estudos e a “Ciência e Saúde Coletiva” com dois. Esta última é uma revista cujo escopo é voltado para temas relacionados ao envelhecimento, o que pode justificar a quantidade maior de estudos publicados.

Todos os dez estudos incluem mais de 100 participantes. Destaca-se que quatro deles possuem amostras mais robustas, com mais de 400 idosos. Os instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida mais utilizados foram os da Organização Mundial de Saúde (OMS), da metodologia WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). No total, oito estudos

utilizaram o módulo abreviado WHOQOL-Bref e desses, quatro o utilizaram em conjunto com o módulo WHOQOL-Old.

Quadro 1 – Objetivos e principais resultados dos estudos selecionados.

(continua)

Nº	Objetivo	Principais resultados
01	Analisar a associação da presença de multimorbidade com sintomas de depressão e qualidade de vida em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Senador Guiomard, Acre.	Os idosos com multimorbidades tiveram duas vezes mais chances de ter sintomas depressivos. Os idosos com multimorbidades apresentaram pior qualidade de vida total e nos domínios físico, psicológicos, social (exceto no domínio ambiental).
02	Avaliar o impacto de intervenções multidimensionais na Qualidade de Vida e sintomas depressivos em idosos brasileiros residentes na comunidade.	O Grupo Intervenção exibiu melhora significativa em domínios da QV: saúde mental, percepção geral de saúde e funcionamento físico. A prevalência de depressão caiu de 36,7 (grupo controle) para 23,3%.
03	Avaliar o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e a QV de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do oeste catarinense.	Houve associação entre aumento dos sintomas depressivos e diminuição da QV em todos os domínios. A satisfação com a QV foi moderada, com maior pontuação em ‘relações sociais’ e menor no domínio ‘físico’.
04	Avaliar a QV de idosos com diabetes mellitus em uma unidade básica de saúde e relacionar com o tempo do diagnóstico.	Os domínios da QV com melhores resultados foram os das Relações Sociais e Psicológico, e uma pior qualidade de vida observada foi Meio Ambiente.
05	Determinar a prevalência da satisfação com a imagem corporal em idosos, bem como a sua relação com o estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida.	A maioria eram mulheres (64,8%) e insatisfeitas com sua imagem corporal (71,7%). A média mais alta na Qualidade de Vida foi considerada uma variável preditora da satisfação com a imagem corporal.
06	Identificar as condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas	Entre os fatores associados com a Qualidade de Vida estiveram a renda per capita, a auto avaliação do estado de saúde e a classificação dos casos de depressão.
07	Avaliar a Qualidade de Vida (QV) e características associadas de pacientes idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes Mellitus (DM), acompanhados em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma cidade do interior do estado da Paraíba, Brasil.	Os resultados revelam que idosos sem hipertensão/diabetes apresentaram maiores médias dos domínios da qualidade de vida. Os acometidos pelas duas enfermidades apresentam as piores médias no domínio ‘físico’. Os dados qualitativos indicam o domínio ‘social’ e o ‘psicológico’ como os mais importantes.
08	Verificar a associação do excesso de peso com a presença de incapacidade funcional, as morbidades autorreferidas e a QV de idosos residentes em áreas rurais.	Os idosos com excesso de peso apresentaram menores escores no domínio físico e maiores nas relações sociais comparados aos sem essa condição. Quanto menor o escore obtido, menor a QV na dimensão avaliada.
09	Avaliar a qualidade de vida e a saúde dos idosos residentes nas zonas rurais.	Os idosos apresentaram relação com qualidade de vida “satisfatória” — bivariada ($p < 0,05$): idade até 69 anos (61,6%), casados (61,7%), residindo por até 54 anos no meio rural (68%), sem receber ajuda financeira (59,5%), vivendo acompanhado (61%), não fumante (60%), referindo boa saúde (76,7%), satisfeito com a vida (69,6%).

Quadro 1 – Objetivos e principais resultados dos estudos selecionados.

(conclusão)

Nº	Objetivo	Principais resultados
10	Avaliar a QV dos idosos quilombolas das agrovilas de Alcântara, Maranhão, descrevendo suas características sociodemográficas e ponderando as facetas gerais e os domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente	A QV teve maior pontuação para o domínio social e menor para o domínio meio ambiente. A QV, quando verificado o domínio psicológico, houve destaque do Grupo I, o qual apresentou diferença com o Grupo II e III. As facetas da QV tiveram correlação com as facetas de saúde para o Grupo I e III.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

De forma geral, os estudos analisados apontam que a qualidade de vida dos idosos residentes em comunidade e vinculados às equipes de saúde da família é “regular” (GATO *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2018; TAVARES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; SARDINHA *et al.*, 2019). Ressalta-se que o parâmetro “Regular” toma como base os estudos de Fleck para validação do WHOQOL-Bref (FLECK, 2000). O autor classifica os resultados do instrumento como “Necessita Melhorar”, quando a pontuação média for 1 até 2,9; “Regular”, quando a pontuação média for de 3 até 3,9; “Boa”, quando a pontuação média for de 4 até 4,9; e “Muito Boa”, quando a pontuação média for 5.

O estudo de Gato *et al.* (2018) aponta que a correlação entre os resultados do GDS (Escala Geriátrica de Depressão) e o WHOQOL-Bref mostrou forte associação entre aumento dos sintomas depressivos e diminuição da Qualidade de Vida em todos os quatro domínios. O estudo de Santos *et al.* (2016) afirma que entre os fatores associados com a Qualidade de Vida dos idosos estiveram a renda, a auto avaliação do estado de saúde e a classificação dos casos de depressão. No mesmo estudo, a variável satisfação com os serviços de saúde teve forte associação com todos os domínios da Qualidade de Vida e com o Índice Geral de Qualidade de Vida.

O estudo de Santos *et al.* (2019) mostrou uma correlação negativa entre a idade e o domínio físico da Qualidade de Vida, o que sugere que a avaliação da QV piora com o aumento da idade. O estudo apontou ainda que a correlação com a renda apresentou resultados significativos na área física, domínio psicológico e meio ambiente; e que os idosos que viviam com o companheiro (ou companheira) tinham melhor qualidade de vida do que os que não residiam com um parceiro.

De forma geral, o domínio da Qualidade de Vida melhor avaliado entre os idosos participantes dos estudos selecionados é o das “Relações Sociais”. Gato *et al.* (2018) verificaram que no WHOQOL-BREF houve maior pontuação no domínio ‘relações sociais’ e

menor no 'físico', onde dor, desconforto, falta de energia e fadiga, falta de sono e repouso prejudicam a mobilidade e o desempenho em atividades cotidianas. No mesmo sentido, outros estudos verificaram que o domínio das relações sociais foi o que teve as melhores médias entre os participantes (TAVARES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2018).

A segunda dimensão com melhores médias entre os idosos dos estudos selecionados é a dimensão Psicológica. Amaral *et al.* (2018) identificaram que de forma geral, os idosos possuíam melhor média de pontuação da Qualidade de Vida na dimensão Psicológica (63,8) e pior na dimensão Ambiental (50,4). Identificaram ainda que idosos com multiborbidades tinham médias significativamente menores em todas as dimensões, em relação aos idosos sem multiborbidades.

Lima *et al.* (2018) verificaram que entre idosos com Diabetes Melitus o segundo maior escore nos domínios do WHOQOL-Bref foi o Psicológico, e Santos *et al.* (2016) relataram que o domínio Psicológico foi o segundo mais bem avaliado, em médias, no estudo que realizaram com idosos quilombolas. No mesmo sentido, os estudos de Santos *et al.* (2019) com idosos da atenção básica, apontaram que neste grupo a dimensão Psicológica foi a segunda melhor avaliada depois da dimensão das Relações Sociais. De forma geral, a dimensão com piores médias entre os idosos participantes dos estudos selecionados foi a do Ambiente (AMARAL *et al.*, 2018; TAVARES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; SARDINHA *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2018).

Discussão

A QV se tornou uma importante medida em saúde, e a ausência de um instrumento transcultural fez com que a Organização Mundial de Saúde desenvolvesse o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) (WHO, 1998). Em estudos epidemiológicos e naqueles que utilizam múltiplos instrumentos, havia a necessidade de utilizar uma ferramenta eficaz, genérica e abreviada, levando a OMS a desenvolver uma versão mais curta, o WHOQOL-Bref (FLECK, 2000). O instrumento investiga 4 dimensões: física, psicológica, social e meio ambiente (WHO, 1998), e por ser um instrumento amplamente utilizado em pesquisas, ele permite comparações com os resultados de outros estudos (SANTOS, 2015).

A associação do WHOQOL-Bref com outros módulos complementares, como o WHOQOL-OLD, afeta a rapidez e brevidade e aumenta a complexidade dos cálculos para se

chegar a um resultado final (SANTOS, 2000; FLECK, 2008) e por isso dever ser utilizada apenas quando necessário.

Em idosos, o convívio com doenças crônicas afeta negativamente a percepção geral dos mesmos sobre a QV (TAVARES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019). Idosos que referem possuir algum problema de saúde como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), problemas de coluna, Diabetes Mellitus (DM) e Hipercolesterolemia, obtiveram uma resposta ruim na pontuação da qualidade de vida em relação aos idosos sem doenças crônicas (SANTOS *et al.*, 2016). Os resultados do estudo de Santos *et al.* (2019) reforçam essa premissa, apontando que idosos sem nenhuma doença crônica obtiveram melhor percepção sobre sua qualidade de vida, seguido dos idosos com HAS ou com DM e o menor valor médio da pontuação da QV foi para o grupo de idosos com as duas condições de saúde. A HAS e DM são duas condições diariamente abarcadas pelas equipes de saúde da família, principalmente entre os idosos, o que exige da ESF a criação de mecanismos de cuidado que reduzam o impacto das DCNT e senilidade na QV, promovendo uma senescência que não seja marcada por sofrimento e privações (AMARAL *et al.*, 2018).

O suporte emocional durante a velhice parece ser fundamental para promover Qualidade de Vida, mesmo na presença de multimorbidades, impactando diretamente nas dimensões físicas e psicológicas dos idosos (SANTOS *et al.*, 2019). A dimensão psicológica da qualidade de vida envolve a percepção sobre sentimentos positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade (FLECK, 2000). Entre os idosos dos estudos selecionados, estas facetas podem estar agindo de forma positiva na percepção da qualidade de vida.

Ações que fortaleçam vínculos sociais e familiares dos idosos e ampliem suas redes de cuidados são um desafio para a atenção básica, mas são fundamentais para um envelhecimento saudável (AMARAL *et al.*, 2018). Além disso, a interação social e intervenções multidimensionais (alimentar, lazer, social, entre outras) são eficazes para melhora de sintomas depressivos e saúde mental dos idosos (DANTAS *et al.*, 2019) e melhoras em vários domínios da QV, e são possíveis de serem propostas no nível primário da rede de atenção.

Dantas *et al.* demonstraram que intervenções em saúde, tal como exercício físico, atividades que promovam entretenimento, interações sociais, entre outras, desencadearam melhoras significativas na Qualidade de Vida de idosos, assim como a redução de sintomas depressivos (DANTAS *et al.*, 2019). Idosos mais longevos (com 70 anos ou mais), analfabetos, solitários (sem rede de apoio e cuidado), fumantes e dependentes de ajuda

financeira foram avaliados por Garbaccio et al. (2018) e identificados como tendo qualidade de vida insatisfatória. Os resultados desses estudos reforçam a ideia de que intervenções que alterem o estilo de vida e aspectos socioambientais dos idosos resultam em melhora da Qualidade de Vida²⁸ e são fundamentais no escopo de cuidados ofertados pela atenção básica. São comuns, em comunidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), as proposições de grupos de atividade física mediados pelos profissionais das equipes ou com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Os estudos destacam ainda a relação entre a percepção do peso e do corpo com a Qualidade de Vida. Martins et al. (2018) verificaram que o escore médio Qualidade de Vida dos indivíduos satisfeitos com sua imagem corporal foi significativamente mais elevado do que o dos insatisfeitos. Os resultados do estudo de Tavares et al. (2018) observaram que a maioria dos idosos considerou a QV boa, tanto entre aqueles sem (59,7%) e com (60,9%) excesso de peso.

É crucial que as equipes de saúde da atenção básica desenvolvam atividades de valor social que incluam os idosos e suas famílias, desenvolvendo apoio psicossocial, minimizando complicações clínicas, melhorando a qualidade de vida e promovendo autonomia (GATO *et al.*, 2018). Faz-se necessário ainda, que a atenção básica proponha atividades sociais, preventivas e educativas relacionadas à saúde do idoso. Além disso, grupos, viagens e interação social impactam positivamente na dimensão das relações sociais, promovem satisfação do idoso com a saúde e melhora a expectativa futura (LIMA *et al.*, 2018). O domínio das Relações Sociais envolve a percepção sobre atividade sexual e apoio social (FLECK, 2000), sendo que o apoio recebido e amigos, familiares, vizinhos e pessoas próximas pode facilitar o enfrentamento às crises e mudanças existentes na vida, além da possibilidade de auxiliar na promoção da saúde, autoestima e proteção dos idosos.

Um fator apontado como crucial na melhora da qualidade de vida dos idosos é o acesso a serviços públicos de saúde (SANTOS *et al.*, 2016; GARBACCIO *et al.*, 2018). A proposição de ações públicas e sociais que garantam o acesso do idoso aos serviços de saúde e a prioridade no desenvolvimento de ações pelas equipes de saúde da família voltadas aos mesmos, minimizam riscos e fragilidades desses sujeitos e promovem Qualidade de Vida (GARBACCIO *et al.*, 2018). O acesso às equipes e ações da atenção básica previne doenças e necessidade de tratamentos especializados. Além disso, é necessário que esse cuidado ofertado pela Estratégia de Saúde da Família seja integral e contínuo (SANTOS *et al.*, 2016) e que ultrapassem a estratégia da medicalização (GATO *et al.*, 2018).

Fleck aponta que a Dimensão Ambiental da QV avalia questões relacionadas à segurança, lar, recursos financeiros, lazer, poluição, transporte, acesso à serviços públicos, entre outros (FLECK, 2000). Neste sentido, a vulnerabilidade social pode ser a razão dos baixos resultados nesta dimensão, tendo em vista que alguns estudos selecionados abordaram idosos de áreas rurais e quilombolas, contextos que historicamente carecem de infraestrutura e políticas públicas como medidas que impactem positivamente na vida dessas comunidades. Neste sentido, é fundamental que as ESF's localizadas nestas comunidades, ou responsáveis pela área, ampliem o acesso aos seus serviços de saúde e foquem na integralidade e continuidade do cuidado oferecido aos idosos, e apoiem estratégias mais amplas e intersetoriais que abarquem as condições socioeconômicas que modulam as condições de saúde dessa população (SANTOS *et al.*, 2016).

As equipes de saúde da atenção básica devem realizar visitas domiciliares e planos de cuidado que envolvam também o monitoramento do estado nutricional dos idosos, e incentivar o autocuidado dos mesmos para esta questão (TAVARES *et al.*, 2018). Há de se ressaltar que quanto mais vulnerável nos aspectos social, econômico e ambiental, menor a qualidade de vida e pior é a saúde do idoso (SARDINHA *et al.*, 2019, SANTOS *et al.*, 2019). Neste sentido, é preciso garantir ao idoso acesso a políticas voltadas à promoção da saúde, acesso à água potável, saneamento básico, educação, proteção e recuperação ambiental (SARDINHA *et al.*, 2019), e aspectos básicos da dignidade humana, como segurança, moradia, transporte, alimentação, a como elementos essenciais para a percepção de QV (SANTOS *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

De forma geral, os estudos analisados apontam que a qualidade de vida dos idosos residentes em comunidade e vinculados às equipes de saúde da família é “regular”. A dimensão da Qualidade de Vida mais bem avaliada entre os idosos participantes dos estudos selecionados é a das “Relações Sociais”, e a com piores médias foi a do “Ambiente”.

Os estudos observaram que intervenções da atenção básica que propuseram exercício físico, entretenimento, interações sociais, entre outras, desencadearam melhoras significativas na Qualidade de Vida de idosos, assim como a redução de sintomas depressivos. Ainda nesse sentido, o suporte emocional ao idoso promove Qualidade de Vida, mesmo na presença de multimorbidades.

O convívio com doenças crônicas afeta negativamente a percepção dos idosos acerca de sua Qualidade de Vida, e quanto mais vulnerável nos aspectos social, econômico e ambiental, menor a sua percepção sobre a mesma e pior é a saúde do idoso. O acesso às equipes e ações da atenção básica previne doenças e evita necessidade de tratamentos especializados, impactando positivamente na QV dos idosos.

Espera-se que os resultados desta revisão possam ser utilizados para o planejamento de atividades, programas e estratégias voltadas ao idoso, e realizados pelas equipes de atenção básica. Espera-se ainda que influenciem políticas públicas direcionadas para garantia de direitos, infraestrutura urbana e acesso a serviços públicos, impactando assim na dimensão ambiental da QV dos idosos, que foi a com pior resultado. Outras revisões podem refinar os resultados aqui encontrados, ao ampliar o escopo de busca em mais bases, realizando uma busca com mais de um pesquisador e dispondo de financiamento para acessar os estudos pagos.

REFERÊNCIAS

AMARAL T. L. M. *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, vol. 23, n.9, p. 3077-3084, 2018.

BERTOLINI G. N. *et al.* Relation between high leisure-time sedentary behavior and low functionality in older adults. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, vol. 18, n. 6, p. 713-721, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2016v18n6p713>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 92 p.

CLEMENTINO M. D.; GOULART R. M. M. Imagem corporal, estado nutricional e qualidade de vida em idosos longevos. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, vol. 22, n. 6, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102188>. Acesso em: 15 nov. 2020.

DANTAS B. A. S *et al.* Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. **Braz J Psychiatry**, vol. 42, n. 2, p.201-208, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zdJr7mLhBHbvVCVDJYbMX7M/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FERENTZ L. M. S. Análise da Qualidade de Vida pelo método WHOQOL-BREF: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. **Estudo & Debate**, vol.24, n. 3, p. 116-134, 2017. Disponível em:Doi: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-036X.v24i3a2017.1359>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FERREIRA L. K.; FILGUEIRAS J. F.; FERREIRA M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, vol. 21, n. 5, p. 639-651, 2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FLECK M. P. A.*et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Rev Saúde Pública**, vol. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK M. P. A (org). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. 228p.

FLECK M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

GARBACCIO J. L.*et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pC3sjdGyJnPbyC9PXygQRrF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GATO J. M.*et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances em Enfermagem**, vol. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/68498>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GIOVANELLA L.; ALMEIDA P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad Saúde Pública**, vol. 33, n. 2,2017.

LIMA R. M. *et al.* Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **RevBrasGeriatrGerontol**, vol. 22, n. 2, p. 180-190, 2018; 21(2): 180-190. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KYwwqXm3wkB9F8TGt4q5Xzg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2020.

MARTINS R. B.*et al.* Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida em idosos. **RevBrasGeriatrGerontol**, vol. 21, n. 6, p. 691-703, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/PvfqRs7kd85hhPDdpzGSB7N/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MENDES JLV, *et al.* O Aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. **RevEduc Meio Ambiente Saúde**, vol. 8, n. 1, p. 13-26, 2018.

MIRANDA L. C. V.; SOARES S. M.; SILVA, P. A. B. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 11, p. 3533-3544,

2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5fzfd59SPHFV8RcHxXCgH3f/?lang=en>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MOURÃO L. F., *et al.* Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiol. Commun. Res.**, vol. 21, n. 1657, p. 3-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/VNFrd9hrLS8K4XG7dn4mpCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2019.

NAUGHTON MJ, *et al.* Global quality of life among WHI women aged 80 years and older. **J Gerontol Ser A BiolSciMedSci.**, vol. 71, n. 1, p. 72-80, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv056>. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLIVEIRA LM, *et al.* Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: revisão integrativa. **RevBrasGeriatrGerontol.**, vol. 22, n. 6, 2019; 22(6). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102345>. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLIVEIRA DVD, *et al.* Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. **Epidemiologia Serviço Saúde**, vol.28, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S167949742019000300010>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PEREIRA D. S.; NOGUEIRA J. A. D.; SILVA C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **RevBrasGeriatrGerontol.**, vol18, n. 4, p. 893-908, 2015. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PEREIRA E. F., TEIXEIRA C. S., SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **RevBrasEducFís Esporte**, vol.26, n. 2, p. 241-250, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PERSEGUINO M. G.; OKUNO M. F. P; HORTA A. L. M. Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. **RevBrasEnferm.**, vol. 75, n. 4, 2022;. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Px6rC7vs5JvVHtdyVncZ9tb/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SANTOS C. M. C., PIMENTA C. A. M., NOBRE M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enfermagem**, vol15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS K. L.*et al.* Elderly individuals in primary health care: Quality of life and associated characteristics. **Estudos de Psicologia**, vol. 36,2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/5XvJqMfRJgYTS7MGM7Q8YGc/?lang=en>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SANTOS P. M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **CorpoConsciência**. 2015; 19(2): 25-36.

SANTOS V. C.*et al.* Condições Socioeconômicas e de Saúde Associadas a Qualidade de Vida de Idosos Quilombolas. **Texto Contexto Enferm**, vol. 25, n. 2, 2016. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/tce/a/vnrJt5jF45c9m6KCcpdMKHg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SARDINHA A. H. L. *et al.* Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, vol22, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ncpSTgvKzk4mCpckHx784Nw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SILVA L. A. C.; SOUZA L. E. A.; GANASSOLI C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Rev Soc Bras Clín Méd.**, vol. 15, n. 3, p. 146-149, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

SOUZA M. T.; SILVA M. D.; CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. 2010.

TAVARES D. M. S. *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol.23, n. 3, p. 913-922, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NvdzyxkVjflCb9xQvcBqYTf/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020

WANZINACK C.; SIGNORELLI M. C.; REIS C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. **Cad. Saúde Pública**, vol.34, n. 12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012818>. Acesso em: 20 jan 2020.

WHO. WHOQOL GROUP. WHOQOL: **Measuring Quality of Life**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. 1997.

WHO. WHOQOL GROUP. WHOQOL. The WHO quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **SocSci Med.**, vol. 46, n.12, p. 1569-1585, 1998.

6.2 ARTIGO 2 (Submetido à revista Saúde e Sociedade - ANEXO 5)

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE COMUNIDADE ASSISTIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA.

QUALITY OF LIFE OF COMMUNITY ELDERLY ASSISTED BY PRIMARY CARE.

RESUMO

Objetivou-se avaliar a Qualidade de Vida e os seus fatores associados, de idosos de comunidade atendidos pela Atenção Básica em um município de médio porte do interior do Nordeste. Estudo transversal, com 316 idosos que possuíam 60 anos ou mais, que residiam em domicílios urbanos, não institucionalizados e cobertos por alguma Unidade de Saúde da Família. Foi realizada uma análise descritiva, seguida de uma análise bivariada (Teste T de Student), e por fim uma análise multivariada com Regressão Linear. Obtiveram melhores médias de QV os idosos sem companheiro ($p=0,036$), que consumiam bebida alcoólica ($p=0,035$), praticantes de atividade física ($p=0,010$), sem morbidades ($p=0,034$), sem sintomas depressivos ($p=0,000$), em segurança alimentar ($p=0,009$) e satisfeitos com a saúde ($p=0,010$). A dimensão das Relações Sociais obteve a melhor média ($\bar{x} = 75,0$), e a do Meio Ambiente a pior ($\bar{x} = 61,2$). Não ter sintomas depressivos ($OR=5,3$; $IC95\% 2,218-8,426$) e estar satisfeito com a saúde ($OR=23,1$; $IC95\% 20,040-26,163$) aumentam as chances de ter uma QV boa. As equipes de saúde precisam atuar com ações integradas frente aos determinantes sociais e não apenas nas doenças relacionadas ao envelhecimento, promover estilo de vida mais saudáveis e aumentar o apoio social aos idosos da comunidade.

Palavras-Chave: Idoso, Envelhecimento, Qualidade de Vida, Atenção Básica.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the Quality of Life and its associated factors, of community elderly attended by Primary Care in a medium-sized municipality in the interior of the Northeast. This was a cross-sectional study, with 316 elderly people aged 60 years or older, who lived in urban, non-institutionalized households and covered by a Family Health Unit. A descriptive analysis was performed, followed by a bivariate analysis using Student's T Test, and finally a multivariate analysis using Linear Regression. Elderly without a partner ($p=0.036$), drinker ($p=0.035$), physical activity practitioner ($p=0.010$), without morbidities ($p=0.034$), without depressive symptoms ($p=0.000$), in food security ($p=0.009$) and satisfied with one's health ($p=0.010$) had better QL averages. The Social Relations dimension obtained the best average ($\bar{x} = 75.0$), and the Environment the worst ($\bar{x} = 61.2$). Not having depressive symptoms ($OR=5.3$; $95\%CI 2.218-8.426$) and being satisfied with one's health ($OR=23.1$; $95\%CI 20.040-26.163$) increase the chances of having a good QL. Health teams need to act with comprehensive actions in the face of social determinants and not just in diseases related to aging, promote healthier lifestyles and increase social support for the elderly in the community.

Keywords: Elderly, Aging, Quality of Life, Primary Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo inevitável, onde o organismo humano e seus sistemas passam por mudanças fisiológicas e psicológicas que desencadeiam reduções naturais na capacidade do corpo, sendo impactado pelas condições de vida de cada sujeito (AMARAL; AMARAL; LIMA, 2018). O último Censo Demográfico apontou que no Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais eram mais de 20 milhões, equivalendo a 10,79% da população (IBGE, 2012).

A transição demográfica tem forte impacto na estruturação social, infraestrutura urbana e serviços de saúde, tendo em vista que os idosos necessitam de condições diferenciadas para mobilidade, lazer, cuidados para doenças e agravos crônicos e uma atenção voltada aos seus determinantes sociais de saúde, demandando uma assistência permanente do Estado (GATO *et al.*, 2018).

As multimorbidades na velhice comprometem a Qualidade de Vida dos idosos, e acabam impactando socialmente a sua funcionalidade. A presença destas está associada ao desenvolvimento de depressão, que se impõem como um grande desafio à Estratégia de Saúde da Família (AMARAL; AMARAL; LIMA, 2018). A depressão tem sido mais prevalente em idosos mais longevos, e impacta diretamente na Qualidade de Vida dos mesmos, sendo necessárias intervenções multifatoriais por parte da Atenção Básica que visem atingir os aspectos físicos, sociais, psicológicos e ambientais desses sujeitos (DANTAS *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Saúde define a Qualidade de Vida como a percepção do sujeito sobre sua própria vida, inserida dentro de um contexto cultural e de valores, e que se relaciona com seus objetivos e expectativas. Para a OMS, o conceito de Qualidade de Vida está diretamente relacionado ao conceito de saúde, tendo em vista que os dois levam em consideração questões físicas, sociais e psicológicas e ambientais do indivíduo (OMS, 2015). O estilo de vida adotado pelos senescentes afeta o seu processo de envelhecimento, e determinam o tamanho da vulnerabilidade socioeconômica e riscos biológicos que impactarão no envelhecer (GARBACCIO *et al.*, 2018).

A literatura científica registra vários determinantes sociais que influenciam na saúde e estão associados a Qualidade de Vida dos idosos comunitários, tais como acesso a transporte, tempo de deslocamento, distância geográfica e disponibilidade de serviços de saúde (GARBACCIO *et al.*, 2018), presença de doenças como a Diabetes, a idade, o sexo, a renda, a escolaridade, as complicações de saúde, fatores psicológicos, entre outros (OMS, 2015).

Esses fatores podem variar de acordo com os objetivos de cada estudo e os contextos onde ocorreram, que em sua grande maioria são capitais ou grandes centros urbanos, e com idosos institucionalizados. Desta forma, este estudo objetivou avaliar a Qualidade de Vida e os seus fatores associados, de idosos residentes em comunidade e atendidos pela Atenção Básica em um município de médio porte do interior do Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Este é um estudo transversal, quantitativo e analítico, com utilização de dados primários. A população do estudo foi constituída por idosos, com 60 anos completos ou mais, de ambos os sexos, que residiam na comunidade (não institucionalizados) cobertos por alguma unidade de saúde da família. O estudo foi realizado em um município de médio porte, urbano, do interior do Nordeste brasileiro e a coleta ocorreu entre os anos de 2017 e 2018.

Segundo dados solicitados pelos pesquisadores e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação da Atenção Básica, sabia-se que a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família no município era de 52,5%, e 4.828 idosos residiam em áreas urbanas, estando devidamente cadastrados em uma das 23 Unidades de Saúde da Família. Foi considerada uma prevalência geral de 50% para o cálculo amostral do projeto matriz, um erro de 5% e nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 356 participantes.

Em seguida, a amostra foi estratificada por alocação proporcional, utilizando a proporção de idosos em cada uma das 23 áreas de cobertura das equipes pela população total de idosos cadastrados informados (lista nominal) pela Coordenação da Atenção Básica. Posteriormente, para a obtenção dos idosos que foram entrevistados em cada uma das áreas das equipes, foi realizada uma amostragem aleatória simples. No caso de recusa, ausência, morte ou indisponibilidade do idoso sorteado, o próximo da lista era convidado a participar, até que se esgotassem os nomes.

Participaram do estudo idosos com 60 anos completos ou mais, de ambos os sexos, que residiam na comunidade (não institucionalizados) cobertos por alguma unidade de saúde da família. Apenas os idosos listados para o sorteio e que concordaram com a participação de modo explícito foram incluídos no estudo. Foram excluídos aqueles que devido a alguma dificuldade acentuada, perceptível e diagnosticada, como surdez, mudez, transtornos psiquiátricos severos, não conseguissem responder aos instrumentos de coleta. Foi utilizada a iniciativa STROBE (Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para a elaboração deste estudo.

As variáveis independentes utilizadas neste estudo foram o sexo, a raça/cor, a faixa etária, a escolaridade, o estado civil, com quem residia, a religião, se trabalhava, a fonte de renda, o consumo de cigarro, o consumo de bebida alcoólica, a prática de atividade física, a realização de consulta anual com profissional de saúde, a utilização de medicação diária, a presença de multimorbidades, a presença de declínio cognitivo, a presença de sintomas depressivos, a satisfação com a própria saúde e a insegurança alimentar. A variável dependente ou desfecho foi a Qualidade de Vida.

Foi aplicado um questionário com a finalidade de caracterizar a população estudada quanto a aspectos demográficos, sociais, econômicos e de saúde. O questionário foi elaborado e testado pela equipe da pesquisa. A Qualidade de Vida foi avaliada através da versão em português do WHOQOL – BREF, um instrumento de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais avaliando facetas e dimensões da vida do idoso. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, indo de “nada satisfeito” a “muito satisfeito”, reúne informações em quatro âmbitos ou domínios físico, domínio psicológico, relações sociais e domínio do ambiente (FLECK *et al.*, 2000). A suspeita de depressão foi avaliada através da Escala Geriátrica de Depressão desenvolvida por Yesavage *et al.* (1983), na sua versão curta com 15 questões (EGD-15). O declínio cognitivo foi avaliado a partir da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Por fim, utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) para avaliar a percepção e experiência dos idosos com a fome.

Os dados foram coletados por uma dupla de pesquisadores, previamente treinados e padronizados. A coleta ocorreu em dias agendados com os idosos em espaços disponíveis nas Unidades de Saúde da Família. O agendamento contou com o apoio das equipes e seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A aplicação dos instrumentos foi realizada diretamente com o idoso. Não foi permitido que outra pessoa respondesse pelo idoso e a privacidade durante a aplicação foi garantida.

Foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição da frequência absoluta e relativa, cálculo das medidas de tendência central e de medidas de dispersão. Na etapa descritiva, para análise da QV, utilizou-se a soma dos escores das médias das “n” questões que compõem cada domínio. Em seguida, multiplicou-se o resultado por 4 (escala de 4 a 20), para que o resultado obtido com o WHOQOL-Brief pudesse ser diretamente comparável com pontuações derivadas do WHOQOL-100. Por fim, para melhor compreensão e comparação dos indicadores de QV em relação aos valores

máximos e mínimos possíveis, os escores dos domínios foram transformados em uma escala de 0 a 100, formato usualmente utilizado em publicações científicas.

Na análise bivariada, utilizou-se o Teste T de Student para verificar qual a categoria das variáveis independentes, dicotomizadas, possuíam maiores medias na Autoavaliação da QV. O mesmo teste foi aplicado para comparar as medias das variáveis independentes nas quatro dimensões da QV.

Com a finalidade de analisar a influência das variáveis na QV dos idosos, quando consideradas em conjunto, foi realizada uma análise de Regressão Linear Multipla. Para isso, utilizou-se o escore em escala centesimal da autopercepção da QV como variável dependente. Foram incluídas no modelo, como variáveis independentes aquelas que obtiveram um valor de $p < 0,1$ na etapa bivariada. Para todos os testes citados, adotou-se nível de significância de 0,05. Este estudo deriva da pesquisa “Avaliação da Saúde dos Idosos do Município de Barreiras – BA”, e esta possuiu aprovação ética através do parecer 1447361/2016.

RESULTADOS

Participaram do estudo 316 idosos (12% de perdas), e a Tabela 1 descreve suas características demográficas. A maioria era do sexo feminino (195 ou 61,7%), 274 idosos (86,7%) tinham entre 60 e 79 anos, 164 (51,9%) possuíam companheiro ou companheira, 252 ou 79,7% se consideravam não brancos (pardos, pretos, amarelos, indígenas ou outros). Ainda neste sentido, 214 (67,7%) já frequentaram escola e eram alfabetizados, 286 (90,5%) praticavam alguma religião, 159 (50,3%) não trabalhavam, 299 (94,6%) possuíam renda proveniente de trabalho, aposentadoria, benefícios ou outros e 266 (84,2%) residiam com o alguém. Neste último aspecto, merece destaque o fato de 50 idosos (15,8%) terem declarado residirem sozinhos. Observou-se ainda, que em média, os idosos sem companheiro obtiveram melhor Qualidade de Vida do que os que possuíam companheiro ($p=0,036$).

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS DO ESTUDO.

Características	n (%)	(continua)	
		Autoavaliação da QV*** Média (dp)	p**
Sexo			
Masculino	121 (38,3)	70,0 (16,0)	0,920
Feminino	195 (61,7)	69,8 (18,1)	
Faixa etária			
60 – 79 anos	274 (86,7)	69,3 (17,2)	0,147
80 anos ou mais	42 (13,3)	73,5 (16,6)	
Estado civil			
Sem companheiro (solteiros, viúvos, separados)	152 (48,1)	71,8 (15,8)	0,036*
Com companheiro (casados)	164 (51,9)	67,8 (18,4)	

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS DO ESTUDO.

Características	n (%)	Autoavaliação da QV***	
		Média (dp)	p**
(conclusão)			
Raça/cor			
Branca	64 (20,3)	72,8 (15,6)	0,127
Não branca	252 (79,7)	69,1 (17,5)	
Nível escolaridade			
Não alfabetizado	102 (32,3)	67,9 (17,8)	0,162
Alfabetizado	214 (67,7)	70,8 (16,9)	
Religião			
Pratica alguma religião	286 (90,5)	69,5 (17,6)	0,254
Não pratica alguma religião	30 (9,5)	73,3 (13,0)	
Ocupação			
Com	159 (50,3)	69,4 (17,8)	0,634
Sem	157 (49,7)	70,3 (16,5)	
Fonte de renda			
Possui renda	299 (94,6)	70,0 (17,2)	0,758
Não possui	17 (5,4)	67,6 (16,5)	
Com quem reside			
Sozinho	50 (15,8)	71,7 (16,1)	0,413
Cônjuge, filhos, parentes e outros	266 (84,2)	69,5 (17,4)	
Total	316 (100)		

* Significância estatística ($p < 0,05$)

** p valor: Teste T de Student

***QV: Qualidade de Vida

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta características e hábitos relacionados a saúde dos idosos participantes. A maioria não possuía o hábito de fumar (283 ou 89,6% dos participantes), 272 (86,1%) afirmaram não ter o hábito de consumir bebidas alcoólicas, 188 (59,5%) eram sedentários, 286 (90,5%) apontaram ter ido a pelo menos uma consulta com algum profissional de saúde no último ano, 241 (76,3%) afirmaram ter multimorbidades diagnosticadas e 255 (80,7%) utilizavam ao menos uma medicação por dia.

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO E HÁBITOS DE SAÚDE DOS IDOSOS DO ESTUDO

Características	n (%)	Qualidade de Vida	
		Média (dp)	P**
(continua)			
Uso de tabaco			
Sim	33 (10,4)	69,6 (18,2)	0,938
Não	283 (89,6)	69,9 (17,1)	
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	44 (13,9)	75,0 (16,8)	0,035*
Não	272 (86,1)	69,0 (17,1)	
Atividade física			
Sim	128 (40,5)	72,8 (16,6)	0,010*
Não	188 (59,5)	67,7 (17,2)	
Consulta médica no último ano			
Sim	286 (90,5)	69,6 (17,0)	0,317
Não	30 (9,5)	72,9 (18,5)	

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO E HÁBITOS DE SAÚDE DOS IDOSOS DO ESTUDO
(conclusão)

Características	n (%)	Qualidade de Vida	
		Média (<i>dp</i>)	<i>P</i> **
Presença de multimorbidades			
Sim	241 (76,3)	68,8 (17,7)	
Não	75 (23,7)	73,3 (15,1)	0,034*
Uso diário de medicação			
Sim	255 (80,7)	69,5 (17,0)	
Não	61 (19,3)	71,5 (18,1)	0,421
Sintomas depressivos			
Possui	118 (37,3)	63,7 (18,5)	
Não possui	198 (62,7)	73,6 (15,3)	0,000*
Estado mental			
Com declínio cognitivo	239 (75,6)	69,5 (18,0)	
Sem declínio cognitivo	77 (24,4)	71,1 (14,6)	0,488
Insegurança Alimentar			
Em segurança	119 (37,7)	73,0 (15,0)	0,009*
Em insegurança	197 (62,3)	68,0 (18,2)	
Satisfação com saúde			
Satisfeito	214 (67,7)	72,8 (16,6)	0,010*
Insatisfeito	102 (32,3)	67,7 (17,2)	
Total	316 (100)		

* Significância estatística ($p < 0,05$)** *P* valor: Teste T de Student

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos idosos (214 ou 67,7%) declararam estarem satisfeitos com a saúde. Em relação a presença de sintomas depressivos, 118 idosos (37,3%) apresentam características sintomatológicas, e 198 (62,7%) não. Ainda sobre as condições de saúde dos idosos, 239 (75,6%) idosos apresentaram algum nível de declínio cognitivo, 197 (62,3%) estavam em insegurança alimentar (fome) e 214 disseram estar satisfeitos com a saúde (67,7%). Identificou-se ainda que em média, os idosos que consumiam bebida alcoólica ($p=0,035$), praticantes de atividade física ($p=0,010$), que não possuíam multimorbiades ($p=0,034$), sem sintomas depressivos ($p=0,000$), que estavam em segurança alimentar ($p=0,009$) e que estavam satisfeitos com a saúde ($p=0,010$) possuíam melhor Qualidade de Vida.

A análise dos escores para as quatro dimensões da QV (Tabela 3) apontou que para os idosos participantes, o Domínio das Relações Sociais foi o que apresentou melhores resultados ($\bar{x} = 75,0$) e portanto, o que mais impacta positivamente na Qualidade de Vida dos mesmos. Este domínio avalia a qualidade das relações pessoais, o suporte e apoio recebido dos amigos, familiares, e a qualidade da vida sexual.

A Tabela 3 expõe ainda que a pior média foi a no domínio do Meio Ambiente ($\bar{x} = 61,2$), e portanto, o que mais impacta negativamente na QV dos idosos. Este domínio avalia o quanto o idoso se sente seguro, confortável em seu lar e ambiente, segurança financeira, o

acesso a serviços de saúde, transporte, lazer, acesso a novas informações e oportunidade de aprender coisas novas. De forma geral, a média para a auto percepção da QV pelos idosos foi de 69,9.

TABELA 3. ESCORES MÉDIOS DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS EM CADA DOMÍNIO DO WHOQOL-BREF.

Qualidade vida	Média	Desvio padrão
Domínio Físico	62,3	16,2
Domínio Psicológico	63,8	14,8
Domínio Relações Sociais	75,0	18,6
Domínio Meio ambiente	61,2	15,5
Auto percepção da QV (Geral)	69,9	17,3

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 4 expõe as médias, desvio padrão e valor de p das dimensões da Qualidade de Vida propostas pelo WHOQOL-BREF, para cada categoria (dicotomizada) das características socioeconômicas. Os resultados para Dimensão Física apontaram que os idosos brancos ($p=0,030$), alfabetizados ($p=0,004$) e com ocupação ($p=0,008$) obtiveram melhores médias de QV que os demais.

No Domínio Psicológico os idosos com parceiros ($p=0,034$) e alfabetizados ($p=0,001$) apresentaram melhores médias de QV. Já no Domínio das Relações Sociais os idosos do sexo feminino ($p=0,011$), com idade igual ou maior que 80 anos ($p=0,006$) e que possuíam alguma religião ($p=0,023$) obtiveram melhores resultados de QV. Ainda neste sentido, os idosos com companheiro ($p=0,043$) e os alfabetizados ($p=0,001$) apresentaram melhores médias que QV no Domínio do Meio Ambiente.

TABELA 4 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DA QUALIDADE DE VIDA EM CADA DOMÍNIO PARA AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.

(continua)

Caraterísticas Demográficas	D. Físico		D. Psicológico		D. Rel. Sociais		D. Meio Amb.	
	Média (dp)	p	Média (dp)	p	Média (dp)	p	Média (dp)	p
Sexo								
Masculino	64,2 (16,4)		71,6 (12,5)		71,6 (19,7)		62,0 (14,6)	
Feminino	62,3 (16,1)		68,8 (16,1)		77,1 (17,5)	0,011*	60,6 (16,0)	
Faixa etária								
60 a 79 anos	62,9 (17,3)		70,7 (16,0)		72,4 (19,3)		59,7 (16,4)	
≥ 80 anos	62,5 (14,9)		69,1 (13,4)		78,1 (17,2)	0,006*	62,9 (14,1)	
Estado Civil								
Com parceiro	64,1 (15,5)		71,6 (14,2)	0,034*	74,2 (18,5)		64,5 (15,0)	0,043*
Sem parceiro	61,9 (16,9)		68,0 (15,3)		75,5 (18,9)		60,9 (15,6)	
Cor								
Branco	67,0 (17,5)	0,030*	68,70 (17,5)		78,09 (17,2)		65,3 (18,1)	
Não branco	62,0 (15,7)		70,25 (14,1)		74,07 (19,0)		62,1 (14,6)	

TABELA 4 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DA QUALIDADE DE VIDA EM CADA DOMÍNIOS PARA AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.

(conclusão)

Caraterísticas Demográficas	D. Físico		D. Psicológico		D. Rel. Sociais		D. Meio Amb.	
	Média (dp)	p	Média (dp)	p	Média (dp)	p	Média (dp)	p
Escolaridade								
Não alfab.	59,2 (16,5)		65,7 (14,2)		73,8 (18,6)		58,5 (15,7)	
Alfabetizado	64,8 (15,8)	0,004*	71,9 (14,8)	0,001*	75,3 (18,8)		64,8 (14,8)	0,001*
Religião								
Sim	62,9 (16,2)		70,1 (14,9)		75,6 (18,2)	0,023*	62,8 (15,5)	
Não	64,5 (16,2)		68,4 (14,7)		67,5 (21,7)		62,3 (14,2)	
Ocupação								
Com ocupação	65,4 (16,3)	0,008*	71,2 (14,1)		74,1 (18,0)		62,5 (14,6)	
Sem ocupação	60,6 (15,8)		68,6 (15,5)		75,6 (19,4)		63,0 (16,2)	
Fonte de renda								
Possui renda	63,2 (16,3)		69,6 (14,9)		74,8 (18,8)		63,0 (15,4)	
Sem renda	59,2 (14,4)		75,1 (12,9)		75,7 (16,6)		59,2 (14,1)	
Mora sozinho								
Sim	65,3 (16,8)		70,5 (12,5)		72,2 (21,4)		65,8 (17,0)	
Não	62,6 (16,3)		69,8 (15,3)		75,3 (18,1)		62,2 (15,0)	

*Significância estatística ($p < 0,05$)

p valor: Teste T de Student

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 5 expõe as médias e desvio padrão das dimensões da Qualidade de Vida propostas pelo WHOQOL-BREFe a QV geral, para cada categoria (dicotomizada) das características e hábitos de saúde dos idosos. Os resultados registram que o consumo de bebida alcoólica está associado a QV no Domínio Físico ($p=0,034$) e Qualidade de Vida Geral ($p=0,035$). Praticar alguma atividade física esteve associado as dimensões Física ($p=0,000$), Psicológica ($p=0,000$), do Meio Ambiente ($p=0,003$) e a QV Geral ($p=0,007$), demonstrando ser um importante componente para o desfecho em questão.

Não ter ido a pelo menos uma consulta com profissional de saúde no último ano esteve associado ao Domínio Físico ($p=0,050$) e das Relações Sociais ($0,046$), e não possuir comorbidades esteve associado ao Domínio Físico ($p=0,000$) e a QV Geral ($p=0,033$). Ainda neste sentido, o uso de medicação diária esteve associado ao Domínio Físico ($p=0,003$) e ao Domínio das Relações Sociais ($p=0,020$).

TABELA 5 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DA QUALIDADE DE VIDA EM CADA DOMÍNIOS PARA AS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A HÁBITOS/SAÚDE DOS IDOSOS.

(continua)

Saúde	D. Físico		D. Psicológico		D. Rela. Sociais		D. Meio Amb.	
	$\bar{x}(dp)$	p	$\bar{x}(dp)$	p	$\bar{x}(dp)$	p	$\bar{x}(dp)$	p
Fuma								
Sim	66,8 (16,5)		67,3 (14,7)		75,3 (17,2)		61,6 (16,0)	
Não	62,6 (16,1)		70,2 (14,9)		74,8 (18,9)		62,9 (15,3)	

TABELA 5 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DA QUALIDADE DE VIDA EM CADA DOMÍNIOS PARA AS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A HÁBITOS/SAÚDE DOS IDOSOS.

Saúde	(conclusão)							
	D. Físico		D. Psicológico		D. Rela. Sociais		D. Meio Amb.	
	$\bar{x}(dp)$	<i>p</i>	$\bar{x}(dp)$	<i>p</i>	$\bar{x}(dp)$	<i>p</i>	$\bar{x}(dp)$	<i>p</i>
Uso de bebida								
Sim	67,3 (16,4)		73,5 (11,3)		76,2 (16,6)		63,9 (14,8)	
Não	62,3 (16,1)		69,3 (15,3)		74,6 (19,0)		62,6 (15,5)	
Atividade física								
Sim	67,2 (15,0)	0,000*	74,6 (13,8)	0,000*	76,9 (19,0)		65,7 (15,6)	0,004*
Não	60,1 (16,4)		66,6 (14,7)		73,4 (18,4)		60,7 (14,9)	
Consulta anual								
Sim	62,5 (16,1)		69,8 (14,7)		74,2 (18,7)		62,6 (15,6)	
Não	68,4 (16,0)	0,050*	70,7 (16,5)		81,2 (17,5)		64,1 (12,8)	
Multimorbidades								
Sim	60,9 (16,6)		70,1 (15,0)		73,9 (18,9)		61,9 (15,5)	
Não	69,7 (12,9)	0,000*	69,1 (14,4)		77,8 (17,8)		65,6 (14,8)	
Medicação diária								
Sim	61,7 (16,3)		69,8 (14,8)		73,7 (19,0)		62,6 (15,3)	
Não	68,4 (14,6)	0,004*	70,1 (15,2)		79,6 (16,6)	0,026*	63,6 (15,6)	
Sint. Depressivos								
Possui	56,6 (16,7)		61,5 (14,8)		70,7 (21,4)		56,3 (14,9)	
Não possui	66,9 (14,7)	0,000*	74,9 (12,5)	0,000*	77,3 (18,1)	0,002*	66,6 (14,4)	0,000*
Estado mental								
Com declínio	61,8 (16,3)		68,7 (15,2)		74,2 (19,4)		62,7 (15,8)	
Sem declínio	66,8 (15,5)	0,018*	73,6 (13,3)	0,012*	76,7 (16,3)		62,8 (14,1)	
Inseg. Alimentar								
Seg. alimentar	66,9 (13,9)	0,001*	73,5 (13,4)	0,001*	77,5 (19,1)		70,0 (14,1)	0,000*
Inseg. alimentar	60,7 (17,1)		67,7(15,3)		73,3 (18,3)		58,4 (14,5)	

p valor: Teste T de Student

*Significância estatística ($p < 0,05$)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Não possuir sintomas depressivos esteve associado a Dimensão Física ($p=0,000$), Dimensão Psicológica ($p=0,000$), Dimensão das Relações Sociais ($p=0,002$), Dimensão do Meio Ambiente ($p=0,000$) e QV geral ($0,000$), demonstrando ser um importante fator para a Qualidade de Vida dos idosos. A segurança alimentar esteve associada a quatro dimensões, excetuando-se apenas a das Relações Sociais. Por fim, não possuir declínio cognitivo esteve associado a Dimensão Física ($p=0,017$) e a Dimensão Psicológica ($p=0,013$).

TABELA 6 - REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.

(continua)

Variáveis	<i>B</i>	Desvio Padrão	<i>p</i> -valor	Intervalo de Confiança 95%	
				L. Inferior	L. Superior
Consome bebida alcóolica					
Sim	1,330	2,083	0,524	-2,769	5,430
Não	1	.	.	.	.
Pratica atividade física					
Sim	1,138	1,484	0,444	-1,781	4,058
Não	1	.	.	.	.
Possui sintomas depressivos					
Não	5,322	1,577	0,001	2,218	8,426
Sim	1	.	.	.	.

TABELA 6 - REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.
(conclusão)

Variáveis	B	Desvio Padrão	p-valor	Intervalo de Confiança 95%	
				L. Inferior	L. Superior
Segurança Alimentar					
Segurança	3,070	1,536	0,047	0,047	6,093
Insegurança	1	.	.	.	.
Satisfação com a saúde					
Satisfeito	23,102	1,556	0,000	20,040	26,163
Insatisfeito	1	.	.	.	.
Estado Civil					
Sem companheiro(a)	1,848	1,462	0,207	-1,029	4,724
Com companheiro(a)	1	.	.	.	.
Presença de multimorbidades					
Não	0,621	1,701	0,715	-2,726	3,967
Sim	1	.	.	.	.
Constante	48,033	1,645	0,000	44,796	51,269

R Squared = 0,471

Fonte: Elaborada pelo autor.

A análise multivariada (Tabela 6) mostrou que não ter sintomas depressivos acarreta em 5,3 vezes mais chances de ter uma qualidade de vida boa do que os idosos que apresentam sintomas depressivos (OR=5,322; IC95% 2,218-8,426). Da mesma forma, os idosos que estão satisfeitos com a própria saúde possuem 23,1 vezes mais chances de terem uma qualidade de vida boa do que os que não estão satisfeitos (OR=23,102; IC95% 20,040-26,163).

DISCUSSÃO

Há uma diversidade de estudos registrando associação entre aumento da intensidade dos sintomas depressivos e diminuição da QV de idosos em todos os domínios (AMARAL; AMARAL; BRANDÃO *et al.*, 2021; GATO *et al.*, 2018; LIMA, 2018), evidências estas endossadas pelo resultado do presente estudo, cujos idosos sem sintomas depressivos apresentaram mais chances de ter uma QV boa. A solidão, fenômeno frequente no envelhecimento, é um grande fator de risco de desenvolvimento da depressão, assim como a depressão é um fator agravante da solidão em idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Os sintomas depressivos costumam ser negligenciados como causadores de problemas de saúde e diminuição da qualidade de vida de idosos, pois são considerados como consequências naturais do envelhecimento (ABRANTES *et al.*, 2019). As características sintomatológicas em idosos sofrem variações que dependem de fatores biopsicossociais, não se apresentando de forma homogênea em todos os casos, mas comumente pode-se observar mudanças de humor, desânimo, isolamento social, pensamentos mórbidos, irritabilidade, apatia, ansiedade, alterações de sono e do apetite (GOUVEIA, *et al.*, 2020).

Reforçando a importância do suporte social, a dimensão das Relações Sociais da QV foi a que apresentou melhor pontuação neste estudo, ou seja, a que mais impactou positivamente na Qualidade de Vida dos idosos avaliados, corroborando com outras evidências já publicadas na literatura científica (RIBEIRO *et al.*, 2018; TAVARES *et al.*, 2018). Os resultados denotam que mesmo diante de perdas e vinculações limitadas acarretadas pelo avançar da idade, as relações pessoais, o suporte social, a satisfação sexual, o apoio afetivo e outros fatores que compõem essa dimensão, conseguem manter a maioria deles socialmente ativos e com uma boa percepção da qualidade de vida, protegendo da pressão de fatores adversos como a vulnerabilidade física ou material.

Dentre as ações possíveis das equipes da Estratégia de Saúde da Família, para abarcar a solidão e sintomas depressivos, incluindo as preventivas, destaca-se a importância de se atentarem à idosos com essas características para intervir precocemente. Uma avaliação e rastreio de idosos com pouca ou nenhuma rede de apoio e com sintomas depressivos, e o desenvolvimento de medidas que construam e fortaleçam vínculos e contato social, estimulem lazer, práticas de exercícios físicos individuais e coletivas, são ações que fazem parte das potencialidades da Atenção Básica.

Em relação às condições de saúde, sabe-se que maioria dos idosos atendidos pela Atenção Básica apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellito e Doenças cardiovasculares (COSTA; CARRERA; MARQUESA, 2021), e estas impactam negativamente na QV dos mesmos. No mesmo sentido, identificamos que os idosos que não apresentam multimorbidades obtiveram melhores médias na autoavaliação da QV do que os demais. A presença de duas ou mais doenças crônicas simultâneas é capaz de aumentar a limitação nas atividades da vida diária e lazer, diminuem a autonomia dos idosos, aumentam a pressão e demanda por medicamentos e serviços de saúde especializados acarretando também em maiores gastos com os mesmos (FIGUEIREDO; CECCON; CUNHA, 2021).

Além das limitações impostas, a presença de multimorbidades impacta na redução da expectativa de vida, maiores riscos de morte e declínio funcional em idosos (MELO *et al.* 2019). Apesar da maioria das multimorbidades serem condições de saúde passíveis de controle, estas se colocam como um desafio não só para as equipes de Saúde da Família, mas para todo o Sistema Único de Saúde (SUS), pois envolvem uma complexidade de ações, incluindo mudanças de hábitos e estilos de vida, e outros níveis de cuidado. A identificação precoce dessas condições é fundamental, bem como a propositiva de ações capazes de proporcionar envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida, como a prática de atividade física.

Evidências científicas registram que a prática regular de atividade física melhora significativamente a saúde dos idosos, assim como a sua QV (FIGUEIREDO; CECCON; CUNHA, 2021; MENEZES *et al.*, 2020). No presente estudo, a prática de atividade física esteve associada a quatro das cinco dimensões da QV dos idosos, excetuando-se a das Relações Sociais. Identificou-se ainda que os idosos que praticavam atividade física obtiveram melhores médias na autoavaliação da QV.

O aumento da força muscular, a diminuição do isolamento, a redução de dores, o ganho de autonomia, bem-estar e lazer proporcionadas pela prática de atividade física (MENEZES *et al.*, 2020) podem explicar a melhora da autopercepção da QV. Neste sentido, a Atenção Básica é um espaço estratégico, pois é capaz de realizar ações integrais de prevenção e promoção da saúde dos idosos, com baixo custo e grande inserção comunitária.

Muitas morbidades em idosos, incluindo a depressão, estão associadas a deficiências ou excessos nutricionais (SANTOS *et al.*, 2021), uma vez que a alimentação saudável é um dos principais determinantes de uma boa qualidade de vida (GOMES; PEREIRA; ABREU, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020). No presente estudo, identificou-se que os idosos em segurança alimentar obtiveram melhores médias na autoavaliação da QV, estando também associada a quatro as dimensões da QV, excetuando-se a das Relações Sociais.

Os aspectos alimentares e nutricionais são peças importantes para se pensar em promoção, manutenção e recuperação da saúde dos idosos (GOMES; PEREIRA; ABREU, 2018). Quando não há uma ingestão adequada de alimentos e nutrientes pelos idosos pode ocorrer um aumento do aparecimento de multimorbidades, doenças metabólicas, desnutrição, obesidade, sarcopenia, declínio funcional, queda na qualidade de vida e insegurança alimentar (GOMES; PEREIRA; ABREU, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021). Neste contexto, a segurança alimentar dos idosos torna-se um desafio para a Atenção Básica, tendo em vista que está relacionada com a qualidade e disponibilidade de alimentos, o que permeia não só as intervenções educativas ou orientações em saúde, mas a garantia de um direito humano que deve ser abarcado pela atuação e intervenção dos poderes públicos.

O estado nutricional e a qualidade de vida, associam-se com a satisfação com a saúde, aspectos psicológicos e sociais dos idosos (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018). Corroborando com essa perspectiva, no presente estudo, idosos satisfeitos com a própria saúde obtiveram melhores médias de na autopercepção da QV e 23 vezes mais chances de possuírem uma boa QV do que os idosos insatisfeitos. Evidências registram ainda associação entre a satisfação com a saúde com baixa morbidade, boa funcionalidade, baixa mortalidade, boa

renda familiar, atividade física e ausência de multimorbidades em idosos (KRUG *et al.*, 2018).

A satisfação com a saúde abrange não somente a ausência ou presença de doenças, mas também aspectos culturais, sociais, psicológicos, visto que a saúde é uma condição multifatorial e complexa, que remete à influência dos determinantes sociais em saúde em sua percepção. (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018). A autopercepção positiva de saúde também está associada ao consumo de bebidas alcoólicas por idosos (KRUG *et al.*, 2018).

Dentre as possíveis explicações para a ingestão de bebida alcoólica por idosos, destaca-se a possibilidade de a mesma ser utilizada como uma forma de fugir dos problemas, diminuir sofrimentos e suavizar a dor das frequentes perdas durante a velhice, além de serem potenciais formas de acessar momentos de recreação, prazer, socialização e pertencimento a algum grupo (LIMA *et al.*, 2017; KRUG *et al.*, 2018). Evidências científicas registram que o uso moderado de bebida alcoólica por idosos está associado a menores taxas de sintomas depressivos, declínio cognitivo e demência, doenças cardiovasculares e melhor qualidade de vida em estudos longitudinais (CAMELO L. V.; GIATTI L.; BARRETO, 2016; KRUG *et al.*, 2018). Corroborando com essa perspectiva, no presente estudo os idosos consumidores de bebidas alcoólicas obtiveram melhores médias na autoavaliação da QV. Sabe-se ainda que o consumo moderado de bebida alcoólica por idosos está associada a um melhor desempenho funcional, menor mortalidade, e alguma proteção contra asma (KRUG *et al.*, 2018).

A literatura científica registra a importância do apoio conjugal e familiar para a qualidade de vida dos idosos (BRANDÃO *et al.*, 2021; GATO *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018). Idosos solitários ou sem uma rede de apoio tendem a sofrer com o abandono, abusos (físico, financeiro, material, emocional), além de estarem mais propensos a multimorbidades. Também estão mais propensos a dificuldades em realizar atividades da vida diária, mais quedas, maior consumo de bebidas alcoólicas, maior declínio cognitivo e distúrbios de humor (COSTA; CARRERA; MARQUESA, 2021).

Contrastando com essa perspectiva, no presente estudo os idosos sem companheiro (solteiros, divorciados e viúvos) apresentaram maiores médias na autopercepção de QV do que os com idosos com companheiro. Algumas evidências apontam que as violências físicas e psicológicas são de alta prevalência em idosos e cometidas principalmente pelo cônjuge (WARMLING *et al.*, 2021), ocorre predominantemente em idosos casados (OLIVEIRA, *et al.*, 2012), e que a convivência entre idosos pode apresentar desentendimento e desgastes no relacionamento por conta da dependência e cuidados para uma das partes (REIS *et al.*, 2011).

As evidências supracitadas, relacionadas ao estado civil e ao consumo de bebidas alcoólicas por idosos ajudam a entender os achados do nosso estudo, no entanto, são necessárias novas pesquisas que se debrucem na especificidade dessas variáveis e seu efeito na QV. Destaca-se ainda que na análise multivariada o estado civil e o consumo de bebidas alcoólicas não se mantiveram como variáveis preditoras de QV.

Os resultados deste estudo enaltecem a importância de ações integrais da Atenção Básica em relação aos idosos, que visem garantir e promover a Qualidade de Vida dos mesmos. Pensar em formas de atuar frente aos determinantes sociais e não apenas nas doenças relacionadas ao envelhecimento, promover estilo de vida mais saudáveis e aumentar o apoio social dos idosos da comunidade são os desafios das equipes de saúde da família. Os resultados encontrados podem servir para organização e planejamento de ações integrais mais assertivas e que promovam um envelhecimento saudável.

Por tratar-se de um estudo transversal, não é possível apontar relações de causa e efeito entre as variáveis estudadas, sendo necessários estudos longitudinais que possam testar as hipóteses que aqui foram levantadas. As características cognitivas e escolares da amostra deste estudo exigiram que fossem dispensados um maior cuidado, tempo e adaptações na coleta dos dados. A seleção criteriosa da amostra, de forma aleatória, exigiu um grande esforço dos pesquisadores para lidar com ausências e negativas de idosos nos agendamentos das coletas, mudanças de residência, deslocamento dos idosos até a unidade de saúde para participação no estudo e até mesmo óbito de idosos sorteados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que idosos de comunidade sem companheiro, consumidores de bebidas alcoólicas, praticantes de atividade física, sem sintomas depressivos, em segurança alimentar e satisfeitos com a saúde possuem melhores médias na autopercepção da QV. Reforçando a importância do suporte social, a dimensão das Relações Sociais da QV foi a que apresentou melhor pontuação nesta pesquisa, e a do Meio Ambiente a pior. Idosos com sintomas depressivos apresentaram em 5,3 vezes mais chances de ter uma QV boa, assim como os idosos satisfeitos com a sua própria saúde possuíam 23,1 vezes mais chances de terem uma QV boa. No presente estudo, a prática de atividade física esteve associada a quatro das cinco dimensões da QV dos idosos, excetuando-se a das Relações Sociais. A Insegurança Alimentar também esteve associada a quatro as dimensões da QV, excetuando-se a das Relações Sociais.

REFERENCIAS

- ABRANTES, G. G. D. *et al.* Sintomas depressivos em idosos na Atenção Básica à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>. Acesso em: 01 nov. 2022.
- AMARAL, T. L. M.; AMARAL, C. A.; LIMA, N. S. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- BRANDÃO, B. M. *et al.* Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- CAMELO L. V.; GIATTI L.; BARRETO S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 19, n. 2, p. 280-293, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020006>. Acesso em: 02 abril 2023.
- COSTA, R.; CARRERA, M.; MARQUESA, A. P. Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320211900078>. Acesso em: 01 nov. 2022.
- DANTAS, B. A. S. *et al.* Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 201-208, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0577>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F. F.; CUNHA, J. H. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26 n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>. Acesso em: 01 nov. 2022.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). Acesso em: 02 nov. 2020.
- GARBACCIO, J. L. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>. Acesso em: 04 jun. 2020.

GARCIA C. A. M.; MORETTO M. C.; GUARIENTO M. E. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, vol. 27, n. 1, p. 11–22, 2018. Acesso em 01 abril 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3959>

GATO, J. M. *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances em Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, M. F. S.; PEREIRA, S. C. L.; ABREU, M. N. S. Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 4007-4019, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31072016>. Acesso em: 07 nov. 2022.

GOUVEIA, A. O. *et al.* Detecção precoce dos sintomas depressivos pela equipe de saúde na Atenção Básica na região norte do país: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 38093-38103, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-378>. Acesso em: 01 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS: Genebra, 2015. Sumário Executivo. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>. Acesso em: 02 nov. 2018.

KRUG R. R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 21, n. 1, pg 1-16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>. Acesso em 2 Abril 2023.

LIMA D. W. C. *et al.* Os significados e as relações dos idosos com as drogas. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol. 13, n. 3, p. 132-139, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p132-139>. Acesso em 01 abril 2023.

MELO, L. A. *et al.* Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>. Acesso em: 01 nov. 2022.

MENEZES, G. R. S. *et al.* Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2490-2498, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-097>. Acesso em: 07 nov. 2022.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>. Acesso em: 02 nov. 2020.

OLIVEIRA M. L. C. *et al.* Características dos idosos vítima de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 15, n. 3, p. 555-566, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300016>. Acesso em: 01 abril 2023.

PEREIRA, B. P. *et al.* Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300015>. Acesso em: 07 nov. 2022.

REIS, L. A. *et al.* Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 20, ed. esp., p. 52-58, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500006>. Acesso em: 01 abril 2023.

RIBEIRO, V. S. *et al.* Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico. **Revista Enfermeria Actual**, v. 34, n. 1, p. 34-53, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983>. Acesso em: 01 nov. 2022.

SANTOS, A. J. *et al.* Sintomas de depressão, risco nutricional e capacidade funcional em idosos longevos. **Estudos interdisciplinares em psicologia**, v. 12, n. 3, p. 03-21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n3p03>. Acesso em: 07 nov. 2022.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 913-922, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015>. Acesso em: 01 nov. 2022.

WARMLING, D. *et al.* Vitimização e perpetração da violência por parceiro íntimo em idosos: estudo transversal, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1-15, 2021. Acesso em 01 abril 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400009>

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Acesso em: 02 nov. 2020.

6.3 ARTIGO 3 (Submetido à Revista Psicologia e Saúde – ANEXO 6)

Sintomas depressivos e fatores associados em idosos de comunidade assistidos pela Atenção Básica.**Depressive symptoms and associated factors in community elderly assisted by Primary Care****Síntomas depresivos y factores asociados en ancianos comunitarios asistido por Atención Primaria****Resumo**

O envelhecimento acarreta em várias alterações físicas, cognitivas e psicológicas, e nestas circunstâncias, a depressão tem sido o transtorno mental mais prevalente entre idosos, evidenciando também a problemática da sua relação com a qualidade de vida. Objetivou-se estimar a prevalência de sintomas depressivos de idosos de comunidade atendidos pela Atenção Básica em um município nordestino de médio porte, e os seus fatores associados. Tratou-se de um estudo transversal com 316 idosos que residiam em domicílios urbanos, não institucionalizados, e assistidos por alguma Unidade de Saúde da Família. Foi realizada uma análise descritiva, aplicado o Teste Qui-Quadrado de Pearson e uma Regressão Logística Binária. A prevalência de sintomas depressivos foi de 37,6%. Identificou-se que a Qualidade de Vida ruim (OR 2,769; IC95% 1,173-6,538), o analfabetismo (OR 3,564; IC95% 2,013-6,312), a presença de declínio cognitivo (OR 2,704; IC95% 1,369-5,341) e a insegurança alimentar (OR 2,379; IC95% 1,348-4,264) são previsoras de sintomas depressivos. A Atenção Básica é um contexto potente para desenvolvimento de ações interdisciplinares, incluindo a Psicologia, que afetem positivamente na prevenção e tratamento dos sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos da comunidade.

Palavras-Chave: Idosos; Envelhecimento, Depressão, Qualidade de Vida, Atenção Básica.

Abstract

Aging implies several physical, cognitive and psychological changes, and in this context, depression has been the most prevalent mental disorder among the elderly, also highlighting the problem of its relationship with quality of life. The objective was to estimate the depressive symptoms prevalence in community-dwelling elderly attended by Primary Care in a medium-sized Northeastern city, and their associated factors. This was a cross-sectional study with 316 elderly people living in urban, non-institutionalized households, and assisted by a Family Health Unit. A descriptive analysis was performed, applying Pearson's Chi-Square Test and Binary Logistic Regression. The prevalence of depressive symptoms was 37.6%. It was identified that bad Quality of Life (OR 2.769; 95%CI 1.173-6.538), illiteracy (OR 3.564; 95%CI 2.013-6.312), cognitive decline (OR 2.704; 95%CI 1.369-5.341) and food insecurity (OR 2.379; 95%CI 1.348-4.264) are depressive symptoms predictors. Primary Care is a powerful context for the development of interdisciplinary, including Psychology, that positively affect the prevention and treatment of depressive symptoms and the quality of life of elderly people in the community.

Keywords: Elderly; Aging; Depression; Quality of Life; Primary Care.

Resumen

El envejecimiento conduce a diversos cambios físicos, cognitivos y psicológicos, y en estas circunstancias, la depresión ha sido el trastorno mental más prevalente entre los ancianos, destacando también el problema de su relación con la calidad de vida. El objetivo fue estimar la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos comunitarios atendidos en la Atención Primaria de un municipio de mediano porte del Nordeste y sus factores asociados. Se trata de un estudio transversal con 316 ancianos residentes en domicilio urbano, no institucionalizados, asistidos por una Unidad de Salud de la Familia. Se realizó un análisis descriptivo, aplicando la Prueba Chi-Cuadrado de Pearson y Regresión Logística Binaria. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 37,6%. Se identificó que la mala Calidad de Vida (OR 2.769; IC 95% 1.173-6.538), analfabetismo (OR 3.564; IC 95% 2.013-6.312), deterioro cognitivo (OR 2.704; IC 95% 1.369-5.341) e inseguridad alimentaria (OR 2,379; IC95% 1,348-4,264) son predictores de síntomas depresivos. La Atención Primaria es un contexto poderoso para el desarrollo de acciones interdisciplinarias, incluida la Psicología, que incidan positivamente en la prevención y tratamiento de los síntomas depresivos y en la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad.

Palabras clave: Anciano; Envejecimiento; Depresión; Calidad de vida; Atención Primaria.

Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno real, e uma tendência notada em vários países. Segundo a Organização Mundial de Saúde a população de idosos no mundo em 2015 era de 900 milhões, e a expectativa é de que haja um aumento até 2050 atingindo 2.100 milhões de idosos, chegando esse grupo a 22% da população do mundo (World Health Organization [WHO], 2016).

A senescência acarreta em várias alterações perceptíveis, não apenas físicas e cognitivas, mas também psicológicas (Pereira, 2017). É uma fase que tem sido comumente marcada por doenças crônicas, destacando-se a prevalência de doenças neurológicas-degenerativas e a depressão (Amaral et al., 2018). Sabe-se que entre 24 a 30 milhões de brasileiros tem ou terão no futuro algum quadro depressivo, e que no mundo, entre 15 a 25% da população conviva com sintomas dessa condição de saúde (Ozturk et al., 2015).

A depressão é o transtorno mental mais prevalente entre idosos (Barros et al., 2017) e afeta diretamente os demais sistemas e esferas da saúde dos mesmos (Pereira, 2017). Essa

condição possui sintomatologia caracterizada principalmente por tristeza, desinteresse, apatia, ausência de prazer e transtornos de apetite e sono (Barros et al., 2017).

Estudos destacam a relação entre sintomas depressivos em idosos e ser do sexo feminino (Ferreira et al., 2021; Gullich et al., 2017), baixa escolaridade, quedas (Ferreira et al., 2021; Oliveira et al., 2020), convívio com multimorbidades (Amaral et al., 2018; Ferreira et al., 2021), menor renda, estar hospitalizado, tabagismo (Gullich et al., 2017), isolamento social e insegurança alimentar (Mesbah et al., 2020), mobilidade insegura (Mesbah et al., 2020; Oliveira et al., 2020;), sedentarismo (Oliveira et al., 2020), e pior Qualidade de Vida (Amaral et al., 2018; Farriol-Baroni et al., 2022; van Boekel et al., 2021). Sabe-se ainda que o etilismo e baixa autoestima também estão associados ao surgimento de sintomas depressivos em idosos (Barros et al., 2017).

Em idosos com quadros depressivos, são comuns também a presença de humor irritável, anedonia, sensação subjetiva de desinteresse, lentificação e pensamentos pessimistas (Lentsck et al., 2015). Geralmente o tratamento dura meses ou anos, e quando a doença é subdiagnosticada, tende à cronicidade, podendo causar grande sofrimento psíquico, isolamento, perda funcional, dependência de cuidadores, piora da qualidade de vida e risco de morte (Meneguci et al., 2019). Essas consequências negativas tornam imprescindível que haja uma investigação dos sintomas e diagnóstico adequado, evitando assim redução da expectativa de vida do idoso e sua QV (Oliveira et al., 2020).

A QV é um conceito complexo, que inclui a satisfação geral com a vida e abrange sentimentos gerais de bem-estar (Sivertsen et al., 2015) e outros aspectos como situação econômica, saúde, aspectos sociais e/ou espirituais da vida, aspectos físicos, psicológicas e ambientais da vida (Fleck et al., 2000). A QV tem sido frequentemente associada à sintomas depressivos, por englobar em suas dimensões fatores fortemente relacionados aos mesmos (Brandão et al., 2021).

A Atenção Básica (AB), por meio das Unidades Básicas de Saúde, tem sido apontada como o contexto ideal para a triagem de sintomas depressivos em idosos, a identificação do perfil associado aos sintomas (Veras & Oliveira, 2018), e o desenvolvimento de ações que impactem positivamente na QV. Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos de idosos de comunidade atendidos pela Atenção Básica em um município nordestino de médio porte, e os seus fatores associados.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado com indivíduos idosos residentes na comunidade (não institucionalizados) em um município de médio porte do interior do Nordeste brasileiro, cuja coleta ocorreu entre 2017 e 2018. Para delineamento e orientação da realização do estudo foi utilizada a iniciativa STROBE (Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Participaram do estudo idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos completos, residentes em domicílios urbanos, vinculados a alguma Unidade Básica de Saúde da Família (USF), que tivessem sido listados para o sorteio e que tivessem concordado com a participação. Foram excluídos os indivíduos que não conseguissem responder aos instrumentos de coleta devido a alguma dificuldade mental ou física diagnosticada e perceptível, como surdez, mudez, transtornos psiquiátricos severos.

As variáveis independentes consideradas utilizadas foram o sexo, a raça/cor, a faixa etária, a naturalidade, a escolaridade, o estado civil, com quem residia, a religião, se trabalhava (ocupação), fonte de renda, a consumo de cigarro, a consumo de bebida alcoólica, a prática de atividade física, a realização de consulta anual com profissional de saúde, a utilização de medicação diária, a presença de multimorbidades, a presença de declínio cognitivo, a autopercepção da qualidade de vida, a satisfação com a saúde e a insegurança alimentar. A variável dependente ou desfecho foram os sintomas depressivos. A QV foi

dicotomizada em “boa” e “ruim” utilizando-se a mediana, após transformação dos escores para escala centesimal.

Foi aplicado um questionário, elaborado pelos pesquisadores, com a finalidade de caracterizar a população estudada quanto a aspectos demográficos, sociais e de saúde. A Autopercepção da Qualidade de Vida e a Satisfação com a Saúde foram avaliadas através das duas primeiras questões da versão em Português do WHOQOL – BREF (Fleck et al., 2000).

A suspeita de depressão foi avaliada e classificada segundo a Escala Geriátrica de Depressão (Yesavage et al., 1983) na sua versão curta com 15 questões (EGD-15). Utilizou-se o escore de corte ≥ 5 para determinar a possibilidade de sintomas depressivos. O declínio cognitivo foi avaliado a partir da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM considerando como pontos de corte: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com menos de 8 anos de estudo e 26 pontos para indivíduos de escolaridade igual ou maior que 8 anos de estudo (Bertolucci et al., 1994). Para avaliar a percepção e experiências dos idosos com a fome utilizou-se a EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Araújo et al., 2021).

Segundo dados solicitados pelos pesquisadores e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação da Atenção Básica do município, sabia-se que 4.828 idosos residiam em áreas urbanas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, estando devidamente cadastrados em alguma unidade de saúde alocada em uma das 23 áreas (52,5% de cobertura). Considerando uma prevalência geral de 50% para o cálculo amostral do projeto matriz, nível de confiança de 95% e 5% de possibilidade de erro, obteve-se o número amostral final de 356 idosos.

Foi realizada uma estratificação utilizando a proporção de idosos em cada uma das 23 áreas de cobertura das equipes de saúde pela população total de idosos cadastrados, informados pela Coordenação da Atenção Básica através de uma lista. Em seguida foi

realizada uma amostragem aleatória simples para obter o nome dos idosos a serem entrevistados em cada área coberta pelas equipes. No caso de mudança de domicílio, morte, negativa em participar, desistência ou ausência do idoso sorteado, os próximos nomes da lista aleatória iam sendo chamados, até que se esgotassem os mesmos. Os dados foram coletados por pesquisadores treinados e padronizados, em dupla, em dias previamente agendados após reuniões com cada uma das equipes de saúde. A entrevista foi realizada diretamente com o idoso em consultórios disponíveis nas unidades de saúde.

Foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição da frequência absoluta e relativa para cada variável e suas categorias (Tabelas 1 e 2). Na análise bivariada, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson e nesta etapa, todas as variáveis foram dicotomizadas, incluindo a autopercepção da QV utilizando-se como ponto de corte a mediana (percentil 50). Também foi calculado o Odds Ratio (análise bruta) para cada variável, individualmente, em relação à sintomatologia depressiva (Tabelas 3 e 4). Para todos os testes adotou-se nível de significância de 0,05. Com a finalidade de analisar a influência das variáveis de forma conjunta em relação a sintomatologia depressiva, foi realizada uma análise multivariada com Regressão Logística Binária. Foram incluídas no modelo multivariado, como variáveis independentes aquelas que obtiveram um valor de $p < 0,1$ no teste de associação.

A pesquisa “Avaliação da Saúde dos Idosos do Município de Barreiras – BA”, do qual deriva este estudo, possuiu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer 1447361/2016.

Resultados

Participaram do estudo 316 idosos (12% de perdas). Conforme exposto na Tabela 1 abaixo, a maioria era do sexo feminino (61,7%), de cor da pele preta ou parda (51,9%), da faixa etária entre 60 e 69 anos (54,4%), naturais de outros municípios baianos (61,7%),

alegaram ter cursado o ensino fundamental (49,4%), possuíam um companheiro (51,9%), residiam com os filhos ou com o cônjuge (71,5%), seguiam alguma religião (91,5%), trabalhavam (51,3%), mas eram aposentados (69%). A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados foi de 37,4% (118 idosos).

Tabela 1

Caracterização demográfica dos idosos participantes do estudo.

Características demográficas		N	%
Sexo	Masculino	121	38,3%
	Feminino	195	61,7%
Raça/cor	Branca e Amarela	78	24,7%
	Preta e Parda	164	51,9%
	Indígena	22	7,0%
	Outras	52	16,5%
Faixa etária	60 a 69 anos	172	54,4%
	70 a 79 anos	102	32,3%
	80 anos ou mais	42	13,3%
Naturalidade	Barreiras	49	15,5%
	Outros Mun. Baianos	195	61,7%
	Outros Estados	72	22,8%
Escolaridade	Não alfabetizado	102	32,3%
	Alfabetizado	34	10,8%
	Ensino Fundamental	156	49,4%
	Ensino Médio	18	5,7%
	Ensino Superior	6	1,9%
Estado civil	Solteiro	22	7,0%
	Casado	164	51,9%
	Viúvo	100	31,6%
	Divorciado	30	9,5%
Com quem reside	Sozinho	50	15,8%
	Filhos ou cônjuge	226	71,5%
	Outros familiares	37	11,7%
	Outros	3	0,9%
Pratica alguma religião	Sim	286	90,5%
	Não	30	9,5%
Trabalho	Trabalha	159	50,3%
	Não trabalha	157	49,7%
Fonte de renda	Trabalho	23	7,3%
	Aposentado	218	69%
	Benefícios e auxílios	58	18,4%
	Sem renda	17	5,4%
Total		316	100%

Nota: N= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Os comportamentos e hábitos relacionados a saúde, apresentados na Tabela 2, mostram que a maioria dos idosos participantes do estudo não fumavam (89,6%), não consumiam bebidas alcoólicas (86,1%), não praticavam alguma atividade física (59,5%), realizavam pelo menos uma consulta anual com algum profissional da saúde (90,5%), tomava ao menos uma medicação diariamente (80,7%) e apresentavam multimorbidades (76,3%). Notou-se ainda que a maioria dos idosos (75,6%) apresentavam declínio cognitivo, avaliaram a Qualidade de Vida como “boa” (81%), estavam satisfeitos com a saúde (67,7%) e estavam em insegurança alimentar (62,3%).

Tabela 2

Caracterização dos comportamentos relacionados a saúde dos idosos.

Variáveis relacionadas a saúde		N	%
Fuma	Sim	33	10,4%
	Não	283	89,6%
Bebe	Sim	44	13,9%
	Não	272	86,1%
Pratica atividade física	Sim	128	40,5%
	Não	188	59,5%
Realizou consulta anual	Sim	286	90,5%
	Não	30	9,5%
Toma medicação diária	Sim	255	80,7%
	Não	61	19,3%
Presença de multimorbidades	Sim	241	76,3%
	Não	75	23,7%
Possui declínio cognitivo	Sim	239	75,6%
	Não	77	24,4%
Autopercepção da QV	Boa	256	81,0%
	Ruim	60	19,0%
Satisfação com a saúde	Satisfeito	214	67,7%
	Insatisfeito	102	32,3%
Insegurança Alimentar	Em segurança	119	37,7%
	Em insegurança	197	62,3%
Total		316	100%

Nota. A autopercepção da QV foi dicotomizada em “boa” e “ruim”, utilizando a mediana.

Foi identificada, como exposto na Tabela 3, associação estatisticamente significativa entre o sexo e os sintomas depressivos ($p=0,005$), sendo que as idosas (sexo feminino) possuem 1,93 mais chances (IC95% 1,189 – 3,152) de desenvolverem sintomas depressivos do que os idosos do sexo masculino. Da mesma forma, observou-se associação entre o estado civil e sintomas depressivos ($p=0,000$), sendo que idosos com parceiro possuem 2,4 mais chances (IC95% 1,531 – 3,901) de desenvolverem sintomas depressivos do que os idosos sem parceiros.

Observou-se associação entre a escolaridade e os sintomas depressivos ($p=0,000$), sendo que para os idosos com baixa escolaridade ou não alfabetizados, a chance de desenvolverem sintomas depressivos é 3,82 vezes maior (IC95% 2,339 – 6,312) do que nos idosos alfabetizados e com melhor escolaridade. Outra constatação é a associação entre a ocupação e a presença de sintomas depressivos ($p=0,073$).

Tabela 3

Associação entre as características demográficas e os sintomas depressivos dos idosos.
(continua)

Variáveis	Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos		p-valor*	OR	IC 95%
	Nº	%	Nº	%			
Sexo							
Feminino	84	43,1	111	56,9	0,007	1,936	1,189 – 3,152
Masculino	34	28,1	87	71,9		1	–
Faixa etária							
80 anos ou mais	14	33,3	28	66,7	0,679	0,817	0,411 – 1,624
Até 79 anos	104	38,0	170	62,0		1	–
Estado Civil							
Com parceiro	45	27,4	119	72,6	0,000	2,444	1,531 – 3,901
Sem parceiro	73	48,0	79	52,0		1	–
Raça/ Cor							
Branco	19	29,7	45	70,3	0,164	1	–
Não branco	99	39,3	153	60,7		1,220	0,766 – 1,945
Escolaridade							
Alfabetizado ou mais	58	27,1	156	72,9	0,000	1	–
Analfabeto	60	58,8	129	41,2		3,842	2,339 – 6,312
Religião							
Sim	104	36,4	182	63,6	0,180	1	–
Não	14	46,7	16	53,3		1,531	0,719 – 3,263
Ocupação							
Sim	53	33,3	106	66,7	0,073	1	–
Não	65	41,4	92	58,6		1,442	0,912 – 2,280

Tabela 3

*Associação entre as características demográficas e os sintomas depressivos dos idosos.
(conclusão)*

Variáveis		Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos		p-valor*	OR	IC 95%
		Nº	%	Nº	%			
Fonte de renda	Sim	114	38,1	185	61,9	0,220	1	–
	Não	4	23,5	13	76,5		1,720	0,603 – 4,902
Mora sozinho	Sim	19	38,0	31	62,0	0,518	1	–
	Não	99	37,2	167	62,8		1,034	0,555 – 1,927

Nota: OR= Razão de chances (análise bivariada bruta); IC= Intervalo de Confiança

*p valor: Teste Qui-Quadrado

Como exposto na Tabela 4, em relação aos hábitos e comportamentos relacionados a saúde e os sintomas depressivos, os resultados apontam que há uma associação estatisticamente significativa entre o sedentarismo (não praticar atividade física) e os sintomas depressivos ($p=0,001$), sendo que os idosos sedentários possuem 2,1 mais chances ($OR=2,188$; $IC95\%$ 1,345-3,559) de desenvolverem sintomas depressivos do que os praticantes de atividades física. Da mesma forma, há associação entre o declínio cognitivo dos idosos e os sintomas depressivos ($p=0,001$), sendo que os idosos com declínio possuem 2,8 mais chances ($OR=2,839$; $IC95\%$ 1,547-5,210) de desenvolverem sintomas depressivos do que os idosos sem declínio.

Observou-se associação entre a autopercepção da qualidade de vida e os sintomas depressivos ($p=0,000$), sendo que os idosos que definiram sua QV como muito ruim possuem 3,8 mais chances ($OR=3,800$; $IC95\%$ 2,111-6,840) de desenvolverem sintomas depressivos do que os idosos com autopercepção da qualidade de vida boa. Ainda neste sentido, identificou-se associação entre a satisfação com a saúde e sintomas depressivos ($p=0,013$), sendo que os idosos insatisfeitos com a mesma possuem 1,7 mais chances ($OR=1,783$; $IC95\%$ 1,102-2,885) de desenvolverem sintomas depressivos do que os idosos que estavam

satisfeitos. Observou-se ainda associação entre a insegurança alimentar e os sintomas depressivos ($p=0,000$), sendo que os idosos em insegurança alimentar (fome) possuem 3,3 mais chances ($OR=3,362$; $IC95\%$ 1,994-5,668) de possuir sintomas do que os que não estão em insegurança alimentar.

Tabela 4

Associação entre comportamentos/ hábitos de saúde e os sintomas depressivos dos idosos.

Variáveis	Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos		p-valor*	OR	IC 95%	
	Nº	%	Nº	%				
Fuma								
	Sim	14	42,4	19	57,6	0,524	1,268 1	0,610 – 2,635 –
	Não	104	36,7	179	63,3			
Uso de bebida								
	Sim	12	27,3	32	72,7	0,137	0,587 1	0,290 – 1,191 –
	Não	106	39,0	166	61,0			
Atividade física								
	Sim	34	26,8	93	73,2	0,001	1 2,188	– 1,345 – 3,559
	Não	84	44,4	105	55,6			
Consulta no último ano								
	Sim	109	38,1	177	61,9	0,382	1 0,696	– 0,308 – 1,575
	Não	9	30,0	21	70,0			
Possui comorbidades								
	Sim	87	36,1	154	63,9	0,413	1,247 1	0,734 – 2,118 –
	Não	31	41,3	44	58,7			
Uso medicação diária								
	Sim	97	38,0	158	62,0	0,600	0,855 1	0,476 – 1,536 –
	Não	21	34,4	40	65,6			
Declínio Cognitivo								
	Sim	102	42,7	137	57,3	0,001	2,839 1	1,547 – 5,210 –
	Não	16	20,8	61	79,2			
Autopercepção da QV								
	Ruim	38	63,3	22	36,7	0,000	3,800 1	2,111 – 6,840 –
	Boa	80	31,2	176	68,8			
Satisfação com a saúde								
	Insatisfeito	48	47,1	54	52,9	0,013	1,783 1	1,102 – 2,885 –
	Satisfeito	70	32,7	144	67,3			
Insegurança Alimentar								
	Em insegurança alimentar	93	47,2	104	52,8	0,000	3,362 1	1,994 – 5,668 –
	Em segurança alimentar	25	21,0	94	79,0			
Total		118	37,4	198	62,6			

Nota: OR= Razão de chances (análise bivariada bruta); IC= Intervalo de Confiança. A autopercepção da QV foi dicotomizada em “boa” e “ruim”, utilizando a mediana.

*p valor: Teste Qui-Quadrado de Pearson;

Na análise multivariada, como exposto na Tabela 5, verificou-se que o analfabetismo (OR 3,564; IC95% 2,013-6,312), a presença de declínio cognitivo (OR 2,704; IC95% 1,369-5,341), autopercepção da qualidade de vida ruim (OR 2,769; IC95% 1,173-6,538) e a insegurança alimentar (OR 2,379; IC95% 1,348-4,264) são previsoras de sintomas depressivos. Estas variáveis obtiveram resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$), confirmando que as mesmas aumentam as chances do desenvolvimento de sintomas depressivos nos idosos.

Tabela 5

Regressão Logística Binária dos sintomas depressivos de idosos.

Variáveis		B	p	OR	IC 95%	
					LS	LI
Sexo	Masculino	-	-	1	-	-
	Feminino	0,498	0,088	1,646	0,928	2,919
Estado Civil	Sem parceiro	-	-	1	-	-
	Com parceiro	0,536	0,053	0,585	0,341	1,006
Escolaridade	Alfabetizado ou mais	-	-	1	-	-
	Não alfabetizado	1,271	0,000	3,564	2,013	6,312
Atividade Física	Sim	-	-	1	-	-
	Não	0,359	0,205	1,431	0,822	2,492
Declínio Cognitivo	Sem sintomas	-	-	1	-	-
	Com sintomas	0,995	0,004	2,704	1,369	5,341
Autopercepção da QV	Boa	-	-	1	-	-
	Ruim	1,018	0,020	2,769	1,173	6,538
Satisfação com a saúde	Satisfeito	-	-	1	-	-
	Insatisfeito	0,152	0,690	1,164	0,553	2,448
Insegurança Alimentar	Segurança Alimentar	-	-	1	-	-
	Insegurança Alimentar	0,874	0,003	2,397	1,348	4,264
Constante		-1,769	0,000	0,171	-	-

Notas: B= Coeficiente estimador do teste; Sig.= valor de p do teste; OR= Razão de Chances [Exp (β)]; LS e LI= Limite superior e limite inferior do intervalo de confiança. A autopercepção da QV foi dicotomizada em “boa” e “ruim”, utilizando a mediana.

Discussão

Neste estudo, a prevalência de sintomas depressivos nos idosos foi de 37,6% e comparação desse achado com o resultado de outros estudos torna-se difícil. Em um estudo

semelhante, realizado com 70 idosos assistidos pela Atenção Básica (AB) do Distrito Federal foi encontrada prevalência de 41,4% (Ferreira et al., 2021), e outro estudo de base populacional com 552 idosos, no Sul do Brasil, identificou uma prevalência de 20,4% entre os mesmos (Gulich et al., 2017). Ainda neste sentido, um estudo com metanálise que investigou 34 prevalências, com um total de 39.431 idosos, estimou a sintomatologia depressiva em 21,0% nestes participantes (Meneguci et al., 2019). Em um contexto externo a AB brasileira, em um estudo realizado com idosos urbanos da Malásia, pesquisadores identificaram uma prevalência de 13,2% (Mesbah et al., 2020). Desta forma, percebe-se uma diversidade de prevalências não coincidentes, em diferentes estudos, o que pode ser explicada pelas especificidades de cada contexto e características dos idosos participantes.

Identificamos que a autopercepção ruim da qualidade de vida em idosos, é previsora de sintomas depressivos. Outros estudos semelhantes registram esta relação, como o de Amaral et al. (2018) que observaram o efeito da depressão na diminuição da QV de idosos acrianos que eram assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Também corroborando com os achados deste estudo, Brandão et al. (2021) identificaram que idosos com sintomas depressivos possuem 5,4 vezes mais chances de apresentar baixa qualidade de vida, dos que os idosos sem sintomas. No mesmo sentido, Sivertsen et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática analisando 74 estudos e identificaram associação entre depressão e baixa QV em pessoas idosas.

A relação entre QV e depressão pode ser justificada pela influência de fatores como a presença de multimorbidades (Amaral et al., 2018; Brandão et al. 2021; Sivertsen et al., 2015), desemprego ou falta de ocupação, problemas bucais (Brandão et al., 2021), sexo feminino, idade avançada, isolamento social, subdiagnósticos (Sivertsen et al., 2015), entre outros em ambos fenômenos. Esses fatores associados aos sintomas depressivos em idosos podem ser listados dentro das dimensões ou domínios que compõem a QV (aspectos físicos,

psicológicos, relações sociais e meio ambiente) conforme descritos pela OMS (2016), estando frequentemente também associados a QV dos mesmos.

A baixa escolaridade mostrou-se um preditor significativo de sintomas depressivos neste estudo. No mesmo sentido, outras pesquisas registraram que o idoso com baixa escolaridade apresenta maior chance de ter sintomas depressivos (Ferreira et al., 2021; Oliveira et al., 2020; Richter & Heidinger, 2022). Um nível de escolaridade baixo pode propiciar uma exposição maior a eventos adversos e riscos, menores oportunidades de trabalho que podem acarretar em dificuldade de acessar bens, serviços, possibilidade de ter mais doenças e uma menor renda ao idoso, e conseqüentemente uma menor qualidade de vida.

Richter e Heidinger (2022) registram que idosos com pouca renda possuem mais dificuldade para cuidar da saúde e assim, mais multimorbidades, o que diminui sua expectativa de vida, sua satisfação com a vida e bem-estar. Assim como para a depressão, a escolaridade também é um importante preditor de QV para idosos, pois quanto maior o nível educacional, melhor a situação de trabalho, de renda, de conscientização em saúde e acesso a informações benéficas para um estilo de vida saudável (Khorani et al., 2022).

Um estudo com idosos chineses (Sun et al., 2021) identificou que a baixa escolaridade e viuvez acarretavam em um maior risco de comprometimento cognitivo grave. Sobre o declínio cognitivo, evidências científicas registram que ele aumenta a chance de sintomas depressivos em idosos (Doroszkievicz, 2022; Vloeberghs et al., 2018), corroborando com os achados do presente estudo. Neste sentido, sabe-se que o comprometimento cognitivo afeta a funcionalidade do idoso, sua locomoção, risco de quedas, aumento da dependência e conseqüente perda de autonomia, o que acarreta em risco de depressão e perda de qualidade de vida (Doroszkievicz, 2022). Além disso, o declínio cognitivo em idosos está associado ao

aumento da idade, isolamento social, imobilidade (Vloeberghs et al., 2018) ingestão de alimentos insuficiente e pior nutrição (Özkaya, 2021).

Os resultados do nosso estudo apontaram que a insegurança alimentar (fome) é previsora de sintomas depressivos, sendo que os idosos que a vivenciam possuem 2,3 mais chances de tê-los do que os idosos que possuem acesso suficiente a alimentos. Mesbah et al. (2020) identificou uma prevalência de insegurança alimentar de 19,5% nos idosos do seu estudo, e associação da mesma com sintomas depressivos. Essa relação pode ser justificada devido ao contexto estressor causado pela fome, caracterizado por preocupação, ansiedade, vergonha e resignação, além do julgamento e pressão social sofrido por aqueles que precisam pedir comida a outras pessoas, o que pode potencializar o surgimento de transtornos mentais (Mesbah et al., 2020).

Além dos fatores psicossociais citados anteriormente, a relação entre insegurança alimentar e depressão também pode ser explicada por fatores nutricionais. A ingestão inadequada ou insuficiente de alimentos causa déficit nutricional, que acarreta em maior vulnerabilidade a doenças e riscos em saúde, inclusive as que afetam o sistema nervoso, podendo causar depressão (Burris et al., 2021). Ressalta-se que a desnutrição em idosos também está relacionada ao surgimento de mais infecções, maior tempo de cicatrização de feridas, maior tempo de internação em hospital, presença de multimorbidades e queda da Qualidade de Vida (Özkaya, 2021).

Para promover melhorias na saúde física e psicológica, e combater os efeitos das doenças crônicas em idosos é fundamental a prática regular de atividade física (Silva et al., 2019). Identificamos uma associação entre o sedentarismo e a presença de sintomas depressivos, evidência também observada por Gullich et al. (2017) em seu estudo, onde os autores identificaram que a prática de atividade física coletiva conferiu proteção contra a ocorrência de depressão nos idosos. Esta proteção pode ser explicada pelo bem-estar causado

pela interação do idoso com outras pessoas, pelas redes afetivas desenvolvidas no contexto de prática, além da melhoria da saúde física. A atividade física reduz as vulnerabilidades em saúde e fragilidade de idosos (Silva et al., 2019), é um fator protetivo não só para a depressão, mas também para o bem-estar psicológico na senescência (Richter & Heidinger, 2022) e está relacionada com a manutenção e melhora da QV, mesmo em idosos doentes (Kazemi et al., 2019).

Neste estudo, identificamos que a insatisfação com a saúde está associada aos sintomas depressivos. Quando os idosos se sentem satisfeitos com suas vidas, aumenta a probabilidade de possuírem uma boa autoestima e boa percepção de saúde geral (Mesa-Fernández et al., 2019). Denota-se assim, a importância da percepção de apoio social adequado, e garantir que o mesmo ocorra, pois este prediz maior satisfação com a vida, contribuindo significativamente para sua percepção geral de saúde (Farriol-Baroni et al., 2022).

Em relação às variáveis sociodemográficas, cabe um destaque à discussão relacionada a sintomas depressivos e o sexo feminino. Este estudo identificou uma associação entre ser do sexo feminino e possuir sintomas depressivos, resultado que é corroborado por outras evidências da literatura científica para o público estudado. Em uma metanálise que reuniu 20 estudos sobre o tema, Völz et al. (2020) identificaram que a depressão tem sido mais prevalente em idosos do sexo feminino. No mesmo sentido, Gullich et al. (2017) identificaram maior razão de prevalência para depressão entre idosas, especialmente as sem companheiros. Embora a depressão em idosos seja prevalente em ambos os sexos, os estudos registram que ela é mais incidente em mulheres. (Ferreira et al., 2021; Gullich et al., 2017; Völz et al., 2020).

A associação supracitada pode ser explicada pelo acúmulo de funções exercidas pelas idosas como dona de casa, cuidadora de outros idosos e netos, esposa, mãe, educadora,

provedora financeira, além de serem mais afetadas na senescência pela viuvez, isolamento e também pela queda de estrogênio (Gulich et al. 2017). Ainda neste sentido, há uma desigualdade de poder relacionada aos papéis de gênero, que desvaloriza as funções desenvolvidas pelas mulheres, e escancaram o machismo da sociedade através da misoginia, assédio, menor valorização política, familiar, ocupacional, social e violência (Völz et. al., 2020). Além disso, a maior frequência das idosas nos serviços de saúde, em comparação com os idosos, pode aumentar a possibilidade de serem diagnosticadas e tratadas para a depressão.

De forma controversa e pouco usual, identificamos neste estudo que para as idosas, ter a presença de um companheiro está associado a presença de sintomas depressivos. É válido ressaltar que a análise de regressão logística não confirmou a relação de predição entre estas variáveis, e que uma relação de associação estatística não significa uma relação causal. Ressalta-se ainda que o impacto do estado civil na saúde de idosos, em diferentes sociedades, pode ser parcialmente influenciado por suas condições culturais e sociais.

Contrastando com o nosso achado, a maioria dos estudos registram que entre os idosos, a solidão e a ausência de um companheiro estão associadas a presença de sintomas depressivos (Mesbah et al., 2020; Yan et al., 2011), pior qualidade de vida (Farriol-Baroni, et al., 2022; van Boekel et al., 2021) e mais chances de estarem em insegurança alimentar (Burris et al, 2021). Esta relação pode ser explicada pelo apoio mútuo fornecido, dependência emocional entre os cônjuges, intimidade e afeto, enfrentamento dos lutos comuns na senescência, e longo histórico de vida dedicado a cuidar do parceiro e da relação (van Boekel et al., 2021).

Neste contexto, uma possibilidade para justificar o nosso resultado são as relações entre idosos tipicamente marcadas por violência no nordeste brasileiro e especialmente em municípios do interior baiano. Um estudo com 169 idosos do Recife, atendidos pela AB, encontrou uma ocorrência de violência contra o idoso de 78,7% (Barros et al., 2019). Sabe-se

que maioria das situações de violência sofridas pelas idosas ocorrem no âmbito doméstico, e são oriundas dos seus companheiros (Tavares & Pereira, 2019), e que de forma geral, o histórico de exposição à violência conjugal representa um fator de risco para a saúde mental das mulheres, estando associado a presença de sintomas depressivos, ansiosos e desregulação emocional (Zancan & Habigzang, 2018).

Os fatores relacionados com os sintomas depressivos e com a QV dos idosos residentes em comunidade, podem ser trabalhados de forma interdisciplinar pelas equipes da Atenção Básica, incluindo a Psicologia. A AB é potente no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção que abarquem não apenas informações sobre o adoecimento, mas que também proponham interação, lazer, apoio social e familiar, e reflexão sobre acesso a direitos básicos. Além disso, é na atenção Básica que estas ações podem ser desenvolvidas longitudinalmente, com maior efetividade e baixo custo (Veras & Oliveira, 2018).

É fundamental que o Estado brasileiro se faça presente, por meio de políticas públicas como a de transferência de renda, para os casos de idosos em insegurança alimentar e nutricional. As equipes de Saúde da Família e a Atenção Básica precisam estar atentas ao rastreio e identificação de sintomas depressivos precocemente, e também estar atentas aos fatores associados as mesmas. A Psicologia pode auxiliar na avaliação e identificação de casos potenciais, e tem muito a contribuir no desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que impliquem na melhora da qualidade de vida e prevenção da depressão em idosos.

Este é um estudo transversal, e, portanto, nossos resultados não possuem o mesmo poder de explicação causal dos estudos longitudinais. As características dos participantes deste estudo exigiram um esforço teórico, logístico e temporal significativos da equipe para a coleta dos dados de forma padronizada e com qualidade. A dicotomização de variáveis

relacionadas a saúde mental, como a depressão, tem se mostrado uma prática controversa, apesar do seu amplo uso nos estudos epidemiológicos.

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados foi de 37,6%, achado que difere de outros resultados de estudos semelhantes, que também variam de acordo com o contexto e características dos idosos estudados. Verificou-se que o analfabetismo, a presença de declínio cognitivo, autopercepção da qualidade de vida ruim, e a insegurança alimentar são previsoras de sintomas depressivos. Ser do sexo feminino, ter um companheiro, estar insatisfeito com a saúde também estiveram associadas a presença de sintomas depressivos.

Referencias

- Amaral T. L., Amaral C. A., Lima N. S., Herculano P. V., Prado P. R., & Monteiro G. T. (2018). Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(9), 3077-3084.
- Araújo M. L., Mendonça R. D., Pereira S. C. L., & Lopes A. C. S. (2021). Dimensões da escala brasileira de insegurança alimentar na atenção primária à saúde. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. V.16. <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.56822>
- Barros M. B. A., Lima M. G., Azevedo R. C. S., Medina L. B. P., Lopes C. S., Menezes P. R., & Malta D. C. (2017). Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>.
- Barros R. L. M., Leal M. C. C., Marques A. P. O., & Lins M. E. M. (2019). Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde em Debate*. 43(122),793-804. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>.

- Bertolucci P. H. F., Brucki S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 52(1), 01-07. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
- Brandão B. M., Araújo G. K., Souto R. Q., Silva A. M., Santos R. C., & Braga J. E. (2021). Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. *Enfermagem em Foco*. 12(3), 475-81. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743>.
- Burris M., Kihlstrom L., Arce K. S., Prendergast K., Dobbins J., McGrath E., Renda A., Shannon E., Cordier T., Song Y., & Himmelgreen D. (2021). Food insecurity, loneliness and social support among older adults. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*. 16(1), 29-44. <https://doi.org/10.1080/19320248.2019.1595253>.
- Doroszkiewicz H. How the Cognitive Status of Older People Affects Their Care Dependency Level and Needs: A Cross-Sectional Study. (2022). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(16), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610257>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 31.08.2012. *Agência IBGE Notícias*. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012>.
- Farriol-Baroni V., González-García L., Luque-García A., Postigo-Zegarra S., Pérez-Ruiz S. (2021). Influence of Social Support and Subjective Well-Being on the Perceived Overall Health of the Elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(10), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105438>.
- Ferreira F. G., Gomes L. O., Grangeiro A. F. B., Cintra T. R., Mello J. L. M., Magalhães P. R. M., & Cunha C. S. (2021). Prevalência de depressão e fatores associados em idosos

- atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal. *Scientia Medica*. 31(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.38237>.
- Fleck M. P. A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L., & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Revista de Saúde Pública*. 34(2), 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
- Gullich I., Duro S. M. S., & Cesar J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. (2016). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 19(4), 691-701. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>
- Kazemi N., Sajjadi H., & Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Aging*. (2019). 13(5), 518–533. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518>.
- Khorani H., Mohammadi F., Hosseinkhani Z., & Motalebi S. A. Fatores preditivos da Qualidade de Vida em idosos durante a pandemia de COVID-19. (2022). *BMC Psychology*. 10(1), 1-7. <http://doi.org/10.1186/s40359-022-00882-w>.
- Lentsck M. H., Pilger C., Schoereder E. P., Prezotto K. H., & Mathias T. A. F. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 17(3):1-9. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.34261>.
- Meneguci J., Meneguci C. A. G., Moreira M. M., Pereira K. R., Tribess S., Sasaki E., & Junior J. S. V. (2019). Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 68(4): 221-230. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>
- Mesa-Fernández M., Pérez-Padilla J., Nunes C., & Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia.

- (2019). *Ciência e Saúde Coletiva*. 24 (1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>.
- Mesbah S. F., Sulaiman N., Shariff Z. M., & Ibrahim Z. Does Food Insecurity Contribute towards Depression? A Cross-Sectional Study among the Urban Elderly in Malaysia. (2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(9), 2-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093118>.
- Oliveira D. S., Lima M. P., Ratto C. G., Rossi T., Baptista R. R., & Irigaray T. Q. (2020). Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 20(1), 187-204. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451864487010>.
- Ozturk Z. A., Yesil Y., Kuyumcu M. E., Savas E., Uygun O., Sayiner Z. A., & Kepekçi Y. (2015). Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. *Aging Clinical and Experimental Research*. 27(4), 533-538. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0293-0>.
- Özkaya I. (2021). Nutritional Status Of The Free-Living Elderly. *Central European Journal of Public Health*. 29 (1), 68-75. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5925>.
- Pereira D. F. (2017). Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Corpocoscência*. 20(3), 22-28. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/4431>.
- Richter L. & Heidinger T. (2022). Poverty in old age in times of COVID-19-Empirical results from Austria. *Frontiers in Public Health*. 10(1), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.972076>.
- Silva V. D., Tribess S., Meneuci J., Sasaki J. E., Garcia-Meneguci C. A., Carneiro J. A. O., & Virtuoso J. S. J. (2019). Association between frailty and the combination of physical

- activity level and sedentary behavior in older adults. *BMC Public Health*. 19(1), 2-6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7062-0>.
- Sivertsen H., Bjørkløf G. H., Engedal K., Selbaek G., & Helvik A. S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. (2015). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 40 (5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>.
- Sun N., Jia R., Guo C., Sun T., Dong X., & Yang L. L. P. (2021). Synergistic influence of education and marriage on the risk for cognition loss among the older people in China. *Nursing Open*. 8(5), 2616– 2621. <https://doi.org/10.1002/nop2.801>.
- Tavares M. S. & Pereira L. (2019). Uma trama entre gênero e geração: mulheres idosas e a violência doméstica na contemporaneidade. *Revista Feminismos*. 6 (3), 41-52.
<https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/33679>.
- Van Boekel L. C., Cloin J. C. M., & Luijkx K. G. (2021). Community-Dwelling and Recently Widowed Older Adults: Effects of Spousal Loss on Psychological Well-Being, Perceived Quality of Life, and Health-Care Costs. *The International Journal of Aging and Human Development*. 92(1), 65-82.
<https://doi.org/10.1177/0091415019871204>.
- Veras R. P. & Oliveira M. (2018). Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciência e Saúde Coletiva*. 23(6), 1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
- Vloeberghs R., Opmeer E. M., De Deyn P. P., Engelborghs S., & De Roeck E. E. (2018). Apathy, depression and cognitive functioning in patients with MCI and dementia. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*. 49(3), 95-102.
<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0248-6>.

- Völz P., Tomasi E., Saes M., Stofe N., Thumé E., & Facchini L. (2020). Incidência de depressão em idosos e fatores associados: Revisão Sistemática. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 21(3), 851-864. <http://doi.org/10.15309/20psd210326>.
- World Health Organization. (2016). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health*. 69^a World Health Assembly. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252671>.
- Yan X. Y., Huang S-M., Huang C. Q., Wu W. H., & Qin Y. (2011). Marital Status and Risk for Late Life Depression: A Meta-Analysis of the Published Literature. *Journal of International Medical Research*. 39(4), 1142-1154. <https://doi.org/10.1177/147323001103900402>.
- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Zancan N. & Habigzang L. F. (2018). Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico-USF*. 23(2), 253-265. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230206>.

6 CONCLUSÃO DA TESE

De forma geral, a literatura científica revisada registra que a qualidade de vida dos idosos residentes em comunidade e vinculados às equipes de saúde da família é “regular”. A dimensão da Qualidade de Vida mais bem avaliada entre os idosos é a das “Relações Sociais”, e a com piores médias foi a do “Ambiente”. Os estudos selecionados registram que intervenções da atenção básica que propuseram exercício físico, entretenimento, interações sociais, entre outras, desencadearam melhoras significativas na Qualidade de Vida de idosos, assim como a redução de sintomas depressivos. Ainda nesse sentido, o suporte emocional ao idoso promove Qualidade de Vida, mesmo na presença de multimorbidades.

Conclui-se que há uma associação entre o estado civil e a autopercepção da QV dos idosos participantes deste estudo. Reforçando a importância do suporte social, a dimensão das Relações Sociais da QV foi a que apresentou melhor pontuação nesta pesquisa. Idosos com sintomas depressivos apresentaram em 3,1 vezes mais chances de ter uma QV ruim, assim como os idosos que apresentavam multimorbidades possuíam 2,3 vezes mais chances de terem uma QV ruim. No presente estudo, a prática de atividade física esteve associada a quatro das cinco dimensões da QV dos idosos, excetuando-se a das Relações Sociais. Identificamos uma associação entre a Insegurança Alimentar e a QV dos idosos participantes, estando também associada a quatro das dimensões da QV, excetuando-se a das Relações Sociais. O fato deste estudo ter identificado que os idosos que possuem alguma religião terem 5,3 vezes mais chances de ter uma QV ruim do que os idosos que não seguem alguma, foi bastante significativo e peculiar.

Conclui-se ainda que a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados é de 37,6%. Observou-se associação entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos tanto na análise bruta quanto na análise de regressão ajustada. Identificou-se ainda que o analfabetismo, a presença de declínio cognitivo e a insegurança alimentar são previsoras de sintomas depressivos. Ser do sexo feminino, ter um companheiro, estar insatisfeito com a saúde também estiveram associadas a presença de sintomas depressivos.

A alta prevalência de sintomas depressivos identificada nos idosos participantes denota o quanto é importante que as equipes da AB abarquem a saúde mental em suas ações,

principalmente no aspecto investigativo. É fundamental identificar os casos suspeitos precocemente e acionar os fluxos/protocolos, se existentes. É papel das Equipes de Saúde da Família trabalhar com ações educativas em saúde mental, interprofissionais, que atuem não só no contexto da cura, mas também na prevenção e promoção.

Apesar de ser uma percepção subjetiva, a Qualidade de Vida está diretamente vinculada com os Determinantes Sociais de Saúde, e relacionada com a saúde mental dos idosos. Em síntese, idosos que vivem em melhores condições de vida, tendo acesso aos seus direitos básicos, possuem melhor Qualidade de Vida e conseqüentemente, boa saúde mental. Neste aspecto, não há como esperar apenas que as Equipes de Saúde da Família ou mesmo os idosos assumam sozinho ações que visem melhorar suas condições vida. Cabe sim, a AB, o dever de levar os seus idosos (e comunidades) a refletirem sobre suas condições e tornarem-se atores de sua saúde, compreendendo seus direitos e como exerce-los. A importância do controle social e participação popular nas tomadas de decisão e na seara política fica visível quando nos deparamos com alguns resultados deste estudo.

Não há como ter qualidade de vida e saúde mental estando em situação de fome, abandono, violência, desemprego e vulnerabilidade. Neste aspecto, cabe ao Estado, em todas as esferas, fazer cumprir a constituição e as leis específicas no que tange a assistência ao idoso. No atual modelo econômico, social em que “sobrevivemos”, faz-se necessário um Estado forte, presente, mediador e propositor de estratégias que abarquem as condições de vida e saúde dos idosos brasileiros. Da mesma forma, quanto mais forte o SUS e a saúde pública, maior a capacidade de as equipes de saúde da família terem recursos destinados a saúde da população idosa.

7 REFERENCIAS

ABRANTES, G. G. D. *et al.* Sintomas depressivos em idosos na Atenção Básica à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ALBERT, P. Why is depression more prevalent in women? **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 40, n. 4, p. 219–221, 2015.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421–426, 1999.

ALVES, D. da S. B. *et al.* Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 63–69, 2016.

AMARAL, T. L. M.; AMARAL, C. A.; LIMA, N. S. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ANDRADE, J. M. O. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3497–3504, 2014.

ANDRIOPOULOS, P. *et al.* Depression, quality of life and primary care: A cross-sectional study. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 3, n. 4, p. 245–252, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2013.06.004>. Acesso em 02 fev. 2023.

ANTUNES, R. *et al.* Qualidade de vida, vitalidade e força de preensão manual em idosos praticantes de exercício físico. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 22, n. 1, p. 245-255, 2022.

ARAÚJO, M. L. *et al.* Dimensões da escala brasileira de insegurança alimentar na atenção primária à saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16., n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.56822>. Acesso em: 02 fev. 2023.

BAERNHOLDT, M. *et al.* Factors associated with quality of life in older adults in the United States. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 3, p. 527-534, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>. Acesso em 02 fev. 2023.

BARCELOS-FERREIRA, R. *et al.* Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 2, p. 616–622, 2013.

BARROS, M. B. A. *et al.* Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BARROS, R. L. M. *et al.* Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 793-804, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>. Acesso em 02 fev. 2023.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BEARD, J. R. *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016.

BERTOLINI, G. N. *et al.* Relação entre alto comportamento sedentário no lazer e baixa funcionalidade de idosos. **Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human**

Performance, v. 18, n. 6, p. 713-721, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2016v18n6p713>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BINOTTO, M. A. *et al.* Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 52, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028703392>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BITTAR, C. M. L. *et al.* Qualidade de vida e sua relação com a espiritualidade: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 2, p. 195-209, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.7020>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. **Journal Gerontol**, v. 58, n. 3, p. 249-265, 2003.

BORGES, L. J. *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BRANDÃO, B. M. *et al.* Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.842**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Brasília, v. 132, n. 3, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 92 p.

BRITO, V. C. A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>. Acesso em: 01 fev. 2022.

BROCH, D. *et al.* Social determinants of health and community health agent work. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558>. Acesso em 02 fev. 2023.

BRETT, C. E. *et al.* Predicting change in quality of life from age 79 to 90 in the Lothian Birth Cohort 1921. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 01, p. 737-749, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2056-4>. Acesso em 02 fev. 2023.

BURRIS, M. *et al.* Food insecurity, loneliness and social support among older adults. **Journal of Hunger & Environmental Nutrition**, v. 16, n. 1, p. 29-44, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19320248.2019.1595253>. Acesso em: 07 jan. 2023.

CAMARO, A. A.; BARBOSA, A. P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando. *In:* ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. 479-514.

CAMELO, L. V.; GIATTI L.; BARRETO S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 19, n. 2, p. 280-293, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020006>. Acesso em: 02 abril 2023.

CAMPOS A. C. V. *et al.* Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 166, p. 1-11, 2014. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0166-4>. Acesso em 02 fev. 2023.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 889-897, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002060013>. Acesso em 02 fev. 2023.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014.

CARMICHAEL, F.; ERCOLANI, M. Overlooked and undervalued: the caring contribution of older people. **International Journal of Social Economics**, v. 41, n. 5, p. 397-419, 2014.

CARVALHAIS, S. M. M. *et al.* The Influence of Socio-Economic Conditions On the Prevalence of Depressive Symptoms and Its Covariates in an Elderly Population With Slight

Income Differences: the Bambuí Health and Aging Study (Bhas). **International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 447-456, 2008.

CAVALCANTI, A. D. *et al.* Active aging and its interface with social determinants of health. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 15, p. 15-23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181700078>. Acesso em 02 fev. 2023.

CHAVES, A. S. *et al.* Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 545–556, 2015.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641–3652, 2015.

CLEMENTINO, M. D.; GOULART, R. M. M. Body image, nutritional status and quality of life in long-lived older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102188>. Acesso em: 10 nov. 2022.

COSTA, R.; CARRERA, M.; MARQUESA, A. P. Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320211900078>. Acesso em: 01 nov. 2022.

CORRÊA, M. L. *et al.* Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2083–2092, 2020.

CRUZ, R. R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F. M. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol 22, n. 3, 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Futures Studies 1991.

DANIELEWICZ, A. L. *et al.* Is cognitive decline in the elderly associated with contextual income? Results of a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016.

DANTAS, B. A. S. *et al.* Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 2. p. 201-208, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0577>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Qualidade de vida: comparação entre os idosos na comunidade e institucionalizados. **Revista Kairós - Gerontologia**, vol. 21, n. 1, p. 37-54, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p37-54>. Acesso em: 20 jan. 2020

DIDONÉ, L. S. *et al.* Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>. Acesso em: 15 jan. 2023.

DOROSZKIEWICZ H. How the Cognitive Status of Older People Affects Their Care Dependency Level and Needs: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 16, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610257>. Acesso em: 15 jan. 2023.

FALCK, R. S. *et al.* Cross-Sectional Relationships of Physical Activity and Sedentary Behavior With Cognitive Function in Older Adults With Probable Mild Cognitive Impairment. **Physical Therapy**, v. 97, n. 10, p. 975–984, 2017.

FARRIOL-BARONI V. *et al.* Influence of Social Support and Subjective Well-Being on the Perceived Overall Health of the Elderly. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.18, n. 10, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105438>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FERREIRA, F. G. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.38237>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FERREIRA, L. K.; FILGUEIRAS, J. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 639-651, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FERENTZ, L. M. D. S. Análise da Qualidade de Vida pelo método WHOQOL-BREF: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. **Revista Estudo & Debate**, v. 24, n. 3, 28 dez., p. 116-134, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-036X.v24i3a2017.1359>. Acesso em: 27 jan. 2020.

FERRETTI, F. *et al.* Quality of life in the elderly with and without chronic pain. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 1, n. 2, p. 111-115, 2018.

FLECK, M. P. A. (org). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. 228p.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 02 nov. 2020.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F. F.; CUNHA, J. H. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>. Acesso em: 01 nov. 2022.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mentalstate". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). Acesso em: 02 nov. 2020.

FONSECA, S. *et al.* Impacto de um programa de estimulação cognitiva em pessoas idosas a residir na comunidade vs. institucionalizadas. **Actas Gerontoloica**, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2016.

FONTES, A. P. *et al.* Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 7–17, mar. 2015.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BACURAU, A. G. DE M.; ASSUMPÇÃO, D. Prevalência de doenças crônicas e posse de plano de saúde em idosos: comparação dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 8, p. 1-8, 2022.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2020. O que é DSS. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>. Acesso em: 04 jun. 2020.

GARCIA C. A. M.; MORETTO M. C.; GUARIENTO M. E. (2018). Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, vol. 27, n. 1, p. 11–22, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3959>. Acesso em: 01 abril 2023.

GATO, J. M. *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances em Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, M. F. S.; PEREIRA, S. C. L.; ABREU, M. N. S. Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p.4007-4019,2018.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31072016>. Acesso em: 07 nov. 2022.

GONZÁLEZ, A. C. T. *et al.* Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95–103, 2016.

GOUVEIA, A. O. *et al.* Detecção precoce dos sintomas depressivos pela equipe de saúde na Atenção Básica na região norte do país: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 38093-38103, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-378>. Acesso em: 01 nov. 2022.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

GUIMARÃES, H. C. *et al.* Features associated with cognitive impairment and dementia in a community-based sample of illiterate elderly aged 75+ years: The Pietà study. **Dementia&Neuropsychologia**, v. 8, n. 2, p. 126–131, 2014.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691–701, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>. Acesso em: Acesso em: 01 nov. 2022.

HOFFMANN, E. J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 190–197, 2010.

HOLTFRETER, K.; REISIG, M. D.; TURANOVIC, J. J. Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties. **Aging & Mental Health**, v. 21, n. 4, p. 379-388, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil: tábua completa de mortalidade, 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. Acessado em 20 de janeiro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>. Acesso em: 02 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298887>. Acesso em: 02 nov. 2019.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, n. 3, p. 297–304, 2009.

KAZEMI, N.; SAJJADI, H.; BAHRAMI, G. Quality of Life in Iranian Elderly. **Salmand: Iranian Journal of Aging**, v. 13, n. 5, p. 518–533, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518>. Acesso em: 02 nov. 2022.

KHORANI H. *et al.* Fatores preditivos da Qualidade de Vida em idosos durante a pandemia de COVID-19. **BMC Psychology**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s40359-022-00882-w>. Acesso em: 02 nov. 2022.

KRUG R. R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 21, n. 1, pg 1-16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>. Acesso em 2 Abril 2023.

LADEIRA, J. S. *et al.* Principais alterações anatômicas no processo de envelhecimento. In: DANTAS, E. H. M.; SANTOS, C. A. S. (Orgs). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.

LENTSCK, M. H. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-9, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.34261>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LI, N. *et al.* Risk Factors for Depression in Older Adults in Beijing. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 8, p. 466-473, 2011.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LIMA D. W. C. *et al.* Os significados e as relações dos idosos com as drogas. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol. 13, n. 3, p. 132-139, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p132-139>. Acesso em 01 abril 2023.

LIMA, L. R. *et al.* Quality of life and time since diagnosis of Diabetes Mellitus among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 176-185, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KYwwqXm3wkB9F8TGt4q5Xzg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LORANT, V. *et al.* Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

MACEDO, J. P. *et al.* A Produção Científica Brasileira sobre Apoio Social: Tendências e Invisibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 258-278, 2018.

MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

- MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.
- MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Acesso em: 04.03.2020.
- MARIN, M.J.S; PANES, V. C. B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v.1, n.1, p.26-34, 2015.
- MARTINS J. J. *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.
- MARTINS, R. B. *et al.* Body image satisfaction, nutritional status, anthropometric indicators and quality of life among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 6, p. 691-703, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180115>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.
- MELO, L. A. *et al.* Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>. Acesso em: 01 nov. 2022.
- MENDES, J. L. V. *et al.* O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-26, 2018.
- MENEGUCI, J. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 221-230, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>. Acesso em 07 nov. 2022.
- MENEZES, G. R. S. *et al.* Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2490-2498, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-097>. Acesso em: 07 nov. 2022.
- MESA-FERNÁNDEZ, M. *et al.* Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 115-124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>. Acesso em: 07 nov. 2022.
- MESBAH, S. F. *et al.* Does Food Insecurity Contribute towards Depression? A Cross-Sectional Study among the Urban Elderly in Malaysia. **International Journal of**

Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 9, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093118>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2719-2728, 2010.

MINAYO, M. C. S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 7-15, 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. Populationaging in Brazil: currentand future social challengesandconsequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualityoflifeandassociatedfactors in elderlypeopleat a Reference Center. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MORAES, E. D. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOURÃO, L. F. *et al.* Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiology - Communication Research**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1657>. Acesso em 10 nov. 2019.

NASCIMENTO, R. A. S. A. *et al.* Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 187–192, 2015.

NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>. Acesso em 10 nov. 2022.

NAUGHTON, M. J. *et al.* Global quality of life among WHI women aged 80 years and older. **The Journals of Gerontology**, v. 71, n.1, p. 72-80, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv056>. Acesso em: 10 nov. 2020.

NOGUEIRA, E. L. *et al.* Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

NORMAND, C. *et al.* Health and social careattheendoflife. **Can policies reducecostsand improve outcomes? The economicsofhealthyandactiveageing series**. World Health Organization. Regional Office for Europe. 21 pg. 2021. Acesso em: 15 mar 2023. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349803>. Acesso em: 10 nov. 2020.

NUNES, J. D. *et al.* Fatores associados à Sarcopenia em idosos da comunidade. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 159-165, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20002828022021>. Acesso em: 10 nov. 2020.

OLIVEIRA, D. V. *et al.* Sintomas depressivos em idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense – estudo transversal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, vol. 30, n. 1, p. 85-93, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010017>. Acesso em: 01 abril 2023.

OLIVEIRA, D. V. *et al.* O nível de atividade física como um fator interveniente no estado cognitivo de idosos da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, n. 11, p. 4163–4170, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.29762017>. Acesso em: 01 abril 2023

OLIVEIRA, D. V. D. *et al.* Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S167949742019000300010>. Acesso em: 02 nov. 2020.

OLIVEIRA, D. S. *et al.* Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 187-204, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451864487010>. Acesso em: 02 nov. 2022.

OLIVEIRA, E. C. *et al.* Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>. Acesso em: 02 nov. 2022.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>. Acesso em: 02 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. L. C. *et al.* Características dos idosos vítima de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 15, n. 3, p. 555-566, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300016>. Acesso em: 01 abril 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS: Genebra, 2015. Sumário Executivo. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v. 41, n. 10, p.403-409, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

ONOFRI JÚNIOR, V. A.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. S. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

ORTIZ, B. R.; WANDERLEY, K. S. Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p.307-316, 2013.

ÖZTÜRK, Z. A. *et al.* Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. **AgingClinicaland Experimental Research**, v. 27, n. 4, p. 533–538, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0293-0>. Acesso em: 02 nov. 2022.

ÖZKAYA, I. Nutritional Status of The Free-Living Elderly. **Central European Journal of Public Health**, v.29, n. 1, p. 68-75, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5925>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PAILLARD, T. Preventive effects of regular physical exercise against cognitive decline and the risk of dementia with age advancement. **Sports Medicine - Open**, v. 1, n. 1, p. 20, 2015.

PAIVA, M. H. P. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3347–3356, 2016.

PANZINI, R. G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **ArchivesofClinicalPsychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 105–115, 2007.

PEREIRA, B. P. *et al.* Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, p. 1-15,2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300015>. Acesso em: 07 nov. 2022.

PEREIRA, D. F. Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão de literatura. **Revista Corpocociência**, v. 20, n. 02, p. 1-7, 2016.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; da SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995

PEREIRA, D. F. Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão de literatura. **Revista Corpocociência**, v.20, n. 3, p. 22-28, 2017. Disponível em:

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/4431>.

Acesso em: 10 nov. 2020.

PERSEGUINO, M. G.; OKUNO, M. F. P.; HORTA, A. L. M. Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p.1-7, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Px6rC7vs5JvVHtdyVncZ9tb/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

PINHO, M. X. *et al.* Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 5, p. 570-579, 2010.

PLASSA, B. O. *et al.* Flowchart of elderly care victims of abuse: an interdisciplinary perspective. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 1 nov. 2018.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 1-15, 2009.

RAMOS, G. C. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 122–131, 2015.

RECHEL B; JAGGER C.; MCKEE M. **Living longer, but in better or worse health?** The economicsofhealthyandactieveageing series. World Health Organization. Regional Office for Europe. 29 pgs. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332075>. Acesso em: 15 mar 2023

REIS, L. A. *et al.* Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 20, ed. esp., p. 52-58, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500006>. Acesso em: 01 abril 2023.

RIBEIRO, V. S. *et al.* Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico. **Revista EnfermeriaActual**, v. 34, n. 1, p. 34-53, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983>. Acesso em: 01 nov. 2022.

RICHTER, L.; HEIDINGER, T. Poverty in old age in times of COVID-19-Empirical results from Austria. **Frontiers in Public Health**, v. 10, n. 1, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.972076>. Acesso em: 01 dez. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. 719 p.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in older adults. **EpidemiologicReviews**, v. 35, n. 1, p. 75-83, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>. Acesso em: 01 jan. 2019..

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Acesso em 20 jan. 2020.

SANTOS, A. J. *et al.* Sintomas de depressão, risco nutricional e capacidade funcional em idosos longevos. **Estudos interdisciplinares em psicologia**, v. 12, n. 3, p. 03-21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n3p03>. Acesso em: 07 nov. 2022.

SANTOS, C. A. *et al.* Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 751–760, 2015.

SANTOS, K. L. *et al.* Elderly individuals in primary health care: Quality of life and associated characteristics. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 36, n. 1, p. 1-14, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180107>. Acesso em 20 jan. 2022.

SANTOS, N. R. R. *et al.* Fatores relacionados à qualidade de vida da mulher idosa no município de Guanambi (BA). **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**, v. 24, n. 2, p. 61-79, 2019b.

SANTOS, P. M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Corpo Consciência**, v. 19, n. 2, p. 25-36, 2015.

SANTOS, V. C. *et al.* Condições Socioeconômicas e de Saúde Associadas a Qualidade de Vida de Idosos Quilombolas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/vnrJt5jF45c9m6KCcpdMKHg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2022.

SANTOS, V. T. C. *et al.* Depressive symptoms in Brazilians elderly: population-based study. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 25, n. 2, p. 121-133, 2013.

SARDINHA, A. H. L. *et al.* Quality of life of elderly quilombolas in the Brazilian northeast. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 1-10, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190011>. Acesso em 20 jan. 2022.

SCIUBBA, J. D. **Population Aging as a Global Issue**. Oxford

Research Encyclopedia of International Studies. 17 Pg, 2020. Acesso em: 15 mar 2023.

Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190846626.013.559>

SILVA, L. A. C.; SOUZA, L. E. A.; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.15, n.3, p. 146-149, 2017. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, P. A. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, R. S. *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**,

v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, V. D. *et al.* Association between frailty and the combination of physical activity level and sedentary behavior in older adults. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7062-0>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SIVERTSEN, H. *et al.* Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 40, n. 5-6, p. 311-339, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000437299>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SONI, M. *et al.* Physical activity pre- and post-dementia: English Longitudinal Study of Ageing. **Aging & Mental Health**, v. 23, n. 1, p. 15-21, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STELLA, F. *et al.* Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, v.8, n. 3, p. 1-8, 2002.

SUN, N. *et al.* Synergistic influence of education and marriage on the risk for cognition loss among the older people in China. **Nursing Open**, v. 8, n. 5, p. 2616– 2621, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.801>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SZERWIESKI, L. L. D. *et al.* Capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 3, p. 298-308, 2018.

TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, N. G. N.; FERREIRA, P. C. S. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. **Ciencia y Enfermería**, v. 26, n. 9, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>. Acesso em: 21 jan. 2022.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 913-922, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015>. Acesso em: 01 nov. 2022.

TAVARES, M. S.; PEREIRA L. Uma trama entre gênero e geração: mulheres idosas e a violência doméstica na contemporaneidade. **Revista Feminismos**, v. 6, n. 3, p. 41-52, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/33679>. Acesso em: 01 nov. 2022.

THE UNITED NATIONS. ONU. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: the 2017 revision**. New York; 2017. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>. Acesso em: 15 mai. 2020.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. 1997.

THE WHOQOL GROUP. The WHO quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v.46, n.12, p.569-585, 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4). Acesso em: 16 nov. 2020.

THIEM, U. *et al.* Falls and EQ-5D rated quality of life in community-dwelling seniors with concurrent chronic diseases: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-2>. Acesso em: 16 nov. 2020.

VAN BOEKEL, L. C.; CLOIN, J. C. M.; LUIJKX, K. G. Community-Dwelling and Recently Widowed Older Adults: Effects of Spousal Loss on Psychological Well-Being, Perceived Quality of Life, and Health-Care Costs. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 92, n. 1, p. 65-82, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0091415019871204>. Acesso em: 16 nov. 2022.

VASCONCELOS, C. L. B. *et al.* Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 8, n. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v8i20.133>. Acesso em: 16 jan. 2023.

VECCHIA, R. D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERAS R. P.; OLIVEIRA M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 16 jan. 2023.

VIANA, D. A.; MARTINS, L. C.; GONÇALVES, A. M. Educação em saúde como estratégia para promoção do envelhecimento saudável – Revisão Integrativa da literatura. **Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde**, v. 1, n. 3, p. 50-58, 2016.

VIEIRA, L. S. *et al.* Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000103>. Acesso em: 16 jan. 2023.

VLOEBERGHES, R. *et al.* Apathy, depression and cognitive functioning in patients with MCI and dementia. **Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie**, v. 49, n. 3, p. 95-102, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12439-018-0248-6>. Acesso em: 16 set. 2022.

VÖLZ, P. Incidência de depressão em idosos e fatores associados: Revisão Sistemática. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 3, p. 851-864, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.15309/20psd210326>. Acesso em: 16 set. 2022.

WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C.; REIS, C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 1-21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012818>. Acesso em: 06 fev. 2022.

WARMLING, D. *et al.* Vitimização e perpetração da violência por parceiro íntimo em idosos: estudo transversal, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014. **Epidemiologia e Serviços de**

Saúde, v. 30, n. 4, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400009> Acesso em: 01 abril 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Gontijo S. (Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing**: draft global strategy and plan of action on ageing and health. 69^a World Health Assembly. Geneva: WHO; 2016.
Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252671>. Acesso em: 06 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of Life - WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL GROUP. **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people**: realigning primary health care to respond to population ageing. World Health Organization. 19 pgs, 2018. Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326295>. Acesso em: 06 fev. 2022.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Acesso em: 02 nov. 2020.

YAN, X. Y. *et al.* Marital Status and Risk for Late Life Depression: A Meta-Analysis of the Published Literature. *Journal of International Medical Research*, v. 39, n. 4, p. 1142-1154, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/147323001103900402>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ZIMMERMANN, I. M. *et al.* Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Revista de enfermagem da UFPE*, Recife, v. 9, n. 12, p. 1320-1328, 2015.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico-USF*, v. 23, n. 2, p. 253-265, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230206>. Acesso em: 02 nov. 2020.

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA COLETA (PROJETO MATRIZ)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS, BA.

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

IDENTIFICAÇÃO

Número do questionário: _____

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

1. **Sexo** Masculino (1) Feminino (2)
2. **Raça/cor**
Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Indígena (4) Parda/mulata (5) Outros (10)
Qual? _____
3. **Quantos anos o(a) Sr(a) tem?** (Idade em anos) _____
4. **Data de nascimento:** ____/____/____
5. **Naturalidade:** (cidade, estado) _____
6. **O Senhor (a) estudou? Se sim, quanto tempo de estudo o senhor (a)?**
Não alfabetizado (1) Alfabetizado (2) Estudo doméstico (3)
Primeiro grau incompleto – primário (4) Primeiro grau completo – primário (5)
Primeiro grau incompleto – ginásio (6) Primeiro grau completo – ginásio (7)
Segundo grau incompleto (8) Segundo grau completo (9)
Superior incompleto (11) Superior completo (12) Não sabe (77) Sem informação (99)
7. **Qual o seu estado civil atual?**
Solteiro (1) Casado/união estável (2) Viúvo (3) Desquitado/separado/divorciado (4)
Sem informação (99)
8. **Com quem reside?**
Sozinho (1) Filhos e/ou filhas e/ou cônjuge (2) Outros familiares (3) ILPI (4) Outros (10)
Qual? _____ Sem informação (99)

9. Qual é sua religião?

Católica (1) Protestante/evangélica (2) Espírita (3) Judaica (4) Afro-brasileira (5)
 Não tem religião (6) Outros (10) Qual? _____ Não sabe (77) Sem
 informação (99)

10. É praticante da religião?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88) Não sabe (77)

11. O Sr. Exerce alguma atividade atualmente? Se sim, qual (*Quais*)?

Trabalho doméstico (1) Trabalho eventual/biscate (2) Trabalho voluntário/atividade
 associativa (3) Trabalho remunerado com carteira profissional (4) Trabalho remunerado sem
 carteira profissional (5)

Não exerce atividade atualmente (6) Outros (10) Qual? _____ Sem
 informação (99)

12. O Sr. (a) possui alguma fonte de renda? Se sim, qual (*Quais*)?

Autônomo (1) Desempregado (2) Em benefícios/LOAS (3) Aposentado (4)

Vive de renda ou pensão (5) Não possui fonte de renda (6) Outros (10)

Qual? _____ Sem informação (99)

13. Se aposentado, qual foi o motivo da aposentadoria?

Tempo de serviço (1) Idade (2) Problema de saúde (3) Acidente (4) Aposentadoria
 especial (5) Não está aposentado (6) Outros (10) Qual? _____ Não

sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

RECURSOS DE SAÚDE

14. Havendo a necessidade de serviços de saúde, que tipo de serviço procura em 1º lugar:

Unidade básica do SUS (1) Hospital público (2) Hospital particular (3)

Hospital/convênio (4) Médico particular (5) Farmacêutico (6)

Balconista da farmácia(7) Auto-medicação(8) Outros(10) Qual? _____

Não sabe (77) Sem informação (99)

DADOS DE ESTILO DE VIDA

15. O(a) Sr(a) fuma?

Sim (1) Não (2)

16. Com que frequência o(a) Sr(a) fuma?

Final de semana (1) Esporadicamente (2) Diariamente (3)

Outros (10) Qual? _____ Não se aplica (88) Sem informação (99)

17. Se não fuma, é ex-fumante?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88) Sem informação (99)

18. Se ex-fumante, por quanto tempo o(a) Sr(a) fumou?

Menos de 5 anos (1) 5-10 anos (2) 10-20 anos (3) 20-30 anos (4)
Mais de 30 anos (5) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

19. O(a) Sr(a) consome bebida alcoólica?

Sim (1) Não (2)

20. Com que frequência

Final de semana (1) Esporadicamente (2) Diariamente (3)
Outros (10) Qual? _____ Não se aplica (88) Sem informação (99)

21. Se não bebe, já bebeu anteriormente?

Sim (1) Não (2) Sem informação (99) Não se aplica (88)

SAÚDE FÍSICA

22. Em geral, como o(a) Sr(a) acredita que está a sua saúde?

Ótima (1) Boa (2) Ruim (3) Péssima (4)
Não sabe (77) Sem informação (99)

23. Em comparação com os últimos cinco anos, como é a sua saúde hoje?

Melhor (1) Mesma coisa (2) Pior (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

24. O(a) Sr(a) realizou alguma consulta médica no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

25. O(a) Sr(a) ficou internado no último ano?

Sim, uma vez (1) Sim, duas vezes (2) Sim, três vezes (3)
Sim, mais de três vezes (4) Não (5)
Não sabe (77) Sem informação (99)

26. Se ficou internado, qual o motivo de internamento?

Doença (1) Acidente (2) Outros (10) Qual? _____
Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

27. a) PARA MULHERES: Realizou consulta com ginecologista no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

b) PARA HOMENS: Realizou consulta com urologista no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

28. O(a) Sr(a) usa medicação diariamente?

Sim (1) Não (2) Sem informação (99)

29. Quantos remédios o(a) Sr(a) toma por dia?

Um (1) Dois (2) 3-5 (3) Mais de 5 (4)
 Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

30. Quais?

FONTE DA INFORMAÇÃO _____

31. Qual o tipo de medicamento (observar).
 Anti-hipertensivo (1) Hipoglicemiante (2) Hipolipemiante (3)
 Anti-depressivo (4) Anti-coagulante (5) Anti-inflamatório (6)
 Outros (10) Qual? _____
32. Os medicamentos foram prescritos pelo médico?
 Sim, todos (1) Alguns (2) Não (3) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem
 informação (99)
33. Os medicamentos foram comprados ou obtidos no SUS?
 Todos no SUS (1) Alguns no SUS outros comprados (2) Todos comprados (3) Não
 sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)
34. Faz uso de plantas medicinais na forma de chá , xarope, pomada, compressa?
 Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)
 Se sim, quais? _____
35. Faz uso de medicamentos fitoterápicos?
 Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

PROBLEMAS DE SAÚDE

36. O(a) Sr(a) tem Hipertensão Arterial?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
 informação (99)

37. O(a) Sr(a) teve AVC com sequelas?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
 informação (99)

38. O(a) Sr(a) teve AVC sem sequelas?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
 informação (99)

39. O(a) Sr(a) tem Angina (dor no peito)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
 informação (99)

40. O(a) Sr(a) teve Infarto do miocárdio?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

41. O(a) Sr(a) tem Arritmia Cardíaca?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

42. O(a) Sr(a) tem Insuficiência cardíaca?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

43. O(a) Sr(a) tem Diabetes Mellitus?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

44. O(a) Sr(a) tem Dislipidemia (colesterol ou triglicérides elevado)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

45. O(a) Sr(a) tem Osteoporose?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

46. O(a) Sr(a) tem Problema na coluna?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

47. O(a) Sr(a) tem algum problema nos joelhos?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

48. O(a) Sr(a) tem algum outro problema nas articulações?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

Se SIM, QUAL: _____

49. O(a) Sr(a) tem ou teve Tuberculose?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

50. O(a) Sr(a) tem Gastrite ou úlcera?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

51. O(a) Sr(a) tem Obstipação (intestino lento)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

52. O(a) Sr(a) tem Incontinência fecal?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

53. O(a) Sr(a) tem Incontinência Urinária?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

54. O(a) Sr(a) tem ou teve Câncer?

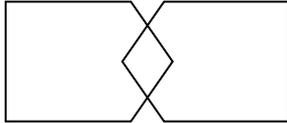
Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99)

55. O(a) Sr(a) tem ou teve outras doenças? _____

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem
informação (99) Se sim, quais? _____

			439								
			316								
			344								
			44								

ANEXO 1: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Bruckiet al (2003)		
ORIENTAÇÃO	Pontos	Pontuação
* Qual é o (ANO) (ESTAÇÃO) (MÊS) (DIA) e (DIA DA SEMANA)	0-5	
* Onde estamos (PAÍS) (ESTADO) (CIDADE) (LOCAL)	0-5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE – RUA – CANETA Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Após algum tempo, pergunte pelas 3 palavras após tê-las nomeado. Pedir para repetir 2x.	0-3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair 7 de 100: 100 – 93 – 86 – 79 – 65	0-5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-caneta)	0-3	
LINGUAGEM		
* Nomear um RELÓGIO e uma CANETA	0-2	
* Repetir: “ <i>Nem aqui, nem ali, nem lá</i> ”	0-1	
* Seguir o comando de três estágios: “ <i>Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão</i> ”	0-3	
* Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHER OS OLHOS	0-1	
* Escrever uma frase completa (Um pensamento, idéia completa)	0-1	
* Copiar o desenho: 	0-1	
TOTAL	0-30	

ANEXO 2: ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO – EGD

	Escore	
	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida? Are you basically satisfied with your life? ^{10,4,1}	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Have you dropped many of your activities and interests? ^{10,4}	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia? Do you feel that your life is empty?	0	1
4. Você se aborrece com frequência? Do you often get bored? ¹⁰	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? Are you in good spirits most of the time? ¹⁰	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? Are you afraid that something bad is going to happen to you?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? Do you feel happy most of the time? ^{10,4}	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída? Do you feel helpless? ¹⁰	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? ^{10,4}	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? Do you feel you have more problems with your memory than most?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo? Do you think it is wonderful to be alive?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Do you feel pretty worthless the way you are now? ¹⁰	0	1
13. Você se sente cheio de energia? Do you feel full of energy? ¹⁰	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças? Do you feel that your situation is hopeless?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? Do you think that most people are better off than you are? ¹⁰	0	1

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito
--	--	------------	------	----------	-----	-------

				nem bom		bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE SÃO FRANCISCO
DE BARREIRAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS, BA.

Pesquisador: Maria Luiza Amorim Sena Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49867715.7.0000.5026

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.447.361

Apresentação do Projeto:

Contextualização da pesquisa apresentada de forma satisfatória.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão apresentados de forma satisfatória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item é contemplado de forma adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia apresentada de forma satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos Obrigatórios estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BR 135 Km 01, nº 2341

Bairro: Boa Sorte

CEP: 47.805-270

UF: BA

Município: BARREIRAS

Telefone: (77)3613-8854

Fax: (77)3613-8824

E-mail: cepfasb@fasb.edu.br

FACULDADE SÃO FRANCISCO
DE BARREIRAS



Continuação do Parecer: 1.447.361

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_492675.pdf	02/02/2016 17:13:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Saude_Envelhecimento_UF_OB_02_02_16_CEP.pdf	02/02/2016 17:10:26	Maria Luiza Amorim Sena Pereira	Aceito
Outros	Adequacoes2_CEP_PROJETO_Saude_Idoso_Parecer_1336287.pdf	02/02/2016 17:06:46	Maria Luiza Amorim Sena Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/02/2016 16:59:44	Maria Luiza Amorim Sena Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	02/04/2015 11:39:23		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BARREIRAS, 11 de Março de 2016

Assinado por:
Atenuza Pires Cassol
(Coordenador)

Endereço: BR 135 Km 01, nº 2341

Bairro: Boa Sorte

CEP: 47.805-270

UF: BA

Município: BARREIRAS

Telefone: (77)3613-8854

Fax: (77)3613-8824

E-mail: cepfasb@fasb.edu.br

ANEXO 5 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2023-0269

Secretaria Saúdesoc <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Seg, 24/04/2023 19:16

Para: brunoklecius@hotmail.com <brunoklecius@hotmail.com>

Cc: brunoklecius@hotmail.com <brunoklecius@hotmail.com>;marlus.pereira@ufob.edu.br <marlus.pereira@ufob.edu.br>;maria.pereira@ufob.edu.br <maria.pereira@ufob.edu.br>;mhmiotto@terra.com.br <mhmiotto@terra.com.br>

24-Apr-2023

Prezado(a) Prof. Andrade Teles:

Seu artigo intitulado "QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE COMUNIDADE ASSISTIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA." foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2023-0269.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

Ressaltamos que o prazo médio de avaliação é de 11 meses e que o status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,
Saúde e Sociedade Editorial Office

 Saúde e Sociedade

 Home

 Author

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Saúde e Sociedade

Manuscript ID

SAUSOC-2023-0269

Title

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE COMUNIDADE ASSISTIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA.

Authors

Andrade Teles, Bruno

Pereira, Marlus

Pereira, Maria

Miotto, Maria Helena

Date Submitted

24-Apr-2023

[Author Dashboard](#)



ANEXO 6 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 3

[PSSA] Agradecimento pela Submissão

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia via Psicologia e Saúde
<pen-bounces@emnuvens.com.br>

Ter, 25/04/2023 10:14

Para: Bruno Klecius Andrade Teles <brunoklecius@hotmail.com>

Bruno Klecius Andrade Teles,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Sintomas depressivos e fatores associados em idosos de comunidade assistidos pela Atenção Básica" para Revista Psicologia e Saúde. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/authorDashboard/submission/2336>

Login: bruno_klecius

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Psicologia e Saúde

<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa>

[unsubscribe](#)

Revista Psicologia e Saúde

**Submissões**

Fila 1

Arquivos

Ajuda

Minhas Submis:

Filtros

Nova Submissão

2336 **Andrade Teles et al.**

Sintomas depressivos e fatores associados em id...

1 Submissão

Visualizar

1
Discussões abertas

Última atividade registrada em terça-feira, 25 de abril de 2023.



← Back to Submissões

2336 / **Andrade Teles et al.** / Sintomas depressivos e fatores associados em

[Biblioteca da Submissão](#)

Fluxo de Trabalho

Publicação

Submissão

Avaliação

Edição de Texto

Editoração

Arquivos da Submissão

[Q Buscar](#)

▶	12005	Artigo Revista Psicologia e Saúde.docx	abril 25, 2023	Texto do artigo
▶	12007	APROVAÇÃO DO CEP.pdf	abril 25, 2023	Outros
▶	12008	Folha de rosto.docx	abril 25, 2023	Outros
▶	12010	Carta ao Editor.docx	abril 25, 2023	Outros

[Baixar Todos os Arquivos](#)

Discussão da pré-avaliação

[Adicionar comentários](#)

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
▶ Comentários para o editor	bruno_klecus	-	0	<input type="checkbox"/>
	2023-04-25 12:06			