

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Maria Clara de Castro Furtado Zaidem**

**Avaliação de fatores comportamentais associados à qualidade de vida em  
idosos ativos na comunidade de Juiz de Fora-MG: estudo longitudinal**

Juiz de Fora

2024

**Maria Clara de Castro Furtado Zaidem**

**Avaliação de fatores comportamentais associados à qualidade de vida em idosos ativos na comunidade de Juiz de Fora-MG: estudo longitudinal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti

Coorientador: Prof.Dr Giancarlo Lucchetti

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Castro Furtado Zaidem, Maria Clara.

Avaliação de fatores comportamentais associados à qualidade de vida em idosos ativos na comunidade de Juiz de Fora-MG : estudo longitudinal / Maria Clara de Castro Furtado Zaidem. -- 2024. 89 f.

Orientadora: Alessandra Lamas Granero Lucchetti

Coorientador: Giancarlo Lucchetti

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2024.

1. Resiliência. 2. Religião. 3. Qualidade de vida. 4. Solidão. 5. Longitudinal. I. Lucchetti, Alessandra Lamas Granero , orient. II. Lucchetti, Giancarlo, coorient. III. Título.

**Maria Clara de Castro Furtado Zaidem**

**Avaliação de fatores comportamentais associados à qualidade de vida em idosos ativos na comunidade de Juiz de Fora-MG: estudo longitudinal**

Dissertação apresentada  
Programa de Pós-  
Graduação em Saúde  
da Universidade  
Federal de Juiz de  
Fora como requisito  
parcial à obtenção do  
título de Mestre em  
Saúde. Área de  
concentração: Saúde  
Brasileira.

Aprovada em 22 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti** - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti** - Coorientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Natalia de Castro Pecci Maddalena**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves**  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Juiz de Fora, 05/03/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves, Usuário Externo**, em 22/03/2024, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natália de Castro Pecci Maddalena, Professor(a)**, em 23/03/2024, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Lamas Granero Lucchetti, Professor(a)**, em 25/03/2024, às 09:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Giancarlo Lucchetti, Professor(a)**, em 11/04/2024, às 14:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1732642** e o código CRC **FB9DF37D**.

Dedico este trabalho para minha filha Camila que, desde que nasceu, é minha fonte inesgotável de amor, dedicação e resiliência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver este momento de realização. À minha filha Camila, que sempre me deu força e vibra a cada conquista.

Ao meu marido Camillo, grande incentivador e porto seguro; à minha mãe, por todo amor, cuidado, carinho e cumplicidade ao longo dos anos; ao meu irmão Lucas pelo companheirismo e parceria; aos meus mestres Alessandra, Giancarlo e Oscarina pelo desprendimento e paciência para ensinar; aos meus amigos do NUGGER por tornarem a trajetória mais leve e feliz! Aos meus pacientes que acreditam no meu trabalho e sempre me apoiaram nos momentos mais desafiadores; a todos os familiares e amigos que caminham ao meu lado. Muito obrigada.

“É justo que muito custe aquilo que muito vale” (Santa Tereza d’Ávila, s/d, s/p.)

## RESUMO

Apesar do número de estudos que tenham avaliado fatores associados à qualidade de vida (QOL) em idosos, a grande maioria centra-se em fatores tradicionalmente associados à QOL. A inclusão de quadros mais abrangentes (por exemplo, aspectos comportamentais) poderia ajudar na identificação de outros fatores que raramente são incluídos nos modelos tradicionais, mas também podem ter uma influência importante na qualidade de vida dos idosos. Objetivou-se investigar, através de um modelo ampliado, os fatores associados à qualidade de vida em idosos da comunidade seguidos por dois anos. Estudo longitudinal envolvendo 290 idosos ativos da comunidade. Optou-se por incluir uma avaliação mais abrangente dos fatores associados à QOL, que incluíam aspectos demográfico-econômicos (e.g. sexo, renda), biológicos (e.g. funcionalidade, cognição, doenças), psicológicos (e.g. depressão, ansiedade, estresse), sociais (suporte social) e comportamentais (e.g. religiosidade, espiritualidade, resiliência, altruísmo, solidão). A QOL foi avaliada através do instrumento WHOQOL-Bref. O presente estudo propôs um modelo mais abrangente de fatores associados à qualidade de vida, mostrando que alguns fatores comportamentais como religiosidade, resiliência e solidão estiveram tão associados a diferentes dimensões de qualidade de vida no follow-up de dois anos, quanto fatores já tradicionais como suporte social, renda e tabagismo. Esses achados mostram que profissionais de saúde devem ter especial atenção para fatores muitas vezes pouco abordados na prática clínica, uma vez que eles podem influenciar de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** Resiliência. Religião. Qualidade de vida. Solidão. Longitudinal. Saúde mental.

## ABSTRACT

Despite the number of studies that have evaluated factors associated with quality of life (QOL) in older , the vast majority focus on factors traditionally associated with QOL. The inclusion of more comprehensive frameworks (e.g., behavioral aspects) could help identify other factors that are rarely included in traditional models, but may also have an important influence on the quality of life of older people. The objective was to investigate, through an expanded model, the factors associated with quality of life in community-dwelling elderly people followed for two years. Longitudinal study involving 290 active elderly people in the community. It was decided to include a more comprehensive assessment of factors associated with QOL, which included demographic-economic (e.g. sex, income), biological (e.g. functionality, cognition, diseases), psychological (e.g. depression, anxiety, stress), social (e.g. depression, anxiety, stress) aspects (e.g. social support) and behavioral (e.g. religiosity, spirituality, resilience, altruism, loneliness). QOL was assessed using the WHOQOL-Bref instrument. The present study proposed a more comprehensive model of factors associated with quality of life, showing that some behavioral factors such as religiosity, resilience and loneliness were as associated with different dimensions of quality of life in the two-year follow-up, as traditional factors such as social support, income and smoking. These findings show that health professionals must pay special attention to factors that are often little addressed in clinical practice, as they can significantly influence the quality of life of the elderly.

**Keywords:** Resilience. Religion. Quality of life. Loneliness. Longitudinal. Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Transição demográfica no Brasil: 1872-2050.....	19
Figura 1	- População residente no Brasil (%) 2022 de acordo com sexo e faixa etária.....	22
Figura 2	- Envelhecimento da população.....	24
Quadro 1	- Alterações fisiológicas diretamente relacionadas à QV do idoso...	29
Quadro 2	- Fatores anatômicos associados à QV do idoso.....	30

## LISTA DE TABELAS

Table 1	- Baseline characteristics.....	58
Table 2	- Comparison between scores at baseline and after two years of follow up.....	59
Table 3	- Correlation between variables.....	59
Table 4	- Correlation of variables with the different dimensions of the WHOQOL after two years of follow up.....	60
Table 5	- Factors associated with quality of life measures after two years of follow up.....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AST	Transição Etária Estrutural
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
DASS-21	Escala de depressão, ansiedade e estresse
DP	Desvio Padrão
EC	Comissão Européia
FaMidade	Faculdade Aberta “A Melhor Idade”
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPAQ	Questionário Internacional de Atividades Físicas
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
QOL	Qualidade de Vida
RI	Religiosidade Intrínseca
RO	Religiosidade Organizacional
RNO	Religiosidade Não Organizacional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPSS	Software aplicativo (programa de computador)
SRSS	Self-Spirituality Rating Scale
SSQ6	Questionário de suporte social abreviado
SWLS	Escala de satisfação com a vida
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Teste do desenho do relógio

UFJF                    Universidade Federal de Juiz de Fora  
WHO                    Organização Mundial de Saúde  
WHOQOL bref        Questionário de Qualidade de Vida Abreviado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	17
2.2	ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA .....	25
2.3	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA.....	27
<b>2.3.1</b>	<b>Fatores físicos da qualidade de vida .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Fatores psicológicos da qualidade de vida.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Fatores sociais e relacionais da qualidade de vida.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Fatores ambientais da qualidade de vida .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3.5</b>	<b>Fatores comportamentais da qualidade de vida.....</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
3.501	OBJETIVO GERAL.....	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>44</b>
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
4.2	DESENHO E LOCAL DE ESTUDO .....	44
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	45
4.5	PROCEDIMENTOS .....	45
<b>4.5.1</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>46</b>
4.5.1.1	<i>Dados sociodemográficos, hábitos/vícios e doenças crônicas .....</i>	<i>47</i>
4.5.1.2	<i>Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).....</i>	<i>47</i>
4.5.1.3	<i>Teste de Lista de Palavras do CERAD.....</i>	<i>47</i>
4.5.1.4	<i>Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).....</i>	<i>48</i>
4.5.1.5	<i>Índice de Katz.....</i>	<i>48</i>
4.5.1.6	<i>Escala de Lawton-Brody.....</i>	<i>49</i>
4.5.1.7	<i>Questionário de Suporte Social versão abreviada (SSQ-6).....</i>	<i>49</i>
4.5.1.8	<i>Espiritualidade (Self-Spirituality Rating Scale, SRSS).....</i>	<i>49</i>
4.5.1.9	<i>Escala de Religiosidade de Duke .....</i>	<i>50</i>
4.5.1.10	<i>Voluntariado .....</i>	<i>50</i>
4.5.1.11	<i>Escala de Resiliência Psicológica de Wagnild e Young .....</i>	<i>50</i>
4.5.1.12	<i>Escala de Altruísmo Autoinformado .....</i>	<i>51</i>

4.5.1.13	<i>Escala de Solidão da UCLA</i> .....	51
4.5.1.14	<i>Questionário Internacional da Atividade Física – IPAQ versão curta</i> .....	51
4.5.1.15	<i>WHOQOL bref</i> .....	51
4.6	<b>ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	53
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>54</b>
5.1	<b>ARTIGO</b> .....	54
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumentos para coleta de dados</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial considerado pela Organização Mundial de Saúde como um dos grandes triunfos da humanidade e também um dos seus maiores desafios, pois este aumento dos anos vividos precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (QOL) dos idosos (WHO, 2005).

O processo de transição demográfica, verificado por quedas na taxa de fecundidade, natalidade e mortalidade, aponta um número crescente de adultos caminhando para a faixa cronológica dos idosos e assim acarreta modificações nas causas de adoecimento e morte. Acometimentos próprios do envelhecimento ganham maior espaço e contribuem para um aumento significativo na demanda por serviços de saúde. No decorrer do curso orgânico do envelhecimento, os indivíduos passam por alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa realidade desafia as sociedades a se adaptarem, a fim de manter ou melhorar a saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas, bem como a sua participação ativa na sociedade e garantir um ambiente seguro de moradia. (WHO, 2015).

Com este novo perfil “envelhecido da população”, nota-se que o aumento da longevidade não basta por si só. É preciso agregar qualidade aos anos adicionais de vida. E assim, um dos resultados dessa dinâmica observada é a demanda crescente por serviços de saúde (aumento das doenças crônico-degenerativas), associados a medidas que garantam uma maior qualidade de vida a esses idosos (Veras; Oliveira, 2018).

De acordo com a OMS, QOL reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (WHO, 1998). Observa-se que o conceito de QOL volta o olhar para as situações de vida desejadas pelos sujeitos, associados à sua vida na família e no ambiente de trabalho, como também as condições de saúde e bem-estar. Dessa forma, entende-se que a QOL é algo inerente ao sujeito e que se baseia na percepção que uma pessoa tem sobre si mesmo (Pimentel, 2015).

A QOL oferece várias definições conceituais ao longo da história. Seus atributos são subjetivos, individuais e baseiam-se na condição de vida, bem-estar físico, material e emocional, desenvolvimento econômico, estabilidade política, meio ambiente e percepção de satisfação geral e representações sociais a que ele obedece (Pimentel, 2015). Para Rosenberg (1995), o termo engloba vários construtos incluindo os domínios físico, funcional, emocional, social e cognitivo. Já Boggatz (2015) diz que Qualidade de Vida é a satisfação das dimensões das necessidades humanas. A título de conceituação, para este estudo, adotou-se o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998).

Atualmente, diversos fatores são reconhecidamente associados a melhor qualidade de vida, como características demográficas, capacidade funcional, atividade física, ausência de doença, boa saúde mental, performance cognitiva alta e apropriado suporte social (Baernholdt *et al.*, 2012; Campos *et al.*, 2014; de Belvis *et al.*, 2008; Martinez-Martin *et al.*, 2012). A qualidade de vida já é reconhecida como um conceito mais abrangente, baseado na interação entre condições de vida e saúde dos idosos e sua percepção em relação a essas condições (Browne *et al.*, 1994), resultando em domínios que podem influenciar essa percepção como saúde, relacionamentos, apoio social, condições de vida, situação econômica e sentimentos positivos e negativos (Martinez-Martin *et al.*, 2012).

Apesar dos notáveis avanços na área, ainda existe uma discussão grande se todos os fatores associados a qualidade de vida estão sendo incluídos nos estudos. Alguns autores propõem modelos mais ampliados de determinantes de qualidade de vida, incluindo questões relacionadas a aspectos comportamentais, como resiliência, solidão, crenças espirituais e altruísmo, por exemplo, (Gerino *et al.*, 2017; Kahana *et al.*, 2013; Lucchetti *et al.*, 2011; Panzini *et al.*, 2017). Entretanto, quando os estudos investigam tais fatores, os fazem de forma isolada, avaliando como um único fator influencia a qualidade de vida dos indivíduos ajustado para outras variáveis e, sendo assim, não compreendendo qual seria o peso desses fatores dentro de um modelo mais complexo, em que interajam com os demais fatores.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento da população é uma realidade mundial e um grande triunfo para a sociedade. Tem-se hoje mais de um bilhão de pessoas com 60 anos ou mais, representando 13% da população global. As estimativas apontam que em 2040 essa população terá crescido até 1,7 bilhão ou 19% e até 2060 terá aumentado para 2,3 bilhões ou 23% da população mundial total (Lima; Abreu, 2020).

A Organização das Nações Unidas (ONU) adota como referência para a conceituação da pessoa idosa a idade cronológica. Nos países subdesenvolvidos, onde se tem uma expectativa de vida mais baixa, idoso é todo indivíduo com mais de 60 anos. Já em países desenvolvidos como EUA, Canadá e França, a idade limítrofe é 65 anos (ONU, 2022).

Conforme a Revisão das Perspectivas da População Mundial de 2022 da Organização das Nações Unidas (ONU), a proporção de pessoas idosas está aumentando em todas as regiões globais. No entanto, é importante notar que esse aumento ocorre em ritmos distintos entre as nações. Nos países desenvolvidos, a população está envelhecendo mais rapidamente em comparação com os países em desenvolvimento. As projeções para o ano de 2060 indicam que Europa, Japão e América do Norte continuarão a figurar entre as regiões mais envelhecidas do mundo. Ao mesmo tempo, China e América Latina também apresentarão um notável processo de envelhecimento populacional (ONU, 2022).

Em 2018, as pessoas com mais de 65 anos na Europa representavam 19,7% da população total (101 milhões de idosos). Estudos prospectivos estimam que este número aumente para 149 milhões até 2050 (INE, 2018). A população idosa europeia caracteriza-se por uma maior percentagem de mulheres em relação aos homens (por cada homem de 65 anos identificam-se 1,32 mulheres) e mulheres vivendo sozinhas (40,4%) em comparação com homens (22,4%) (EC, 2020).

Entre os países europeus com maior número de idosos, a Alemanha ocupa o primeiro lugar com 17,9 milhões, seguido pela Itália (13,8 milhões) e França (13,5 milhões) e a Espanha ocupa o quarto lugar com 9,1 milhões de idosos (Fernandez-Portero *et al.*, 2023). Os estudos prospectivos do Instituto Nacional de Estatística (INE)

prevêem que o número de idosos na Espanha aumentará para 14 milhões (de um total de 48.531.614 milhões de habitantes) até 2068, representando 29,4% contra 19,3% em 2019. O número de mulheres na Espanha é 32% maior (5.145.437) que os homens (3.911.756) (INE, 2018).

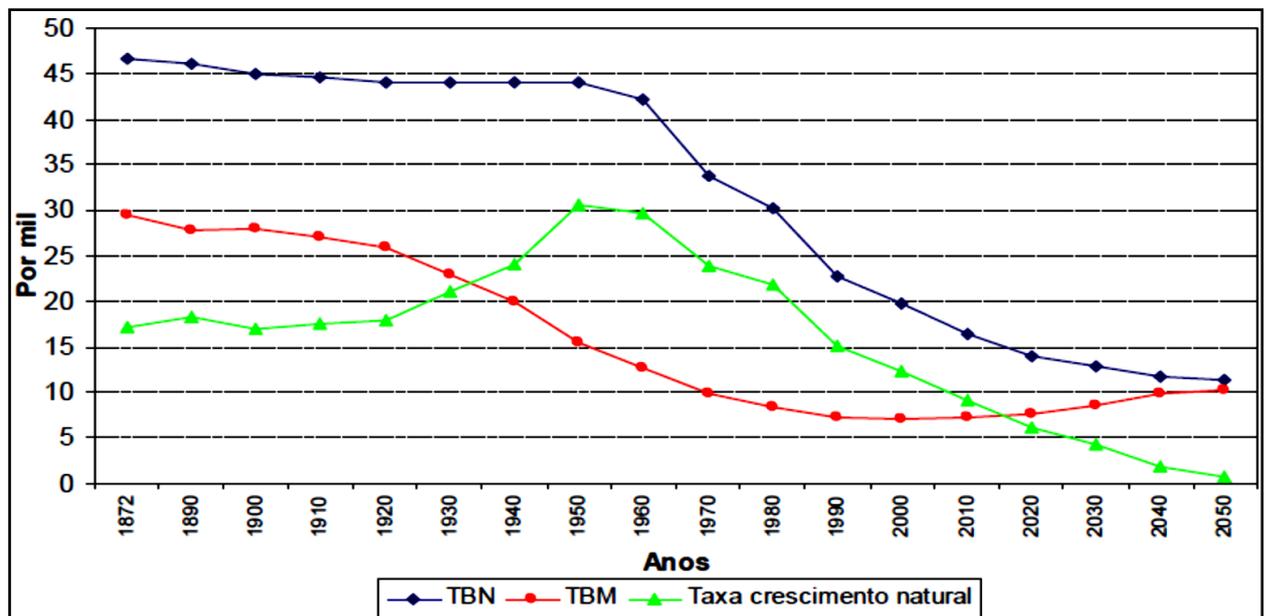
Os grandes longevos, também conhecidos como "super seniors," referem-se aos idosos com idade superior a 85 anos e estão se tornando cada vez mais destacados em pesquisas globais, especialmente aquelas dedicadas ao estudo do envelhecimento saudável. Em 2017, a estimativa indicava a existência de 65 milhões de pessoas com idade acima de 85 anos em todo o mundo, e projeta-se que esse número alcance 277 milhões até o ano de 2060. No Brasil, a proporção de idosos nessa faixa etária representava 1% da população em 2017 com projeções indicando um aumento para 4,6% dos brasileiros até o ano de 2060 (Papa, Dong; Hassan, 2017; Parisi *et al.*, 2017).

Mesmo que o processo de envelhecimento da população mundial seja uma conquista da sociedade, não deixa de ser um grave problema social, demográfico e médico (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Envelhecer e adoecer não são sinônimos e não devem estar diretamente relacionados. Pelo contrário, normalmente, o envelhecimento exige um bom estado de saúde. A OMS definiu o envelhecimento saudável como um processo de manutenção da capacidade funcional para permitir o bem-estar na velhice (OMS, 2022). Este processo retrata avanços importantes na área de saúde e tecnologia que devem ser considerados não só de forma preventiva para garantir uma melhor QOL nessa fase, mas também para amenizar e/ou solucionar os desafios atuais (Rudnicka *et al.*, 2020). Sendo, portanto, crucial investir em medidas preventivas ao longo de toda a vida, dadas sua capacidade de "solucionar os desafios do presente e, cada vez mais, os do futuro" (Kalache, 2008, p. 1109).

O tópico do envelhecimento populacional tem ganhado destaque global, uma vez que os países enfrentam a necessidade de encontrar soluções para "integrar social e economicamente seus cidadãos idosos e mantê-los independentes" (Kalache, 2008, p. 1108). A crescente presença de pessoas idosas na sociedade destaca o desafio de incorporar o envelhecimento populacional na elaboração de políticas públicas, além de implementar medidas preventivas e de cuidado adaptadas às suas necessidades. Isso, por sua vez, requer o estabelecimento de uma rede capaz de fornecer serviços e ações no domínio da proteção social (Batista *et al.*, 2008).

De acordo com Alves (2008), o Brasil e a América Latina no início do século se encontravam em uma fase intermediária da transição demográfica, com efeitos positivos tanto em relação aos países desenvolvidos, quanto em relação àqueles em desenvolvimento. A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) era bastante alta e estava em torno de 30 óbitos para cada mil habitantes e pouco se alterou no final do século XIX e início do século seguinte. Após 2010, a rápida tendência de TBM não aconteceu em função de qualquer piora das condições de saúde, mas em decorrência do processo de envelhecimento da população. A população brasileira passou de cerca de dez milhões em 1872 para 170 milhões no ano 2000, apresentando suas maiores taxas de crescimento em meados do século XX e, segundo as projeções da ONU, deve se estabilizar na casa de 250 milhões de habitantes por volta do ano 2050. O Gráfico 1 mostra o processo de transição demográfica no Brasil desde o primeiro censo ocorrido em 1872 até as projeções que chegam ao ano de 2050.

Gráfico 1 – Transição demográfica no Brasil: 1872-2050



Legenda: TBN (Taxa Bruta de Natalidade); TBM (Taxa Bruta de Mortalidade).

Fonte: Alves (2008).

A pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar um processo constante de envelhecimento. Isto advém do processo de queda das taxas de fecundidade que reduz o percentual da parcela de crianças e jovens da população, o denominado processo *Age Structural Transition* (AST, Transição Etária Estrutural), que provoca mudanças no tamanho das diversas coortes etárias e modifica o peso

proporcional dos diversos grupos de idade da população (Figura 1). A pirâmide de 1950 possuía uma base extremamente larga e topo bem estreito. Passados trinta anos (1980), embora a base da pirâmide tenha sido reduzida, em termos percentuais, ainda apresentava uma forma clássica em que cada grupo etário mais velho era menor que o anterior. A continuidade da queda das taxas de fecundidade fez com que a pirâmide etária do ano 2000 apresentasse os três grupos etários mais jovens com percentagens menores que o grupo de 15 a 19 anos e gera a forma da pirâmide prevista para 2050, época em que a estrutura etária da população brasileira deverá ter a forma de um retângulo e a percentagem de idosos deverá ultrapassar a porcentagem de crianças, em especial para o caso das mulheres (Alves, 2008).

Foi a partir de 1970 que o Brasil inicia sua transformação do perfil demográfico, de uma população predominante jovem para um contingente cada vez mais significativo de pessoas com sessenta anos ou mais (Vasconcelos; Gomes, 2012). A transição demográfica iniciou com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando as significativas alterações na estrutura etária da população (Alves, 2008). Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais (Brito *et al.*, 2007).

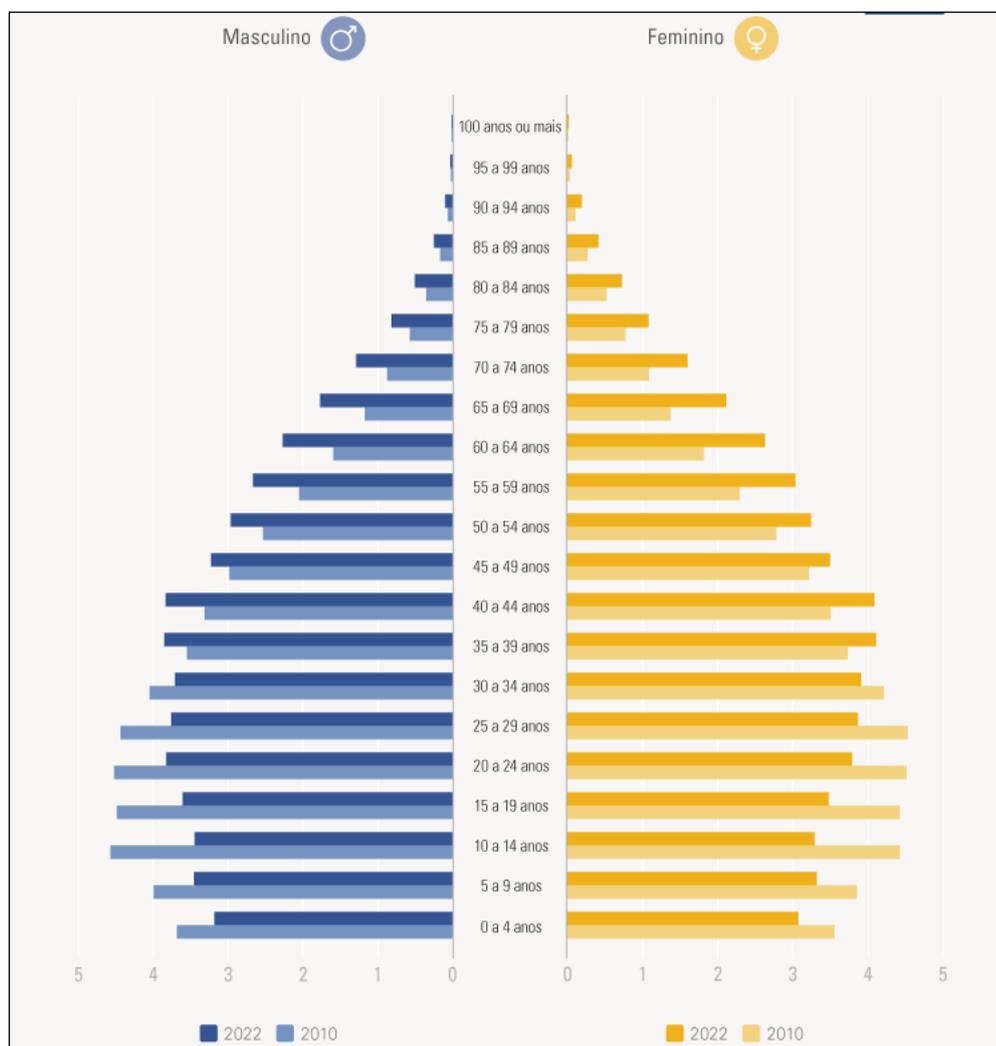
Brito (2008) também chama a atenção para o aumento da proporção de pessoas com 65 anos, passando de 2,4% em 1940, menos de um milhão de pessoas, para 7% em 2010, pouco mais de 13 milhões e com previsão de que em 2050 chegue a 19%, cerca de 49 milhões de idosos. Neste período, estima-se que os idosos devem superar os jovens, tanto em termos relativos quanto absolutos.

Por meio de estudo de caso Miranda, Mendes e Silva (2010) analisaram os desafios relacionados ao envelhecimento populacional, em um contexto de transição demográfica e de transformação do perfil demográfico nas próximas décadas. Para o estudo, utilizaram dados secundários dos principais sistemas de informações do Brasil. Os dados referentes à população, esperança de vida ao nascer, razão de dependência e índice de envelhecimento foram calculados com base nas estimativas e nos censos realizados pelo IBGE. Observaram que em 2010, existiam 39 idosos para cada grupo de cem jovens e estimam que em 2040, serão 153 idosos para cada cem jovens.

De acordo com dados do censo de 2010, realizado pelo IBGE (2011), a população brasileira era de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, eram mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, homens. Segundo a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso, que considera idosos indivíduos com sessenta anos ou mais, o contingente naquele ano era de 20.590.597 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses, 55,5% (11.434.487) eram mulheres e 44,5% (9.156.112), homens. Ainda, havia mais pessoas com idade acima de 65 anos que abaixo de quatro anos. Além disso, a população com 65 anos ou mais passou de 5,9%, em 2000, para 7,4% em 2010. O aumento da participação da população idosa na pirâmide etária foi um dos destaques responsáveis pelo crescimento absoluto da população do Brasil nos últimos 10 anos, que se deu principalmente, em virtude do crescimento da população adulta. O Sul e Sudeste foram as regiões do país com maior proporção de idosos, com 8,1% da população formada por esse grupo etário em 2010; na região Nordeste, a proporção passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010; na região Norte, passou de 3,6% para 4,6%, e; na região Centro-Oeste, passou de 4,3% em 2000 para 5,8% em 2010.

Em 2023, o IBGE divulgou os resultados do levantamento do Censo 2022, revelando que a população idosa, composta por indivíduos com sessenta anos ou mais, atingiu a marca de 32.113.490 (15,6%). Este número representa um aumento significativo de 56% em relação a 2010, quando a população idosa era de 20.590.597 (10,8%). O índice de envelhecimento, que indica a proporção entre pessoas com 65 anos ou mais e crianças de zero a 14 anos, alcançou 55,2 em 2022, indicando a presença de 55,2 idosos para cada cem crianças, um aumento em comparação com o índice de 30,7 registrado em 2010. Na composição demográfica, as mulheres representavam 51,5%, enquanto os homens correspondiam a 48,5%, resultando em aproximadamente 6 milhões a mais de mulheres em relação aos homens. A Figura 1 ilustra a notável redução na base da pirâmide etária, reflexo da diminuição da fecundidade e dos nascimentos no Brasil. Essa transformação no formato da pirâmide tornou-se evidente a partir da década de 1990, culminando na perda clara de sua estrutura piramidal a partir do ano 2000. Ao longo dos anos, observa-se uma diminuição na população jovem, acompanhada por um aumento na população adulta, inclusive no segmento mais idoso, até o ano de 2022.

**Figura 1 – População residente no Brasil (%) 2022 de acordo com sexo e faixa etária**



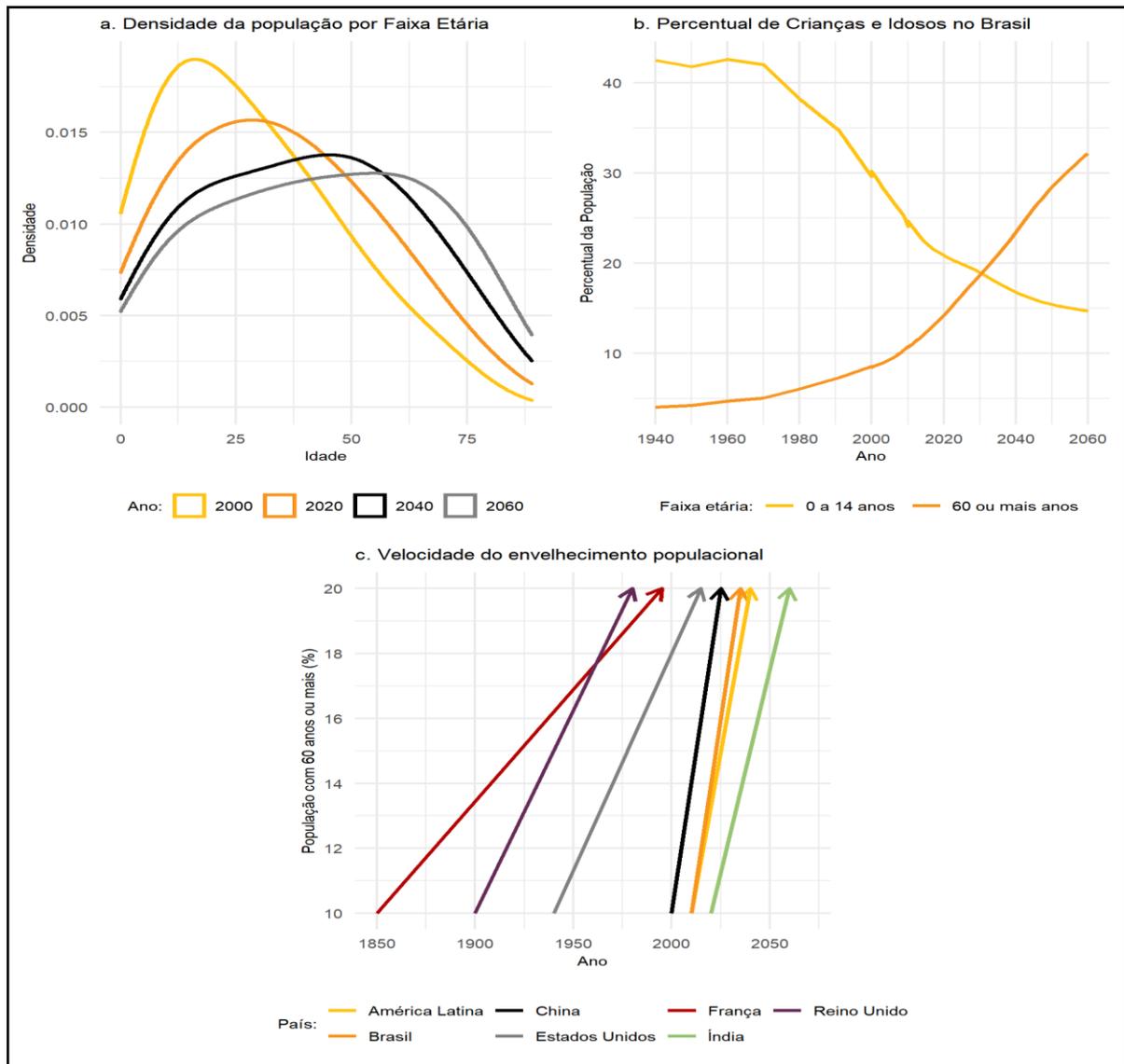
Fonte: Censo Demográfico 2022, IBGE (2023).

Segundo Mrejen, Nunes e Giacomini (2023), o envelhecimento acelerado é uma das principais características da dinâmica populacional no Brasil.

Na Figura 2, o deslocamento substancial das curvas para a direita sinaliza que uma parcela crescente da população se encontrará entre as faixas etárias mais avançadas nas próximas décadas, evoluindo entre 2000 e 2060, em intervalos de vinte anos (dados do censo de 2000 e projeções do IBGE de 2022). Na Figura 2b, tem-se a evolução realizada e projetada de 1940 a 2060 do percentual de crianças de zero a 14 anos e de idosos  $\geq 60$  anos. O crescimento da parcela de idosos se justapõe à queda no percentual de crianças desde a década de 1970. As projeções indicam que, por volta de 2031, o percentual de idosos na população brasileira deverá superar o de crianças. A Figura 2c demonstra a comparação com outras experiências

internacionais e sugere que o envelhecimento do país acontece de forma acelerada. Enquanto o período decorrido em anos na França (140), no Reino Unido (80) e nos Estados Unidos (75) entre a população  $\geq 60$  anos passar de 10% para 20% da população foi de pelo menos 3/4 de século, no Brasil, entre 2010 e 2035, projeta-se que essa mudança aconteça em apenas 25 anos. Esse período é mais curto que o da Índia (40) e similar ao da China (25) e da América Latina em conjunto (30). Mediante ao explorado, as autoras deixam claro que o país está despreparado para encarar os reveses sujeitos ao frenético envelhecimento da sua população. Diante dos indicativos considerados, clarificaram que políticas públicas são necessárias para garantir a saúde e QOL dos idosos no país.

Com o envelhecimento da população e a menor relação entre população ativa e dependente, a sociedade deve estar consciente das necessidades para a assistência à população idosa, estando Estado preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades. Somente garantida uma atenção integral que reconheça as características e especificidades, se conseguirá êxito em dar QOL a população idosa (Martins *et al.*, 2021; Miranda; Mendes; Silva, 2010).

**Figura 2 – Envelhecimento da população**

Legenda: a) densidade da população por faixa etária); b) percentual de crianças (0-14 anos) e de idosos ( $\geq 60$  anos) no Brasil; c) tempo transcorrido entre o ano em que idosos  $\geq 60$  anos representava 10,0% do total da população e o ano em que passa a representar 20,0% da população em países selecionados.

Fonte: Mrejen, Nunes e Giacomini (2023) com base nos dados do censo (2010), projeções populacionais do IBGE (2022) e Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU (2019).

## 2.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QOL como:

“a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2015).

Avaliar a QOL dos idosos requer uma compreensão aprofundada de seus estilos de vida e informações que permitam a avaliação do grau de satisfação deles em relação às suas necessidades, de tal forma, que se identifiquem áreas que podem ser aprimoradas (Han *et al.*, 2015).

No entendimento de Han *et al.* (2015), cada pessoa marca cada estágio do desenvolvimento humano com certas conquistas, e cada estágio é afetado pelo estágio anterior, ao mesmo tempo que afeta o próximo. A QOL na velhice é, portanto, influenciada pelo estilo de vida do indivíduo quando adulto, e a preparação para a senescência deve ser feita desde esta fase, tendo a educação papel relevante (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Portanto, é importante investigar o processo de reconhecimento do envelhecer de forma saudável e identificar os fatores influentes em cada fase da vida (Miranda; Mendes; Silva, 2016). O envelhecimento saudável inclui o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual nos anos anteriores (Nahas; Barros; Francalacci, 2000). A QoL dos idosos tem aspectos em comum com a de outros grupos populacionais, como relações sociais, atividades recreativas e satisfação, fatores sociais e ambientais, condições econômicas e uso de tecnologias da informação, os quais possuem um impacto importante nos idosos (Esteve-Clavero *et al.*, 2018).

Para que estes estudos sobre QOL se consolidem, diferentes escalas têm sido utilizadas. Fundamentado no conceito multidimensional de qualidade de vida (QOL) e saúde proposto pela OMS, o Breve Questionário de Qualidade de Vida (CUBRECAVI) oferece uma rápida investigação das componentes mais significativas da Qualidade de Vida em idosos, abrangendo aspectos objetivos e subjetivos. Adicionalmente, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) é empregada para mensurar o bem-estar das pessoas em suas vidas, conforme definido pela OMS em 2015.

Após a conceituação da expressão qualidade de vida, a OMS, no ano de 1993, visando uma avaliação global da Qualidade de Vida, levando em consideração a

percepção individual do sujeito, elaborou um Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL. O primeiro instrumento a ser criado foi o WhoQol- 100, composto por 100 questões distribuídas em 24 grupos (facetas) com quatro perguntas cada e dispostas entre seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais). Uma faceta nomeada “Qualidade de vida global e percepção geral da saúde”, não está inserida em nenhum domínio e aborda uma autoavaliação da QOL, em que o indivíduo expressa o seu ponto de vista de satisfação com a sua vida, saúde e Qol. Todas as questões do WHOQOL-100 são fechadas. É utilizada uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 e 5. Esses extremos representam 0% e 100%, respectivamente. Existem quatro tipos diferentes de escala de respostas: intensidade, avaliação, capacidade e frequência (Power, 2005).

A necessidade de um instrumento que exigisse um tempo menor de preenchimento e mantivesse as características psicométricas satisfeitas, fez o Grupo WhoQol desenvolver, validar e recomendar o WHOQOL-bref. Este instrumento é composto por 26 questões, das quais duas versam sobre a autoavaliação da QOL e as outras 24 questões representam cada uma das facetas do WHOQOL-100. A composição das questões do WHOQOL-bref foi estabelecida da seguinte maneira: foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas (WHOQOL Group, 1998)

As características relacionadas ao Nível de Independência foram integradas ao Domínio Físico, enquanto a faceta vinculada aos Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais foi incluída no Domínio Psicológico. Portanto, o WHOQOL-bref consiste em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (WHOQOL Group, 1998).

Gothe *et al.* (2020) testaram longitudinalmente um modelo que examina como as mudanças na atividade física e na qualidade do sono predizem o bem-estar físico, mental e social e a QOL global. Utilizando um teste de exercício de seis meses em 247 de idosos saudáveis com média de 65 anos. A qualidade do sono influenciou indiretamente a QOL através do bem-estar físico, mental e social. Estas relações também foram mantidas ao longo do tempo. Nem a atividade física, nem a qualidade do sono influenciaram diretamente a QOL. Concluíram que os resultados apoiam um

novo modelo de sono e QOL que podem fornecer um desenho de intervenções de saúde para promover a qualidade do sono e, assim, influenciar a QOL, com atividade física e mediadores modificáveis da saúde física, mental e social. Essas descobertas podem ter implicações significativas para adultos mais velhos, bem como para populações clínicas que relatam sono comprometido, problemas de saúde relacionados e QOL global.

Em estudo transversal com cem idosos no Recife-PE, Costa, Carrera e Marques (2021) observaram que a ausência de apoio social, a depressão e a presença de osteoartrose afetam negativamente a população idosa.

Em revisão sistemática, Sella *et al.* (2023) examinaram a literatura disponível sobre a associação entre qualidade de sono e QOL em idosos autônomos e sem distúrbios do sono. Na busca sistemática identificaram 23 estudos referentes a um total de 21.092 participantes. Os resultados mostraram que a qualidade do sono autorreferida, mas não a qualidade objetiva do sono, correlacionou-se positivamente com a QOL com um tamanho de efeito moderado para a qualidade do sono autorrelatada.

Desse modo, compreender o envelhecimento como um processo irreversível, multifacetado e que é determinado por inúmeras variáveis, como as descritas acima, interligadas ao longo da vida, nos permite enxergar a velhice não como finitude, mas como um momento do ciclo da vida que pode e deve ser desfrutado com qualidade (Dawalibi *et al.*, 2013).

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um fator pessoal, de auto percepção variável e que pode sofrer alterações ao longo da vida. Isso nos mostra o quão variado é o conjunto de fatores que identificam a QOL individualmente. Com vistas a promover o bem-estar físico, mental e social, essa combinação de fatores visa garantir e melhorar a independência e a autonomia do idoso ao longo dos anos (Stival *et al.*, 2014).

Rondón García e Ramírez Navarro (2018) analisaram o impacto da QOL como uma metavariável que condiciona a saúde e o bem-estar social dos idosos. A amostra foi composta por 500 pessoas, selecionadas aleatoriamente nos principais centros para idosos da província de Granada (Espanha). Observaram que os participantes

têm uma boa percepção de sua QOL, considerando saúde, lazer, qualidade ambiental, capacidade funcional, nível de satisfação, apoio social, redes sociais e interações sociais positivas como determinantes de seu bem-estar, embora o contato social tenha diminuído com o avanço da idade.

Um outro estudo (Rackiewicz *et al.*, 2020) comparou a condição de saúde e a QOL entre mulheres e homens poloneses com 90 anos ou mais, sendo 870 mulheres e 264 homens. Morar na cidade, ser viúvo, dores crônicas, ter algum dos gigantes geriátricos e comprometimento funcional foram fatores que diminuíram todos os aspectos da QOL, enquanto a idade no intervalo estudado diminuiu apenas a avaliação da saúde física. A falta de escolaridade afetou negativamente a saúde psicológica, enquanto o comprometimento cognitivo diminuiu a avaliação da saúde física e psicológica, bem como as relações sociais. Concluíram que os homens que atingiram 90 anos ou mais avaliaram melhor o seu estado de saúde e QOL que as mulheres da mesma idade.

Tavares *et al.* (2016) verificaram a associação entre os escores de QOL e autoestima em 1.691 idosos residentes na comunidade de Uberaba, Brasil. tendo observado predomínio do sexo feminino, faixa etária entre setenta e 79 anos, estado civil casados, escolaridade entre um a quatro anos e renda individual mensal de um salário mínimo. Verificaram um maior percentual de idosos com cinco ou mais morbidades, independentes para atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), e sem indicativo de depressão. Constataram que o domínio relações sociais e a faceta morte e morrer apresentaram os maiores escores médios entre os idosos; enquanto os menores foram observados no domínio meio ambiente e na faceta participação social. Os menores escores de QOL em todos os domínios do WHO-QOL *Bref* e das facetas do WHO-QOL *Old* (exceto morte e morrer) associaram-se com os piores níveis de autoestima

Silveira, Bezerra e Dulgheroff (2021) através de uma revisão de literatura, observaram que os fatores mais prevalentes que se associam à qualidade de vida na população idosa brasileira são a capacidade funcional, doenças crônicas não transmissíveis e sentimento de utilidade social.

### **2.3.1 Fatores físicos da qualidade de vida**

O processo fisiológico do envelhecimento traz consigo alterações que estão diretamente relacionadas à QOL. O Quadro 1 sintetiza principalmente aquelas que interferem na funcionalidade do sujeito.

Quadro 1 – Alterações fisiológicas diretamente relacionadas à QV do idoso

Sistema	Alteração
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa-se degeneração muscular tanto das fibras brancas ou de contração rápida quanto das vermelhas ou de contração lenta. As fibras vermelhas diminuem em número e as brancas diminuem de volume. O peso do músculo está diminuído devido à perda de massa e as fibras musculares são, assim, substituídas por tecido conjuntivo (Choi, 2016);</li> <li>• Os músculos atrofiam e diminuem a massa, a velocidade e a força, desenhando o fenômeno conhecido por sarcopenia. Este quadro pode prejudicar a capacidade do idoso de realizar atividades cotidianas, como levantar-se de uma cadeira, fazer tarefas domésticas e atividades básicas e intermediárias da vida diária (Murgia <i>et al.</i>, 2017);</li> <li>• Essa perda considerável de tecido muscular está associada ao aumento da fragilidade. Mesmo que tenha multicausalidade, observa-se que a deterioração musculoesquelética e a sarcopenia são centrais na fragilidade do idoso e estão associadas a aumento da fraqueza muscular, fadiga e risco de eventos adversos, como quedas, que podem aumentar a morbidade e mortalidade (Koo; Kang; Cho, 2019; Papa; Dong; Hassan, 2017).</li> </ul>
Ósseo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A diminuição da densidade mineral óssea resulta na perda de cálcio na matriz óssea. Essa mudança afeta tanto o osso esponjoso quanto o compacto. No osso esponjoso, ocorre a perda de lâminas ósseas, resultando na formação de cavidades maiores entre as trabéculas ósseas. Por sua vez, o osso compacto reduz em espessura devido à diminuição da reabsorção óssea. A osteoporose também aumenta a</li> </ul>

	vulnerabilidade a quedas, morbidade e mortalidade. (Barbon; Wiethölter; Flores, 2016; Childs <i>et al.</i> , 2015).
Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com a perda de neurônios, degeneração coclear, aumento da rigidez das lentes, perda de células da coluna anterior e posterior da medula espinhal e o tempo de reação reduzido, trazem consequências clínicas que envolvem risco de <i>delirium</i> aumentado, perda auditiva de tom alto, catarata, fraqueza e perda muscular, sentidos de localização e de posição reduzidos, além de risco aumentado de quedas (Gavrilov; Krut'ko; Gavrilova, 2017; Rizzo; Anderson; Fritsch, 2017).</li> </ul>
Visão e Audição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir dos 60 anos a visão passa a apresentar sinais de deterioração. Os olhos mudam naturalmente, a córnea vai perdendo, progressivamente, a transparência, torna-se opaca, e aparece a catarata, principal doença relacionada com a idade no cristalino (Couto; Brites, 2017; Lin; Tsubota; Apte, 2016).</li> </ul>

Fonte: A pesquisadora (2023), com base nos estudos de Barbon, Wiethölter e Flores (2016), Childs *et al.* (2015), Choi (2016), Koo, Kang e Cho (2019), Murgia *et al.* (2017) e Papa, Dong e Hassan (2017).

No entendimento de Paschoal (2016), os principais fatores anatômicos no processo de envelhecimento são no nível antropométrico, no sistema nervoso central, no sistema osteomioarticular e no sistema nervoso autônomo, em que o idoso apresenta alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento, associadas a uma elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, as quais acarretam o declínio da capacidade funcional (Quadro 2).

Quadro 2 – Fatores anatômicos associados à QV do idoso

Fatores	Alteração
Mobilidade e função muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A capacidade de se movimentar livremente e manter uma boa função muscular é essencial para a independência e a QV. Problemas como a perda de força muscular e a diminuição da mobilidade podem afetar negativamente a autonomia dos idosos.</li> </ul>

Equilíbrio e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O equilíbrio é crucial para prevenir quedas, que podem ter consequências graves em idosos. A melhoria do equilíbrio e da coordenação contribui para a segurança e a confiança na realização das atividades diárias.</li> </ul>
Flexibilidade e amplitude de movimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manutenção da flexibilidade e da amplitude de movimento ajuda a prevenir a rigidez muscular e a manter a funcionalidade nas atividades cotidianas. A flexibilidade é especialmente importante para evitar lesões e melhorar a qualidade de vida.</li> </ul>
Saúde óssea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A densidade óssea diminui com a idade, aumentando o risco de osteoporose e fraturas. A prática regular de exercícios que promovam a saúde óssea, como a atividade física com peso, é crucial para prevenir problemas ósseos.</li> </ul>
Saúde cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manutenção da saúde cardiovascular é vital para garantir um suprimento adequado de sangue e oxigênio para todos os órgãos do corpo. A prática regular de exercícios aeróbicos, como caminhadas ou natação, contribui para a saúde do coração.</li> </ul>
Controle de peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O controle do peso é essencial para prevenir problemas de saúde, como diabetes e doenças cardiovasculares. Manter um peso saudável alivia a pressão sobre as articulações e contribui para a vitalidade geral.</li> </ul>
Saúde postural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A postura adequada é fundamental para evitar dores nas costas e problemas de coluna. O fortalecimento dos músculos que suportam a coluna vertebral contribui para uma boa postura e previne desconfortos físicos.</li> </ul>
Saúde sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A manutenção da saúde visual e auditiva é crucial para a qualidade de vida. A perda sensorial pode afetar a comunicação, a segurança e a participação em atividades sociais.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2023), com base nos estudos de Paschoal (2017).

Park *et al.* (2015) compararam a QOL, incluindo saúde física e saúde mental, em 593 idosos de diferentes etnias, e identificaram fatores associados à intensidade da dor e à QOL em idosos etnicamente diversos. Idosos com dor crônica de quatro grupos étnicos (afro-americanos, afro-caribenhos, hispânicos e europeus-

americanos) foram recrutados no registro da Iniciativa de Pesquisa sobre Envelhecimento Saudável (HARI) da Florida Atlantic University. Observaram que os afro-americanos relataram o nível mais elevado de intensidade de dor, seguido pelos afro-caribenhos, hispânicos e europeus-americanos. Os hispânicos relataram as pontuações mais altas de saúde física e as pontuações mais baixas de saúde mental. Em contraste, os afro-americanos relataram as pontuações mais altas em saúde mental e as pontuações mais baixas em saúde física. A etnia revelou pontuações mais baixas de saúde física e pontuações mais baixas de saúde mental associadas à intensidade da dor.

À medida que envelhecemos, tornamo-nos mais suscetíveis a condições crônicas de saúde, principalmente as doenças cardiocirculatórias, ortopédicas e neoplasias. Essas enfermidades não apenas afetam a saúde física, mas também têm implicações profundas no bem-estar geral dos idosos, associando-se a uma pior qualidade de vida (Chen; Tu; Chen, 2021).

Dos Santos Tavares *et al.* (2011) desenvolveram um estudo transversal, do tipo inquérito domiciliar, envolvendo 2142 idosos na cidade de Uberaba-MG. Os resultados sinalizaram que os idosos que sofriam de hipertensão arterial apresentavam pontuação menor no que se refere à qualidade de vida; principalmente nos domínios físico e funcional.

Outro estudo de 2021, também identificou que aqueles idosos que possuem menor número de doenças crônicas, maior apoio familiar e social e que mantêm um nível de funcionalidade que permita realizar algumas tarefas no ambiente domiciliar e na comunidade, apresentam melhor qualidade de vida autorreferida (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

A preservação da qualidade de vida dos idosos é grandemente beneficiada pela prevenção de doenças crônicas. O impacto dessas condições persistentes vai além das atividades diárias básicas e instrumentais, influenciando desde a capacidade funcional até a autonomia e a interação social. Além das implicações físicas, as doenças crônicas também exercem uma carga emocional considerável nos idosos. As preocupações, a ansiedade e a necessidade de enfrentar diariamente essas condições podem resultar em sentimentos de isolamento social e restrições nas atividades sociais (Cudris-Torres, 2023).

Uma meta-análise realizada no Japão em 2021 reforça conclusões anteriores, destacando que a continuidade dos cuidados pode ter um impacto significativo na melhoria da função física, saúde geral, função social e vitalidade, contribuindo assim para a qualidade de vida de idosos que enfrentam doenças crônicas (Chen; Tu; Chein, 2021).

Baernholdt *et al.* (2012) desenvolveram um estudo transversal envolvendo idosos comunitários americanos acima de 65 anos. A amostra foi de 911 idosos e o objetivo do estudo foi avaliar as associações entre três dimensões da QOL (física/emocional, ambiental e funcionamento social) e necessidades e comportamentos de saúde (atividade física e utilização de serviços de saúde). As atividades de vida diária, depressão e cognição associaram-se de forma significativa aos domínios de qualidade de vida.

A cognição desempenha um papel central no bem-estar e na funcionalidade da população idosa (Roehr, 2017). A manutenção de bons níveis de cognição está diretamente relacionada a melhores índices de qualidade de vida nessa fase da vida. A cognição engloba processos mentais como percepção, atenção, memória, linguagem e funções executivas sendo vital para a autonomia funcional e participação em atividades diárias (Bai, 2023). Um estudo transversal conduzido em Taiwan por Li (2021) observou uma amostra de 1.839 idosos para explorar a dinâmica do envelhecimento interagindo com a sarcopenia, a fragilidade e o funcionamento cognitivo em adultos de meia-idade e idosos. Seus achados reforçam que o declínio cognitivo e a perda da função nas atividades do dia a dia influenciam negativamente a qualidade de vida

Idosos que conseguem manter bons níveis função cognitiva geralmente desfrutam de uma qualidade de vida mais elevada (Bay, 2023). Isso se reflete na capacidade de evitar o isolamento social, ter mais atividades de lazer e melhores índices de resiliência (Lavretsky, 2020) Além disso, a cognição desempenha um papel crucial na adaptação a mudanças e na gestão do estresse, exercendo influência positiva sobre o estado emocional e psicológico (Roher, 2017).

### **2.3.2. Fatores psicológicos da qualidade de vida**

O processo natural de envelhecimento traz consequências tanto físicas quanto emocionais para o idoso (Guimire, 2018). Todos os órgãos do corpo sofrem certo grau

de deterioração com o passar dos anos e podem ter suas funções alteradas. Assim, observa-se o aparecimento de doenças crônicas, como hipertensão, artrose, osteoporose e também os transtornos mentais, como ansiedade e depressão (Kazeminia *et al.*, 2020).

Algumas situações como perda da autonomia funcional, luto, acúmulo de doenças crônicas, baixo suporte social e medo da morte aumentam as chances do idoso desenvolver o distúrbio da ansiedade (Alipour *et al.*, 2009). Este distúrbio normalmente se manifesta com sintomas físicos, como insônia, desordens comportamentais e gastrointestinais, acarretando consequências negativas como redução da qualidade de vida, maior necessidade de serviços de saúde, isolamento social e aumento da mortalidade (Salehi; Salaki; Alizadeh, 2012).

Han *et al.* (2015) identificaram os fatores psicossociais que influenciam o envelhecimento saudável e examinaram suas características sociodemográficas. O estado de saúde percebido, a depressão, a autoestima, a autorrealização, a integridade do ego, a participação em atividades de lazer e a solidão foram identificados como fatores influentes no envelhecimento saudável. Um total de 171 adultos coreanos com idades entre 45 e 77 anos participaram do estudo, tendo se observado diferenças significativas entre as características gerais dos participantes: idade, escolaridade, religião, moradia, *hobby* e situação econômica. Os fatores relacionados ao envelhecimento saudável apresentaram correlação positiva com percepção do estado de saúde, autoestima, autorrealizações e atividades de lazer, e correlação negativa com depressão e solidão. Os fatores que influenciaram o envelhecimento saudável (51,9%) foram depressão, atividades de lazer, percepção do estado de saúde, integridade do ego e autorrealizações. Concluíram que a depressão é o fator com maior influência no envelhecimento saudável. O estado de saúde percebido, a integridade do ego, a autorrealização, a autoestima e a participação em atividades de lazer também influenciaram o envelhecimento saudável como fatores benéficos.

Por meio de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR), Park, Han e Kang (2014) mostraram evidências de programas de exercícios como intervenção para diminuir os sintomas depressivos e melhorar a Qualidade de Vida e a autoestima em idosos de 65 anos ou mais. A terapia com exercícios em idosos foi eficaz, evidenciada pela diminuição dos sintomas depressivos, melhorias na

Qualidade de Vida e autoestima. Resultados semelhantes também foram encontrados na meta-análise de Kazemnia (2020) quando identificou que o exercício físico também é eficaz para reduzir os níveis de ansiedade dos indivíduos idosos.

A depressão é a terceira principal causa de incapacidade em todo o mundo (Ghimire,2018). A depressão em pessoas idosas ( $\geq 60$  anos) é prevalente tanto nos idosos comunitários como naqueles que foram hospitalizados ou institucionalizados (Sivertsen *et al.*, 2015). Os principais fatores de risco para depressão são sexo feminino, idade avançada, menor resiliência, morbidade física, declínio funcional, alteração cognitiva e luto (Hoogendijk, 2016). Comumente é associada a um risco aumentado de mortalidade e a piores resultados na adesão/tratamento de desordens físicas. Além disso, a depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida (QOL) (Alipour, 2009).

A revisão sistemática realizada por Sivertsen *et al.* (2015) evidenciou uma associação significativa entre a gravidade da depressão e pior qualidade de vida em pessoas idosas, essa associação negativa se manteve estável com o passar dos anos, independentemente da forma pela qual a qualidade de vida foi avaliada.

O estudo transversal realizado por Han *et al.* (2015) avaliou a associação entre os níveis de transtorno depressivo e a qualidade de vida relacionada à saúde em 1002 idosos centenários na China. Dentre as evidências encontradas, destaca-se a diferença de sexo e o número de comorbidades, pois este estudo demonstrou uma associação negativa entre depressão e Qualidade de vida em centenários chineses (82,04% mulheres), especialmente em centenários sem comorbidades.

O estresse individual é outro fator que pode reduzir a produtividade e o bem-estar geral da população idosa, aumentando ao mesmo tempo a carga sobre o investimento do governo na saúde pública (Lu *et al.*, 2023). Alguns fatores que podem induzir ao estresse são comumente observados nos indivíduos idosos, tais como conflito entre entes queridos, luto, solidão, preocupações com o futuro e isolamento social (Lu *et al.*,2023).

### **2.3.3 Fatores sociais e relacionais da qualidade de vida**

O apoio social representa um elemento significativo no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos. Este conceito abrange não apenas a presença, mas também o suporte proveniente de laços familiares, cuidadores, amigos, comunidade

e até mesmo redes sociais. Sua importância transcende a simples interação social, exercendo uma influência profunda nos aspectos físicos, emocionais e psicológicos da vida dos idosos (Zhang *et al.*, 2022).

A dimensão emocional do suporte social se manifesta na expressão de sentimentos e experiências. A solidão e o isolamento social, se presentes, podem contribuir para problemas de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade. Relacionamentos significativos e interações sociais regulares, por outro lado, atuam como fatores de proteção contra esses desafios emocionais, promovendo estabilidade emocional e uma sensação geral de bem-estar (Abdoli *et al.*, 2022)

Zhang *et al.* (2022) realizaram uma revisão de escopo internacional com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos cuidadores acima de 65 anos e de quem é cuidado por eles, abrangendo a abordagem para os mais diversos tipos de suporte social: do ente familiar que cuida do idoso, do profissional que o assiste e da comunidade (representada por amigos e vizinhos). Todos os estudos analisados apontam para a associação positiva relacionando qualidade de vida (do cuidador e de quem é cuidado) às relações pessoais entre os indivíduos.

Outro estudo longitudinal envolvendo 1484 idosos na Malásia constatou relevância significativa entre participação social e atividades em comunidade com maior pontuação no quesito qualidade de vida, enquanto viver sozinho está relacionado à menor pontuação e assim, uma pior percepção de qualidade de vida. (Abu Hammattah *et al.*, 2021).

De Belvis *et al.* (2015) desenvolveu um estudo transversal constituído por uma amostra de 1601 idosos, residentes na região de Lácio, na Itália. O objetivo do estudo foi analisar o papel das relações sociais na qualidade de vida dos idosos. Os achados apontam que aqueles idosos com baixa relação pessoal com amigos apresentam uma pior qualidade de vida.

#### **2.3.4 Fatores ambientais da qualidade de vida**

A renda tem uma influência significativa na qualidade de vida da pessoa idosa. A situação financeira desempenha um papel crucial em vários aspectos do bem-estar na terceira idade, como acesso a serviços de saúde, moradia adequada, nutrição e alimentação, participação em atividades sociais, segurança financeira, qualidade do

cuidado (a curto e longo prazo) e até bem-estar emocional (Ghimere *et al.*, 2018; Fernandez-Portero *et al.* 2023; Saraiva *et al.*, 2021, Rizal *et al.*, 2023).

A renda afeta diretamente a capacidade de uma pessoa idosa acessar serviços de saúde de qualidade. Disponibilidade de recursos financeiros facilita a consulta médica regular, a compra de medicamentos e a adesão a tratamentos essenciais.

Pessoas idosas com maior renda geralmente têm mais opções em termos de moradia. Em estudo de coorte prospectivo multicêntrico, Saraiva *et al.* (2021) investigaram a relação entre mobilidade no espaço de vida e Qualidade de Vida em 557 idosos com e sem fragilidade durante a pandemia de COVID-19 de quatro ambulatórios geriátricos na região metropolitana de São Paulo – SP, Brasil. Observaram que a quarentena levou a uma restrição da mobilidade em 79,0% e afetou a QOL de 77,0% dos participantes. Descobriram que a mobilidade restrita do espaço vital foi associada ao impacto na QOL em idosos durante a pandemia, embora a fragilidade tenha modificado a magnitude da associação ( $p = 0,03$ ). Participantes frágeis (33,0%) que experimentaram mobilidade restrita no espaço de vida tiveram duas vezes mais chances de relatar um impacto na QOL quando comparados com indivíduos não frágeis, com suas respectivas razões de chance ajustadas.

Uma maior fonte de renda inclui a possibilidade de escolher ambientes mais seguros, confortáveis e adequados às necessidades específicas do envelhecimento, como moradias assistidas. Fernandez-Portero *et al.* (2023) analisaram a associação do tipo de coabitação dos idosos (com familiares ou sozinhos) com o seu bem-estar e felicidade, além de compreender as relações com outras variáveis psicossociais como a autonomia (habilidades funcionais) e as relações sociais (integração social, nível de atividade, lazer e qualidade ambiental). A amostra foi composta por 352 idosos, com idade acima de 65 anos com distribuição homogênea quanto ao sexo. Em geral, encontraram diferenças estatisticamente significativas por tipo de coabitação.

Concluíram que programas de intervenção social com foco em atividades sociais promovem a participação e as interações sociais para melhorar o bem-estar e a felicidade dos idosos, especialmente daqueles que vivem sozinhos. As pessoas mais velhas que se envolvem em atividades formais ou informais de aprendizagem têm maior bem-estar.

Uma renda adequada contribui para uma nutrição adequada. Idosos com recursos financeiros suficientes têm mais facilidade em adquirir alimentos nutritivos,

garantindo uma dieta balanceada que impacta positivamente na saúde e na qualidade de vida. Um estudo transversal desenvolvido no Nepal em 2018, incluindo uma amostra de 289 idosos, verificou a associação entre desnutrição, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde. O score nutricional foi positivamente associado à QOL e a depressão apresentou relação inversa (Ghimire, 2018).

O estudo de Majbauddin *et al.* (2020) incluindo 270 chefes de família (218 homens e 52 mulheres) na Etiópia investigou a interferência da renda e dos meios de subsistência na qualidade de vida dos idosos da região rural. Na regressão linear múltipla stepwise, o grupo de baixa renda apresentou pior autopercepção de saúde física do que os grupos de maior renda, corroborando com a premissa de que a renda é um fator de associação para a dimensão ambiental da qualidade de vida em idosos.

Lima-Costa *et al.* (2023), utilizando dados da PNAD 1998 para examinar a influência da renda familiar na auto percepção da qualidade de vida da pessoa idosa, obteve uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com idade  $\geq 65$  anos. Aqueles com renda domiciliar per capita situada no quintil mais baixo foram comparados àqueles com renda mais alta ( $< 0,67$  e  $\geq 0,67$  salários-mínimos). Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

### **2.3.5 Fatores comportamentais da qualidade de vida**

A qualidade de vida em idosos é influenciada por vários aspectos, entre os quais se destacam a religiosidade, espiritualidade, resiliência, solidão, voluntariado, altruísmo, tabagismo e atividade física. Tais conceitos compõem os aspectos comportamentais da qualidade de vida, avaliados através de escalas, instrumentos e /ou questionários validados no Brasil para esse fim.

A religiosidade pode ser construída e fazer sentido para a pessoa idosa de diferentes formas/dimensões. Principalmente pode-se ressaltar a dimensão organizacional, que se refere à participação em atividades religiosas; dimensão não organizacional, na qual o idoso exerce sua religiosidade de forma mais intimista, como orando, e ainda a dimensão intrínseca, a qual é entendida como a importância da

religião na vida cotidiana. Estudo conduzido no Chile utilizando o quinto inquérito sobre qualidade de vida na velhice (2019) demonstrou que a religiosidade organizacional está positivamente associada a um processo de envelhecimento mais bem-sucedido (Lorca, 2022). Estudo realizado com 1.046 adultos brasileiros que buscou investigar relação entre níveis de espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida indicaram que ter níveis mais elevados de ambos se associou a melhores resultados (Vitorino, 2018).

Estudo transversal, de base populacional desenvolvido com 911 idosos residentes na comunidade, na cidade de São Paulo concluiu que a religiosidade organizacional e intrínseca apresenta efeito benéfico na qualidade de vida relacionada à saúde nos idosos pesquisados (Nunes, 2017). De forma semelhante estudo realizado com 100 idosos da comunidade, com 80 anos ou mais, residentes na cidade de Recife, PE, demonstrou que, provavelmente, a qualidade de vida nos idosos pesquisados está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal e espiritual (Zapater-Fajarí, 2021).

O conceito de resiliência refere-se a capacidade do indivíduo de superar adversidades e enfrentar demandas estressantes e experiências negativas. A resiliência tem sido associada a melhor qualidade de vida em idosos ao promover um envelhecimento mais bem-sucedido. Para avaliar essa questão estudo realizado com 66 pessoas entre 56 e 75 anos, em universidade na Espanha, identificou que a resiliência está associada a estratégias ativas de enfrentamento, as quais, por sua vez estão relacionadas a uma menor resposta de cortisol ao estresse na população pesquisada (Rodrigues; Tavares, 2021).

Outro estudo, este, de inquérito domiciliar, com 808 idosos moradores em Uberaba, MG concluiu que os maiores escores de resiliência para homens e mulheres foram associados à maior participação nas atividades de vida diária e menor indicativo de presença de sintomas depressivos. De forma semelhante, outro estudo desenvolvido por acompanhamento longitudinal de 180 idosos por quatro anos, entre 2015 e 2020, na cidade de Juiz de Fora, MG evidenciou diferenças nos níveis de resiliência favorecendo indivíduos regularmente ativos e identificou que a resiliência foi inversamente associada a problemas de saúde mental (Wermelinger Avila, 2022).

Outro fator comportamental que se relaciona à qualidade de vida em idosos é a solidão. Imagina-se que sentimentos de solidão se relacionem com piora na

qualidade de vida. Nesse contexto, estudo conduzido na Alemanha, de base populacional, com 2.171 idosos demonstrou piora na qualidade de vida mental tanto em homens quanto em mulheres, porém piora de qualidade física somente em mulheres após três anos do estudo, ressaltando impacto maior da solidão em idosas (Boehlen, 2022).

Um estudo que corrobora a situação de maior fragilidade feminina no que se refere à solidão, analisou retrospectivamente 10.517 mulheres com idade entre 70 e 75 anos da Austrália, concluiu que para o público pesquisado isolamento social, apoio e solidão tem significados distintos, porém cada um deles está negativamente associado a qualidade de vida relacionada a saúde (Freak-Poli, 2022). Outro estudo de base populacional, com 4170 idosos, desenvolvido na Turquia demonstrou que a solidão afeta negativamente a qualidade de vida. Além disso, adiciona que a existência de doenças crônicas e a falta de atividades de lazer são fortes preditores de solidão (Arslantaş, 2021).

No entendimento de Gil-Lacruz, Saz-Gil e Gil-Lacruz (2019), um envelhecimento mais saudável implica menores despesas com serviços de saúde e a possibilidade de os indivíduos darem um contributo mais longo e mais valioso para a sociedade. Os estilos de vida, incluindo o voluntariado, afetam a saúde do indivíduo. Se as atividades voluntárias melhorarem a integração dos idosos na sociedade, a sua participação ajudará na geração de recursos econômicos e a melhorar o seu bem-estar; se, no entanto, a saúde e a participação não demonstrarem sinergias positivas, então os decisores políticos devem agir de forma independente em cada um destes domínios.

Em uma pesquisa com 1.699 idosos de 61 a 80 anos (Gil-Lacruz, Saz-Gil e Gil-Lacruz (2021), dos quais 24% correspondem ao Chile (798), 48% ao México (901) e os 28% restantes à Espanha (476). Os principais resultados forneceram evidências de que o voluntariado pode melhorar todos os indicadores de bem-estar, exceto a felicidade. Diferentes tipos de atividades tiveram impactos diferentes no bem-estar individual. Por exemplo, o voluntariado em atividades relacionadas com a consciência social foi positivo para a satisfação com a vida masculina, relacionadas com a consciência social teve um impacto negativo na felicidade, enquanto a atividade voluntária baseada na religião parece melhorar a satisfação com a vida. Concluíram

que o voluntariado parece melhorar a satisfação com a vida e a saúde, mas não a felicidade.

Fatores comportamentais também relevantes para a qualidade de vida relacionada a saúde em idosos são tabagismo e inatividade física. Entende-se que o hábito do tabagismo e inatividade física sejam promotores de piora na qualidade de vida de idosos. Alguns estudos corroboram essa assertiva (NG, 2020). Entre eles ressalta-se um estudo de coorte conduzido em Ontário usando dados da Pesquisa Canadense de saúde comunitária (CCHS) realizado entre os anos 2000 e 2014. O estudo analisou a relação entre fatores de risco de estilo de vida modificáveis e o surgimento da primeira doença crônica. A doença mais comum identificada foi o diabetes e o tabagismo teve a associação mais forte com o aparecimento da primeira doença crônica (NG, 2020).

Outro estudo desenvolvido na Indonésia, país que vem passando por uma rápida transição demográfica, buscou identificar o impacto econômico no país causado por doenças crônicas relacionadas a estilos de vida danosos a saúde. O estudo foi desenvolvido com 12.081 adultos a partir de 40 anos, analisando dados secundários da pesquisa indonésia sobre a vida familiar (2014/2015). O estudo mostrou que ser obeso, estar acima do peso e/ou ser ex-tabagista estava associado a um maior número de doenças crônicas, contribuindo para um maior número de consultas ambulatoriais, internações e absenteísmo no trabalho (Ihyauddin, 2022). Já a inatividade física se relacionou com aumento no número de consultas ambulatoriais e faltas ao trabalho (Ihyauddin, 2022). No Brasil, estudo de base populacional realizado com 1.954 indivíduos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes em quatro regiões do estado de São Paulo buscou estimar a prevalência de tabagismo e fatores associados. A prevalência de fumantes foi de 12,2%, maior no sexo masculino, nos estratos de menor renda e naqueles que não praticavam atividade física regular. Nestes foi maior a prevalência de Acidente vascular cerebral, câncer e doença pulmonar crônica. Fica evidente, portanto, a influência negativa de fatores de risco de estilo de vida modificáveis, como tabagismo e inatividade física na qualidade de vida de idosos, bem como na população em geral (Zaitune, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar, longitudinalmente, a associação entre fatores comportamentais na qualidade de vida em uma coorte de idosos na comunidade de Juiz de Fora-MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar dados sociodemográficos, estado cognitivo, fatores modificáveis e comportamentais em uma coorte de idosos de Juiz de Fora-MG, no período de 2015, 2017;
- Avaliar, no mesmo período, associação entre características comportamentais específicas, tais como religiosidade, solidão e resiliência, com a qualidade de vida nessa coorte de idosos.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi elaborado a partir de um arcabouço metodológico utilizado em outro estudo “Avaliação da influência de fatores comportamentais no comprometimento mnêmico e saúde mental de idosos saudáveis” da mesma instituição. A investigação na questão clínica do atual estudo tem como desfecho “Associação entre características comportamentais específicas com a qualidade de vida dos idosos”. Desta forma, utiliza-se do mesmo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAE) nº. 43191315.9.0000.5147 aprovado sob Parecer nº. 1.109.647, datado de 23 de junho de 2015 (Anexo A).

Os idosos foram convidados a participar do estudo no local de funcionamento da FaMldade ou por telefone, sendo esclarecidos e orientados a respeito de suas participações. Após conscientizados sobre os objetivos dos estudos e concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra com as pesquisadoras. Foi assegurado aos participantes o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, o anonimato e que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento. Cada entrevista foi realizada em sessão única, com aproximadamente 1 hora de duração.

### 4.2 DESENHO, LOCAL DE ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, do tipo coorte realizado com idosos ativos com idade igual ou superior a sessenta anos, de ambos os sexos, participantes do programa da Faculdade Aberta “A Melhor Idade” (FaMldade) do Instituto Metodista Granbery, na cidade de Juiz de Fora-MG. Após dois anos (2017), foi realizada uma nova aplicação dos testes.

Esta pesquisa foi desenvolvida na FaMldade, tendo em vista ser um programa que abrange grande concentração de idosos ativos (aproximadamente 396 matriculados), que participam regularmente de diferentes atividades, com frequência

de duas vezes na semana, com duração de 1 hora cada atividade, dentre elas a atividade física e cognitiva, estimulando a QOL e o convívio social. Esse programa possui algumas características que facilitam a sua utilização nessa pesquisa: I) para participar, é indispensável ter autorização médica; II) os idosos são monitorados por profissionais de saúde e, para permanecer neste programa, devem ter frequência nas atividades, e; III) a matrícula é renovada anualmente, sendo possível fazer a avaliação inicial e após dois anos (seguimento).

Os participantes desta pesquisa são os idosos do programa supracitado com idade igual ou superior a sessenta anos, de ambos os sexos, que obtiveram pontuação igual ou superior ao ponto de corte do MEEM que fizeram parte do estudo anterior iniciado em 2015. No seguimento do estudo (2017) foram entrevistados 291 idosos (93,27% do total). As 21 perdas ocorridas entre 2015 e 2017 se deram por motivos de mudança de cidade (5), falecimento (6), internação hospitalar no momento da coleta (1), recusa em dar continuidade à pesquisa (2) e sete indivíduos não foram encontrados.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo idosos que estavam regularmente inscritos nas atividades do programa da FaMidade em 2015, frequentes nas atividades; com idade igual ou superior a sessenta anos; pontuação no MEEM igual ou superior ao ponto de corte, conforme escolaridade (25 pontos para idosos com 4 anos ou mais de escolaridade e de 18 pontos para idosos com menos de 4 anos de escolaridade de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) – utilizou-se esta pontuação por ser um estudo realizado em Minas Gerais, aproximando a correção e pontuação dos estudos realizados conforme o estado que esta pesquisa está sendo realizada) e aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

No *baseline*, não foram incluídos idosos que não eram participantes do programa da FaMidade; não estavam frequentes nas atividades; tinham menos de

sessenta anos e não atingiram a pontuação mínima no MEEM. No segundo momento da pesquisa (2017) foram excluídos os idosos que mudaram da cidade de Juiz de Fora-MG; os que recusaram em dar continuidade à pesquisa; os que não foram localizados conforme dados cadastrais; os falecidos nesse tempo de pesquisa e aqueles que estavam internados e/ou impossibilitados de responder.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi feita nas dependências do Programa FaMldade (sala de aula reservada para este fim) ou no domicílio dos idosos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão.

No primeiro momento foi aplicado o MEEM para rastreio cognitivo e o questionário com dados sociodemográficos, para verificar se as pontuações se encontravam em conformidade com os pontos de corte.

Posteriormente, os idosos que conseguiram atingir a pontuação esperada (cognição adequada na avaliação basal), realizaram outros testes. Após aproximadamente dois anos desta primeira aplicação (entre 22 e 26 meses de seguimento), os mesmos idosos foram submetidos novamente, à aplicação dos testes.

##### 4.5.1 Instrumentos

Foi utilizado um protocolo para coleta de dados (Apêndice B) que contou com quatro sessões:

- I- Dados sociodemográficos
- II- Avaliação do Estado Cognitivo: Mini exame do Estado Mental (MEEM) e teste de lista de palavras do CERAD.
- III- Avaliação dos fatores modificáveis: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS21); Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ, versão curta); Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL bref); Índice de Katz, Escala de Lawton-Brody; Questionário de suporte social versão abreviada(SSQ-6)

- IV- Avaliação dos fatores comportamentais: Espiritualidade (Self-Spirituality Rating Scale, SRSS); Escala de Religiosidade de Duke; Voluntariado; Escala de altruísmo Auto-informado; Escala de solidão da UCLA; Escala de Resiliência Psicológica de Wagnild e Young

A seguir serão detalhadas as escalas, testes, questionários e índices utilizados no presente estudo.

#### *4.5.1.1 Dados sociodemográficos, hábitos/vícios e doenças crônicas*

Dados como idade, gênero, estado civil, escolaridade e anos de estudo, grau de instrução do entrevistado e do chefe da família, ocupação atual, renda mensal, renda familiar, raça/cor da pele, se fuma ou já fumou, posse de itens e presença de doenças crônicas foram coletados (Apêndice B).

#### *4.5.1.2 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)*

Elaborada por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), traduzida e validada para a população brasileira por Bertolucci *et al.* (1994), é uma das escalas mais utilizadas para avaliar o estado cognitivo, e é de fácil aplicação. É um instrumento composto por trinta itens com questões agrupadas em categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, atenção e cálculo, linguagem nomeação, repetição, compreensão, escrita de uma frase ou sentença completa e cópia de dois pentágonos. A pontuação total desse teste pode variar de “0” até o máximo de “30 pontos”. De acordo com Almeida (1998), os escores do MEEM sofrem influência significativa da idade e da escolaridade do indivíduo. Neste estudo, foi adotado o ponto de corte utilizado pela Secretaria de Estado DE Saúde de Minas Gerais (SES/MG, 2007), sendo “25 pontos” para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade e de “18 pontos” para aqueles com menos de quatro anos de escolaridade.

#### *4.5.1.3 Teste de Lista de Palavras do CERAD*

Este teste avalia a capacidade de armazenar informações recentes. O pesquisador explica ao idoso que serão lidas dez palavras não relacionadas, lentamente (uma palavra a cada 2 segundos), solicitando que ele as repita, uma a uma. Caso o idoso tenha uma boa escolaridade, as palavras podem ser lidas em voz alta. Ao final, o pesquisador solicita a repetição das palavras lidas ou ditas, por um tempo máximo de 90 segundos, em qualquer ordem. O procedimento é repetido com as palavras em outra ordem por mais duas vezes. Portanto, a lista de palavras é apresentada três vezes consecutivas e em cada etapa é solicitado que o idoso evoque as palavras de que se lembra por um período máximo de 90 segundos. Ao final das três etapas, o pesquisador insere uma tarefa distratora, que pode ser outro teste cognitivo. Após algum tempo (5 minutos), é solicitada a evocação da lista de palavras por um período máximo de 90 segundos. Depois, mostra-se uma lista com vinte palavras para que o idoso possa reconhecer quais palavras foram apresentadas anteriormente (Bertolucci *et al.*, 1998; Morris *et al.*, 1989). Considerou-se intrusão a palavra que não estava no teste e era dita no momento da fala. O escore é dado pela quantidade de palavras corretas que o idoso consegue lembrar em cada etapa.

#### 4.5.1.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Adaptada por Vignola e Tucci (2014), avalia depressão, ansiedade e estresse, e é composta por 21 perguntas a serem respondidas com base nos últimos dias. Essa escala é um conjunto de três subescalas do tipo *Likert* de 4 pontos, sendo cada subescala composta por sete itens.

#### 4.5.1.5 Índice de Katz

Este índice é baseado na avaliação da independência funcional das ABVD como banhar-se, vestir-se, ir ao sanitário, transferir-se, preservar a continência e alimentar-se, sendo classificado como independente, necessidade de assistência ou dependente (Katz *et al.*, 1963). O comprometimento da funcionalidade gera impacto negativo na QV do idoso, prejudicando seu cotidiano. Este índice apresenta adaptação transcultural para o Brasil (Lino *et al.*, 2008).

#### 4.5.1.6 Escala de Lawton-Brody

Esta escala avalia as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) relacionadas à independência da realização, dependência parcial (necessidade de algum auxílio na execução das tarefas) e dependência completa na capacidade de: telefonar, viajar, fazer compras, preparar refeições, fazer trabalhos manuais domésticos, tomar remédios e cuidar das finanças (Lawton; Brody, 1969). Foi adaptada e traduzida para português por Santos e Virtuoso Júnior (2008) e o escore varia entre “8” e “27 pontos”, mas a independência funcional ou dependência parcial é obtida através dos escores entre “18” e “27 pontos”.

#### 4.5.1.7 Questionário de Suporte Social versão abreviada (SSQ-6)

Adaptado e validado para o português por Pinheiro e Ferreira (2002), no qual apresenta informações sobre fontes de suporte social e extensão de redes de apoio. Cada um dos seis itens é composto por duas partes: uma que avalia a percepção do número de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem em uma determinada situação; outra parte, em uma escala do tipo *Likert* de seis pontos que avalia o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação.

#### 4.5.1.8 Espiritualidade (Self-Spirituality Rating Scale, SRSS)

Avalia aspectos da espiritualidade da pessoa, em que os itens refletem a orientação espiritual do indivíduo, ou seja, se ele considera ou julga importante (mais ou menos) questões pertinentes à sua dimensão espiritual e as aplica em sua vida. Escala do tipo *Likert* de “5 pontos”, com concordo muito até discordo totalmente, totalizando seis perguntas. O score total representa o nível da orientação espiritual (Gonçalves; Pillon, 2009).

#### 4.5.1.9 Escala de Religiosidade de Duke

Validada para versão em português por Lucchetti *et al.* (2012), esta escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens se referem à RI e são os três itens da escala de RI de Hoge que melhor se relacionam com a pontuação total nesta escala e com suporte social e desfechos em saúde (Koenig; Parkerson; Meador, 1997). Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total.

#### 4.5.1.10 *Voluntariado*

Com base em um estudo brasileiro (Souza; Lautert; Hilleshein, 2010) realizado com idosos em Porto Alegre-RS, a fim de investigar aspectos relacionados ao trabalho voluntário, foram feitas perguntas abertas, como: tipo de trabalho voluntário que realizam, local, idade de ingresso no voluntariado, frequência semanal de trabalho voluntário, motivos de ingresso na atividade e principais retornos do voluntariado.

#### 4.5.1.11 *Escala de Resiliência Psicológica de Wagnild e Young*

Escala elaborada por Wagnild e Young (1993) para aferir níveis de resiliência, possui 25 itens, com resposta tipo *Likert*, variando de “1” (discordo totalmente) a “7” (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de “25” a “175 pontos”, com valores altos indicando elevada resiliência. No estudo de Wagnild e Young (1993) cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. A adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala para uso no Brasil foi realizada por Pesce *et al.* (2005), sendo encontrado bons resultados na equivalência semântica dos itens, na confiabilidade e validade da escala.

#### 4.5.1.12 Escala de Altruísmo Autoinformado

Desenvolvida por Rushton, Chrisjohn e Fekken (1981) e validada para o contexto brasileiro por Gouveia *et al.* (2010), consta de vinte itens que expressam comportamentos que a pessoa possa ter realizado, por exemplo: “já troquei dinheiro para um estranho”, “já ofereci ajuda a um deficiente ou idoso desconhecido para atravessar a rua”. É composta de respostas tipo *Likert*, variando de “0” (nunca) a “4” (muito frequentemente).

#### 4.5.1.13 Escala de Solidão da UCLA

A “Escala de Solidão da UCLA” tem como nome original “UCLA *Loneliness Scale*” e foi desenvolvida por Russell, Peplau e Cutrona (1980). Neste estudo, utilizou-se a versão portuguesa validada por Neto (2019), que possui 18 itens e avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se através de uma escala de tipo *Likert* com “4 pontos”, desde nunca (“1”) até muitas vezes (“4”). A pontuação mínima possível é de “18 pontos” e a máxima de “72 pontos”. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados da forma inversa (itens 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18), e reflete o índice de solidão. Assim, um resultado mais elevado traduz solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz satisfação social (ausência de solidão). Neste estudo, esta escala foi utilizada como forma de obter informação acerca do nível de solidão sentido pelos idosos em estudo.

#### 4.5.1.14 Questionário Internacional da Atividade Física – IPAQ versão curta.

Este instrumento está validado para o Brasil e consiste em perguntas relacionadas à frequência e duração da realização de atividade física (Matsudo *et al.*, 2012). Os idosos foram classificados em fisicamente ativos (atividade moderada e alta) e sedentários (atividade baixa).

#### 4.5.1.15 WHOQOL BREF

O WHOQOL-bref, uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QOL em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade (Fleck *et al.*, 2000)

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Adaptado para o português por Fleck *et al.* (2000) o instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck *et al.*, 2000, no prelo).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. As 24 questões estão divididas em 4 domínios associados a QOL, que são: Físico (e.g. Dor e desconforto, Sono e Repouso, Energia e Fadiga), Psicológico (e.g. Sentimentos Positivos, Auto-estima, Imagem corporal e aparência), Social (e.g. Relações pessoais, suporte social, atividade sexual) e Meio ambiente (e.g. Segurança física e proteção, transporte, recursos financeiros).

#### 4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas estatísticas descritivas para os dados sociodemográficos e para os diferentes desfechos, incluindo QOL, utilizando números absolutos e percentuais para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis contínuas.

Estatísticas inferenciais foram realizadas comparando os escores de QOL no início do estudo e após dois anos de acompanhamento por meio de testes t pareados. Em seguida, foram obtidos coeficientes de correlação para as diferentes dimensões da QOL (Física, Psicológica, Social e Ambiental) e para as diferentes variáveis, utilizando coeficientes de Pearson para variáveis contínuas e coeficientes de Spearman para variáveis ordinais/categóricas.

Por fim, foram realizados modelos de regressão linear para cada dimensão da QOL utilizando todas as correlações significativas. Os modelos foram criados

inicialmente usando todas as variáveis significativas no início do estudo, prevendo cada dimensão da QOL, mas não incluindo a QOL no início do estudo. Em seguida, um novo modelo foi realizado utilizando todas as variáveis significativas e a QOL no início do estudo (atuando como variável defasada). Os resultados foram apresentados como Betas padronizados e valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 ARTIGO**

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de envelhecimento saudável está diretamente relacionado a uma melhor autopercepção de qualidade de vida.

Identificar os fatores comportamentais associados à qualidade de vida favorece intervenções mais eficientes na abordagem dos profissionais de saúde.

O presente estudo envolvendo 291 idosos da comunidade identificou que fatores comportamentais como a resiliência, a religiosidade e a solidão estão associadas à qualidade de vida da população idosa. Os achados permitem estabelecer relação de causalidade e assim, sugerir ações específicas para ofertar melhor qualidade de vida para a população em questão.

Assim, concluímos que fatores como religiosidade, resiliência e solidão devem ser abordados durante a prática clínica, uma vez que podem influenciar na qualidade de vida dos idosos.

## REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. *et al.* Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 1-12, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>
- ABDOLI, N. *et al.* A prevalência global do transtorno depressivo maior (TDM) entre os idosos: uma revisão sistemática e meta-análise. **Neurociências e Revisões Biocomportamentais**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1067-1073, 2022.
- ABU HAMMATTAH, A. *et al.* Association between structural social support and quality of life among urban older Malaysians. **Australasian Journal on Ageing**, [internet], v. 40, n. 4, p. 390-396, 2021. <https://doi.org/10.1111/ajag.12919>
- ALIPOUR F, *et al.* O papel do apoio social na ansiedade e depressão dos idosos. **Salmand: Jornal Iraniano do Envelhecimento**, [internet], v. 4, n. 1, p. 1-12, 2009. Disponível em: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-333-en.html>. Acesso em: 09 set. 2023.
- ALMEIDA, O. P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 56, n. 3-B, p. 605-612, set. 1998. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>
- ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.
- ARSLANTAŞ, H. *et al.* Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from Western Turkey. *Iranian journal of public health*, v. 44, n. 1, p. 43, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060775/>. Acesso em: 20 set. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. 2014. **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2012 – IBOPE**. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- BAERNHOLDT, M. *et al.* Factors associated with quality of life in older adults in the United States. **Quality of life research**, Netherlands, v. 21, n. 1, p. 527-534, 2012. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>
- BAI, W. *et al.* Inter-relação entre desempenho cognitivo e sintomas depressivos e sua associação com qualidade de vida em idosos: uma análise de rede baseada na onda 2017–2018 da Pesquisa Longitudinal de Longevidade Saudável Chinesa (CLHLS). **Jornal de Transtornos Afetivos**, [S. l.], v. 320, n. 1, p. 621-627, 2023.
- BARBON, J. F.; WIETHÖLTER, P.; FLORES, R. A. Alterações celulares no envelhecimento humano. **J Oral Invest**, v. 5, n. 1, p. 61-65, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/233172422.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- BATISTA, A. S. *et al.* **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização**

da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160p.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 80-83, mar./abr. 1998.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>

BOEHLEN, F. H. *et al.* Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. **Quality of Life Research**, [internet], v. 31, n. 7, p. 2023-33, 2022. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03055-1>

BOGGATZ, T. Quality of life in old age—a concept analysis. **International journal of older people nursing**, v. 11, n. 1, p. 55-69, 2016. <https://doi.org/10.1111/opn.12089>

BRITO, F. *et al.* **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte-MG: Cedeplar, 2007.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Est Pop**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002>

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 56-61, mar. 1997. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1997000100009>

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 and quality of life outcomes**, London, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2014. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0166-4>

CHEN, H. M.; TU, Y. H.; CHEN, C. M. Effect of continuity of care on quality of life in older adults with chronic diseases: a meta-analysis. **Clinical nursing research**, v. 26, n. 3, p. 266-284, 2017. <https://doi.org/10.1177/1054773815625467>

CHILDS, B. G. *et al.* Cellular senescence in aging and age-related disease: from mechanisms to therapy. **Nat Med**, New York, v. 21, n. 12, p. 1424-1435, dec. 2015. <https://doi.org/10.1038/nm.4000>

CHOI, S. J. Age-related functional changes and susceptibility to eccentric contraction-induced damage in skeletal muscle cell. **Integr Med Res**, Amsterdam, v. 5, n. 3, p. 171-175, sep. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2016.05.004>

COUTO, C. M.; BRITES, I. S. **Aging auditory system and amplification**. In: HATZOPOULOS, S. (Ed.). *Advances in clinical audiology* [Internet]. InTec; 2017. cap. 7. p. 111-127. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5772/63685>. Acesso em: 21 dec. 2023.

COSTA, R.; CARRERA, M.; MARQUES, A. P. Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos. **Geriatr Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/pt\\_gga010421a01.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/pt_gga010421a01.pdf). Acesso em: 26 dez. 2023.

CUDRIS-TORRES, L. *et al.* Quality of life in the older adults: The protective role of self-efficacy in adequate coping in patients with chronic diseases. **Frontiers in Psychology**, v. 14, n. 1, p. 13, 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1106563>

CURCIO, C. S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2019. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.65434>

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 393-403, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>

DE BELVIS, A. G. *et al.* Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. **Public health**, Netherlands, v. 122, n. 8, p. 784-793, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.08.018>

DOS SANTOS TAVARES, D. M. *et al.* Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [internet], v. 13, n. 2, p. 211-8, 2011. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.10876>

ESTEVE-CLAVERO, A. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 542-549, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800075>

EUROPEAN COMMISSION – EC. **Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>. Acesso em: 15 set. 2023.

FERNANDEZ-PORTERO, C. *et al.* The effect of social relationships on the well-being and happiness of older adults living alone or with relatives. **Healthcare**, Basel, v. 11, n. 2, p. 1-11, jan. 2023. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020222>.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

FLECK, M., *et al.* "Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2000, p. 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034->

89102000000200012

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. **J Psychiatr Res**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

FREAK-POLI, R. *et al.* Isolamento social, apoio social e solidão como conceitos independentes e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres idosas. **Envelhecimento e Saúde Mental**, São Paulo, v. 26, n. 7, p. 1335-1344, 2022. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>

GERINO, E. *et al.* Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. **Frontiers in psychology**, v. 8, n. 2003, p. 1-10, 2017. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>

GHIMIRE, S. *et al.* Depression, malnutrition, and health-related quality of life among Nepali older patients. **BMC geriatrics**, London, v. 18, n. 1, p. 1-15, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0881-5>

GIL-LACRUZ, Marta; SAZ-GIL, María I.; GIL-LACRUZ, Ana I. Benefits of older volunteering on wellbeing: An international comparison. **Frontiers in psychology**, Switzerland, v. 10, n. 1, p. 2647, 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02647>

GONÇALVES, A. M. S.; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Arch Clin Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-15, abr. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002>

GOTHE, N. P. *et al.* Physical activity, sleep and quality of life in older adults: influence of physical, mental and social well-being. **Behav Sleep Med**, Mahwah, v. 18, n. 6. P. 797-808, Nov./Dec. 2020. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1690493>

GOUVEIA, V. V. *et al.* Escala de Altruísmo Autoinformado: evidências de validade de construto. **Aletheia**, Canoas, v. 33, p. 30-44, set./dez. 2010. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942010000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000300004&lng=pt&nrm=iso)

GRAVILOV, L. A.; KRUT'KO, V. N.; GRAVRILOVA, N. S. The future of human longevity. **Gerontology**, New York, v. 63, n. 6, p. 524-526, mai. 2017. <https://doi.org/10.1159/000477965>

HAN, K. *et al.* Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 13, n. 3, p. 1-10, Mar. 2015. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0225-5>

HOOGENDIJK, E. O. *et al.* The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. **European journal of epidemiology**, [internet], v. 31, n. 1, p. 927-945, 2016. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0192-0>

IHYAUDDIN, Z. *et al.* The relative impact of underweight, overweight, smoking, and physical inactivity on health and associated costs in Indonesia: propensity score matching of a national sample. **BMC Health Services Research**, London, v. 22, n. 1, p. 1170, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08546-6>

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Short and Long Forms. Revised November 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos.** 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 05 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA – INE. **Population Projections of Spain 2018-2068: Methodology.** Madrid, Oct. 2018. Disponível em: [https://www.ine.es/en/metodologia/t20/meto\\_propob\\_2018\\_2068\\_en.pdf](https://www.ine.es/en/metodologia/t20/meto_propob_2018_2068_en.pdf). Acesso em: 15 set. 2023.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, jul./ago. 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185, n. 9, p. 914-919, 1963. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

KAZEMINIA, M. *et al.* The effect of exercise on anxiety in the elderly worldwide: a systematic review and meta-analysis. **Health and quality of life outcomes**, London, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01609-4>

KOENIG, H.; PARKERSON JR., G. R.; MEADOR, K. G. **Religion index for psychiatric research.** 1997.

KOO, J. H.; KANG, E. B.; CHO, J. Y. Resistance Exercise improves mitochondrial quality control in a rat model of sporadic inclusion body myositis. **Gerontology**, Basel, v. 65, n. 3, p. 240-252, Mar. 2019. <https://doi.org/10.1159/000494723>

LAVRETSKY, H. Saúde, resiliência e envelhecimento bem-sucedido nos veteranos mais velhos dos EUA. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Brasília, v. 3, n.1, p. 257-259, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234261>

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, Autumn 1969. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>.

Acesso em: 22 fev. 2023.

LI, H. W. *et al.* Qualidade de vida entre adultos de meia-idade e idosos residentes na comunidade: a função é mais importante do que a multimorbidade. **Arquivos de gerontologia e geriatria**, [S. l.], v. 95, n. 1, p. 104423, 2021.

LIMA, J. D. C. V.; ABREU, F. M. C. Envelhecimento no Brasil e no mundo. In: ABREU, F. M. C. **Fisioterapia em gerontologia clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. cap. 1. p. 4-11.

LIMA, M. C. C. *et al.* Accuracy of the life-space mobility measure for discriminating frailty and sarcopenia in older people. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1-11, Sep./Oct. 2022.

LIN, J. B.; TSUBOTA, K.; APTE, R. S. A glimpse at the aging eye. **Npj Aging Mech Dis**, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2016. <https://doi.org/10.1038/npjamd.2016.3>

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>

LORCA, F. Religiosidade, saúde física e funcional em pessoas maiores no Chile. **Colômbia Médica**, v. 2, n. 1, p. e-2004846, 2022. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/ciencia-da-saude>

LU, S. *et al.* Horticultural therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1086121, 2023. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1086121>

LUCCHETTI, G. *et al.* Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, n. 4, p. 316-322, 2011. <https://doi.org/10.2340/16501977-0784>

LUCCHETTI, G. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**, New York, 51, n. 2, p. 579-586, June 2012. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>

MANCHIA, M. *et al.* O impacto da prolongada pandemia de COVID-19 na resiliência ao estresse e na saúde mental: uma revisão crítica entre ondas. **Neuropsicofarmacologia Europeia**, [S. l.], v. 55, n. 1, p. 22-83, 2022.

Martinez-Martin, P. *et al.* Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. **Eur J Ageing**, [internet], v. 9, n. 3, p. 255-263, 2012. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0232-x>

MAJBAUDDIN, A. *et al.* A influência da diversificação de rendimentos e meios de subsistência na qualidade de vida relacionada com a saúde na Etiópia rural. **Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública**, [internet], v. 17, n. 8, p. 2709, 2020.

MARTINS, B. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos hospitalizados. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 11, n. 25, p. 1-19, mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800075>

MARTINS, D. de A. *et al.* Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 1, p. 1-9, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1011>

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Estudo Institucional nº. 10. São Paulo: IEPS, 2023. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo\\_Institucional\\_IEPS\\_10.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, may/june 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MORRIS, J. C. *et al.* The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. **Neurology**, New York, 39, n. 9, p. 1159-1165, Sep. 1989. <https://doi.org/10.1212/wnl.39.9.1159>

MURGIA, M. *et al.* Single muscle fiber proteomics reveals fiber-type-specific features of human muscle aging. **Cell Rep**, Cambridge, v. 19, n. 11, p. 2396-2409, june 2017. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2017.05.054>

NAHAS, M. V.; DE BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p48-59>

NETO, F. A escala de solidão da UCLA: adaptação portuguesa. **Psicol Clín**, Porto, v. 2, n. 1, p. 65-79, 1989.

NG, R. *et al.* Smoking, drinking, diet and physical activity—modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. **International journal of epidemiology**, v. 49, n. 1, p. 113-130, 2020. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz078>

NUNES, M. G. S. *et al.* Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 1, p. 1102-1115, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Década do envelhecimento saudável**: relatório de linha de base. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726587>. Acesso em: 12 set. 2023.

ORGANIZATION UNITED NATIONS – ONU. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Prospects 2022**. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>. Acesso em: 22 dez. 2023.

OUANES, S. *et al.* Saúde mental, resiliência e religiosidade em idosos sob quarentena de COVID-19 no Catar. **Arquivos de Gerontologia e Geriatria**, [internet], v. 96, n. 1, p. 104457, 2021.

PANZINI, R. G. *et al.* Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, London, v. 29, n. 3, p. 263-282, 2017. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>

PAPA, E. V.; DONG, X.; HASSAN, M. Resistance training for activity limitations in older adults with skeletal muscle function deficits: a systematic review. **Clin Interv Aging**, Auckland, v. 12, n. 6, p. 955-961, June 2017. <https://doi.org/10.2147/CIA.S104674>

PARISI, M. M. *et al.* Immunosenescence induced by plasma from individuals with obesity caused cell signaling dysfunction and inflammation. **Obesity**, Silver Spring, v. 25, n. 9, p. 1523-1531, Sep. 2017. <https://doi.org/10.1002/oby.21888>

PARK, J. *et al.* Health-related quality of life and pain intensity among ethnically diverse community-dwelling older adults. **Pain Manag Nurs**, Philadelphia, v. 16, n. 5, p. 733-742, Oct. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.04.002>

PARK, S. H.; HAN, K. S.; KANG, C. B. Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: a systematic review of randomized controlled trials. **Appl Nurs Res**, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 219-226, Nov. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.004>

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida na velhice**. In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 7. p. 184-194.

PESCE, R. P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, Mar./Abr. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>

PIMENTEL, W. R. T. *et al.* Quedas e qualidade de vida: associação com aspectos emocionais em idosos comunitários. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 42-48, 2015. <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/16920>

PINHEIRO, M. D. R.; FERREIRA, J. O questionário de suporte social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). **Psychologica**, Coimbra, v. 30, n. 1, p. 315-333, 2002. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/268035157\\_O\\_Questionario\\_de\\_Suporte\\_Social\\_Adaptacao\\_e\\_validacao\\_da\\_versao\\_portuguesa\\_do\\_Social\\_Support\\_Questioinaire\\_SQ6](https://www.researchgate.net/publication/268035157_O_Questionario_de_Suporte_Social_Adaptacao_e_validacao_da_versao_portuguesa_do_Social_Support_Questioinaire_SQ6) . Acesso em: 22 mai.2023.

POWER, M. *et al.* Desenvolvimento do antigo módulo WHOQOL. **Pesquisa sobre qualidade de vida**, v. 14, n. 1, p. 2197-2214, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

RACZKIEWICZ, D. *et al.* Gender gap in health condition and quality of life at advanced age. **Ann Agric Environ Med**, Lublin, v. 27, n. 4, p. 636-643, Dec. 2020. <https://doi.org/10.26444/aaem/125753>

RIZAL, H. *et al.* Health-related quality of life of younger and older lower-income households in Malaysia. **PloS one**, [internet], v. 17, n. 2, p. e0263751, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263751>

RIZZO, M.; ANDERSON, S.; FRITZSCH, B. **The aging mind and brain**: overview. *In*: The Wiley handbook on the aging mind and brain. United States: Hoboken, NJ: Wiley; 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101731781>. Acesso em: 21 dez. 2023.

RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. dos S. Resiliência em idosos: fatores associados às condições sociodemográficas e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. 1-10, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171>

ROEHR, S. *et al.* Subjective cognitive decline is longitudinally associated with lower health-related quality of life. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 29, n. 12, p. 1939-1950, 2017. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001399>

RONDÓN GARCÍA, L. M.; RAMÍREZ NAVARRRO, J. M. The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. **J Aging Res**, London, 2018 May:1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>.

ROSENBERG, R. Qualidade de vida relacionada à saúde entre o naturalismo e a hermenêutica. **Ciências Sociais & Medicina**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1411-15, 1995.

RUDNICKA, E. *et al.* The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. **Maturitas**, Limerick, v. 139, n. 9, p. 6-11, sep. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

RUSHTON, J. P.; CHRISJOHN, R. D.; FEKKEN, G. C. The altruistic personality and the self-report altruism scale. **Pers Individ Dif**, Oxford, v. 2, n. 4, p. 293-302, Jan. 1981. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(81\)90084-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(81)90084-2)

RUSSELL, D.; PEPLAU, L. A.; CUTRONA, C. E. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. **J Pers Soc Psychol**, Washington, v. 39, n. 3, p. 472-480, sep. 1980. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>

SALEHI, L.; SALAKI, S.; ALIZADEH, L. Qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos membros de centros de idosos em Teerã. *IRJE*, [internet], v. 8, n. 1, p. 14-20, 2012. Disponível em: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-15-en.html> . Acesso em: 23 set. 2023.

SÁNCHEZ-GARCÍA, J.; GIL-LACRUZ, A. I.; GIL-LACRUZ, M. The influence of gender equality on volunteering among European senior citizens. **VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v. 33, n. 4, p. 820-832, 2022. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00443-6>

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev Bras Prom Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, jan. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010>. Acesso em: 22 mai. 2023.

SARAIVA, M. D. *et al.* The impact of frailty on the relationship between life-space mobility and quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. **J Nutr Health Aging**, New York, v. 25, n. 4, p. 440-447, 2021. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1532-z>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 254p.

SELLA, E. *et al.* The relationship between sleep quality and quality of life in aging: a systematic review and meta-analysis. **Health Psychol Rev**, England, v. 17, n. 1, p. 169-191, mar. 2023. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1974309>

SILVEIRA, R. L.; BEZERRA, T. A.; DULGHEROFF, A. C. B. Fatores associados à qualidade de vidas das pessoas idosas no Brasil. *In: Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*. dezembro de 2021. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2021/TRABALHO\\_EV160\\_MD1\\_SA114\\_ID2691\\_16092021171004.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2021/TRABALHO_EV160_MD1_SA114_ID2691_16092021171004.pdf). Acesso em: 12 set. 2023.

SIVERTSEN, H. *et al.* Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. **Dement Geriatr Cogn Disord**. [internet], v. 40, n. 5-6, p. 311-339, 2015. <https://doi.org/10.1159/000437299>

SOUZA, L. M. D.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e auto percepção da saúde de idosos de Porto Alegre. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 561-569, set. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300003>

STIVAL, M. M. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 395-405, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200016>

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, nov. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>

TAVARES, D. M. S. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 32-39, jan./mar. 2007.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998 Jun;46(12):1569-85. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00009-4. PMID: 9672396.

VASCONCELOS A. M. N.; GOMES M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. R. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 155, n. 2, p. 104-109, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>

VITORINO, L. M. *et al.* The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific reports**, London, v. 8, n. 1, p. 17233, 2018. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**, New York, v. 1, n. 2, p. 165-178, Winter, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>. Acesso em 21 mai. 2023.

WERMELINGER AVILA, M. P. *et al.* Resiliência e saúde mental entre idosos regularmente e intermitentemente ativos: resultados de um estudo longitudinal de quatro anos. **Revista de Gerontologia Aplicada**, [internet], v. 41, n. 8, pág. 1924-1933, 2022. <https://doi.org/10.34019/ufjf/te/2021/00022>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med.**, London, v. 28, n. 3, p. 551-8, 1998. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World Report on Ageing and Health**. Geneva, 2015.

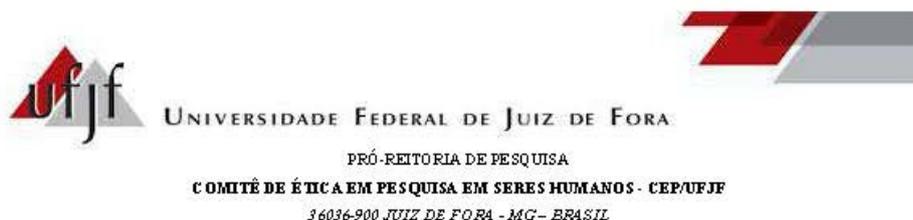
ZAITUNE, M. P. do A. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 28, n. 1, p. 583-596, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>

ZAPATER-FAJARÍ, M. *et al.* Resilience and psychobiological response to stress in older people: the mediating role of coping strategies. **Frontiers in aging neuroscience**, Switzerland, v. 13, n. 1, p. 632141, 2021. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.632141>

ZHANG, W. *et al.* The quality of life of older carers and the people they support: An international scoping review. **Health Soc Care Community**., [internet], v. 30, n. 6, p. 3342-53, 2022. <https://doi.org/10.1111/hsc.13916>.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da influência de fatores comportamentais no comprometimento mnêmico e saúde mental de idosos saudáveis”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a influência dos comportamentos da pessoa e sua relação com a memória e saúde mental (depressão, ansiedade e estresse).

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é devido ao fato que, ao identificar como o comportamento do indivíduo influencia na saúde, isso poderia auxiliar no desenvolvimento de estratégias preventivas para a deficiência de memória (“perda de memória”) e melhor saúde mental em idosos e na elaboração de futuros trabalhos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Será feita uma avaliação inicial, com aplicação de alguns questionários, no ano de 2015 e outra avaliação final após 2 anos (no ano de 2017). Os riscos envolvidos na pesquisa consistem nos riscos mínimos relacionados ao preenchimento do questionário, assim como risco que tem em atividades rotineiras, como ler um livro, conversar, andar. Não haverá difamação, calúnia ou qualquer dano moral. A pesquisa contribuirá para a análise da influência dos comportamentos na deficiência de memória, propiciando melhorias na área do envelhecimento, beneficiando o idoso, e na área acadêmica.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação da influência de fatores comportamentais no comprometimento mnêmico e saúde mental de idosos saudáveis”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Nome do Pesquisador Responsável: Giancarlo Lucchetti**

Faculdade de Medicina Universidade Federal de Juiz de Fora

Sala: NAPE – Subsolo 1

Avenida Eugênio do Nascimento s/n – Dom Bosco Juiz de Fora, Brasil

CEP: 36038-330

Tel: 2102-3829

Email: geriatria.medicina@ufjf.edu.br

## APÊNDICE B – Instrumentos para coleta de dados

Questionário base sobre avaliação da influência de fatores comportamentais no comprometimento mnêmico e saúde mental de idosos saudáveis

**Essa primeira página será destacada e armazenada em um local separado do questionário**

POR FAVOR USE LETRAS MAÍUSCULAS:

<u>Primeiro nome:</u>		<u>Sobrenome:</u>	
-----------------------	--	-------------------	--

**Nós gostaríamos de lhe contatar no futuro. Se você concorda complete abaixo.**

Endereço de contato:

---



---



---

Números de

Casa:

Celular:

Trabalho:

Telefone:

---

Email:

---

Assinatura:

---

Participa da FAMIDADE há quanto tempo?

Realiza alguma atividade física?

Qual?

Há quanto tempo?

Qual a frequência semanal?

Saiu da Famidade?

Quanto tempo que saiu?

Tempo que ficou na Famidade:

**Dados sociodemográficos**

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo da entrevista: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Assinatura TCLE: (1) Sim (2) Não Entrevistadora \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Estado civil:

- (1) Solteiro
- (2) Casado/vivendo com parceiro
- (3) Viúvo
- (4) Divorciado/separado
- (5) Outros

Escolaridade:

- (1) Analfabeto
- (2) Primário incompleto
- (3) Primário completo (até 4ª série)
- (4) Ginásial incompleto
- (5) Ginásial completo (até a 8ª série)
- (6) Colegial incompleto
- (7) Colegial completo (ensino médio)
- (8) Superior incompleto
- (9) Superior completo – Qual? \_\_\_\_\_

Qual o grau de instrução do chefe da família:

- (1) Analfabeto
- (2) Primário incompleto
- (3) Primário completo (até 4ª série)
- (4) Ginásial incompleto
- (5) Ginásial completo (até a 8ª série)
- (6) Colegial incompleto
- (7) Colegial completo (ensino médio)
- (8) Superior incompleto
- (9) Superior completo – Qual? \_\_\_\_\_

ANOS DE ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

Ocupação atual:

- (1) Aposentado, mas trabalha. Em que? \_\_\_\_\_
- (2) Só aposentado
- (3) Só dona de casa
- (4) Pensionista
- (5) Aposentado e pensionista

Qual a sua renda mensal? Valor: \_\_\_\_\_ reais ou \_\_\_\_\_ salários mínimos

Qual a renda familiar? Valor: \_\_\_\_\_ reais ou \_\_\_\_\_ salários mínimos

Qual a sua raça/cor de pele?

- (1) Branca
- (2) Negra
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (99) Não soube declarar

Fuma (atualmente)? \_\_\_\_\_

Se sim: há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_ Anos maços: \_\_\_\_\_

Se não: Já fumou? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo parou? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros eram/dia? \_\_\_\_\_ Anos maços: \_\_\_\_\_

**POSSE DE ITENS**

Iremos questionar agora se o senhor(a) possui alguns itens em casa e a quantidade que possui desses itens.

Descrição dos itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

O Sr(a) tem algum destes problemas de saúde?

**Presença:** (0) ausente (1) presente

**Por quem:** (0) ninguém (1) médico (2) familiar/amigo  
(999) NA (997) NS (998) NR

Patologia	Presença?	Por quem?
1. Pressão alta		
2. Depressão		
3. Doenças do coração		
4. Câncer		
5. Tuberculose		
6. AVC (hemorrágico/derrame)		
7. AVC (isquêmico)		
8. Uso de óculos		
9. Uso de aparelho auditivo		
10. Uso de bengalas, andador, cadeira de rodas		
11. Artrose		
12. Reumatismo		
13. Probl.de memória (demências)		
14. Bronquite/asma/DPOC		
15. Diabetes		
16. Doença de Parkinson		
17. Problema/deformidade nos pés		
18. Trombose		
19. Outros		

Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

Você tem algum problema de memória? (1) Sim (0) Não

Como você acha que é sua memória atualmente?

(0) Muito ruim (1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito Boa

Em geral, como descreveria sua memória comparada a que tinha aos 40 anos de idade?

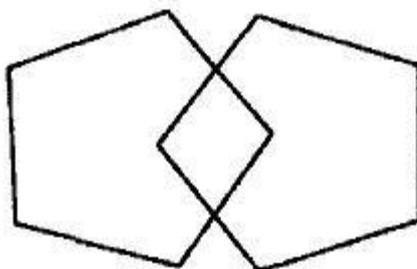
(0) Muito pior agora (1) Um pouco pior agora (2) Sem mudança

(3) Um pouco melhor agora (4) Muito melhor agora

## A- Avaliação do estado cognitivo

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	ANOTAR RESPOSTAS	Pontuação
1 a. Qual o dia da semana?		1a. 0 1
1 b. Qual o dia do mês?		1b. 0 1
1 c. Em que mês nós estamos ?		1c. 0 1
1 d. Em que ano nós estamos ?		1d. 0 1
1 e. Qual a hora aproximada?		1e. 0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
2 a. Que local é esse (específico= aposento ou setor)		2a. 0 1
2 b. Que instituição (genérico = residência, hospital...)		2b. 0 1
2 c. Que bairro (ou rua próxima) nós estamos?		2c. 0 1
2 d. Que cidade é essa?		2d. 0 1
2 e. Estado?		2e. 0 1
MEMÓRIA IMEDIATA: <i>Preste atenção. Eu vou dizer três palavras o sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), BOLA (pausa). Agora, repita as palavras para mim. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.</i>	CARRO VASO BOLA	3a. 0 1 3b. 0 1 3c. 0 1
ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Se não atingir o escore máximo, peça: Solete a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente (O.D.N.U.M.)	93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____  O D N U M Dê 1 ponto p/ cada letra na posição correta.	4a. 0 1 4b. 0 1 4c. 0 1 4d. 0 1 4e. 0 1  Pt do cálculo: ____ Pt do mundo: ____ Considere o maior resultado
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: Quais foram as três palavras que e pedi que o sr(a) memorizasse?	CARRO VASO BOLA	6a. 0 1 6b. 0 1 6c. 0 1
LINGUAGEM Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte: O que é isto? (lápiz) O que é isto? (relógio)	_____ _____	7a. 0 1 7b. 0 1
"Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".	_____	8. 0 1
"Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida coloque-o no chão." Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Colocar no chão	_____ _____ _____	9a. 0 1 9b. 0 1 9c. 0 1
"Por favor, escreva uma frase simples"	_____	10. 0 1
"Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel" (Mostre ao examinado a folha: (FECHE OS OLHOS)	_____	11. 0 1
Peça: "Por favor, copie este desenho" (anexo).		12. 0 1



TESTE DE LISTA DE PALAVRAS DO CERAD

Lista de Palavras para Fixação e Recordação					
1ª tentativa	Ordem	2ª tentativa	Ordem	3ª tentativa	Ordem
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Praia		Cabana		Poste	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
Score					

Evocação de 5 minutos	
	Ordem
Manteiga	
Braço	
Praia	
Carta	
Rainha	
Cabana	
Poste	
Bilhete	
Erva	
Motor	
<b>SCORE</b>	

Lista de Reconhecimento de Palavras		
Igreja	Poste	Carta
Rainha	Braço	Tropa
Café	Aldeia	Hotel
Cabana	Praia	Erva
Manteiga	Corda	Montanha
Chinelo	Cinco	Motor
Dólar	Bilhete	
Score:		

## B- AVALIAÇÃO DOS FATORES MODIFICÁVEIS

### DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

**DASS – 21** Versão traduzida e validada para o português do Brasil  
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

#### Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

**ATIVIDADE FÍSICA:** IPAQ versão curta – Questionário Internacional de Atividade Física

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

**1a** Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA**      ( ) Nenhum

**1b** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**2a.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA**      ( ) Nenhum

**2b.** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**3a** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**3b** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

**4a.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4b.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL ABREVIADO – VERSÃO EM PORTUGUÊS**

**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. 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(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	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(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	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 capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	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 bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	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(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

### ÍNDICE DE KATZ

Abreviações: **I** = Independente, **A** = Assistência, **D** = Dependente.

#### 1. Tomar banho (esponja, chuveiro):

(**I**) Não precisa de ajuda.

(**A**) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).

(**D**) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).

#### 2. Vestir-se:

(**I**) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.

(**A**) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos.

(**D**) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

**3. Ir ao banheiro:**

(I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).

(A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do urinol a noite.

(D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.

**4. Locomoção:**

(I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte, como bengala ou andador).

(A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.

(D) Não sai da cama.

**5. Continência:**

(I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.

(A) Tem acidentes ocasionais.

(D) Supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.

**6. Alimentação:**

(I) Alimenta-se sem ajuda.

(A) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão.

(D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

**ESCALA DE LAWTON-BRODY**

<b>1. TELEFONE</b>	1. O (A) senhor (a) consegue usar o telefone?	Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda.	3
		Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar.	2
		Completamente incapaz no uso do telefone.	1
<b>2. VIAGENS</b>	O (A) senhor (a) consegue viajar para locais distantes sem necessidade de acompanhantes?	Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi.	3
		Capaz de viajar exclusivamente acompanhado.	2
		Completamente incapaz de viajar.	1
<b>3. COMPRAS</b>	O (A) senhor (a) consegue fazer compras?	Capaz de fazer compras se fornecido transporte.	3
		Capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado.	2
		Completamente incapaz de fazer compras.	1
<b>4. PREPARO DE REFEIÇÕES</b>	O (A) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Capaz de planejar e cozinhar refeições completas.	3
		Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho.	2
		Completamente incapaz de preparar qualquer refeição.	1
<b>5. ARRUMAR A CASA</b>	O (A) senhor (a) consegue arrumar a casa?	Capaz de arrumar sem ajuda	3
		Capaz de arrumar com ajuda parcial	2
		Não consegue arrumar a casa	1
<b>6. TRABALHO DOMÉSTICO</b>	O (A) senhor (a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão).	3
		Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.	2
		Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.	1
<b>7. PASSAR ROUPAS</b>	O (A) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Capaz de passar roupas sem ajuda	3
		Capaz de passar as roupas, mas necessita de ajuda parcial	2
		Não é capaz de passar as roupas	1
<b>8. MEDICAÇÃO</b>	O (A) senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e horário corretos?	Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa.	3
		Capaz de tomar os remédios mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare.	2
		Completamente incapaz de tomar os remédios sozinho.	1
<b>9. DINHEIRO</b>	O (A) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?	Capaz de administrar suas necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas sem ajuda.	3
		Capaz de administrar suas necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas.	2
		Completamente incapaz de administrar dinheiro.	1
Máximo: 27 pontos		<b>TOTAL:</b> _____	

## SUPORTE SOCIAL: QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL VERSÃO ABREVIADA

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira, **indique**, não contando consigo, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Para tal, em frente de cada número coloque o tipo de relacionamento que têm consigo. A cada número corresponde uma só pessoa.

Na segunda parte, indique, preenchendo o quadrado, o número (de 1 a 6) que melhor traduz o seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem.

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, assinale a expressão "Ninguém", mas seleccione sempre o seu nível de satisfação. Para cada questão, o número máximo de pessoas a indicar é nove.

**1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?** (Indique o grau de parentesco/amizade).

Ninguém 1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

**1.1. - Qual o seu grau de satisfação?**

Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

**2. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?**

Ninguém 1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

**2.1. Qual o seu grau de satisfação?**

Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

**3. Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?**

Ninguém 1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

**3.1. Qual o seu grau de satisfação?**

Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

**4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?**

Ninguém 1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

**4.1. Qual o seu grau de satisfação?**

- Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

**5. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?**

Ninguém    1) \_\_\_\_\_    4) \_\_\_\_\_    7) \_\_\_\_\_  
                   2) \_\_\_\_\_    5) \_\_\_\_\_    8) \_\_\_\_\_  
                   3) \_\_\_\_\_    6) \_\_\_\_\_    9) \_\_\_\_\_

**5.1. Qual o seu grau de satisfação?**

- Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

**6. Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando você está muito preocupado/a?**

Ninguém    1) \_\_\_\_\_    4) \_\_\_\_\_    7) \_\_\_\_\_  
                   2) \_\_\_\_\_    5) \_\_\_\_\_    8) \_\_\_\_\_  
                   3) \_\_\_\_\_    6) \_\_\_\_\_    9) \_\_\_\_\_

**6.1. Qual o seu grau de satisfação?**

- Muito insatisfeito       Algo insatisfeito       Satisfeito  
 Insatisfeito       Pouco satisfeito       Muito satisfeito

## C- AVALIAÇÃO DOS FATORES COMPORTAMENTAIS

### ESPIRITUALIDADE: SELF-SPIRITUALITY RATING SCALE – SRSS

#### Escala SSRS – Espiritualidade

Indique o número que melhor demonstra o quanto você concorda com cada afirmação, escolhendo:

- 1 = "concordo muito"  
 2 = "concordo"  
 3 = "concordo parcialmente"  
 4 = "discordo"  
 5 = "discordo totalmente"

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.	1	2	3	4	5
2. Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.	1	2	3	4	5
3. As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.	1	2	3	4	5
4. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.	1	2	3	4	5
5. A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.	1	2	3	4	5
6. Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.	1	2	3	4	5

### RELIGIOSIDADE: ESCALA DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

#### Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

#### Qual a sua religião?

- 1- Nenhuma, mas acredito em Deus
- 2- Nenhuma e não acredito em Deus
- 3- católico
- 4- evangélico/ protestante
- 5- muçulmano
- 6- budista
- 7- espírita
- 8- hindu
- 9- umbandista
- 10- judeu
- 11- espiritualista
- 12- outros (especifique)

**VOLUNTARIADO:**

1 - O Sr(a) participa de algum trabalho voluntário?

( ) Sim ( ) Não

Caso responda sim, faça as perguntas abaixo.

2 - Qual o tipo de trabalho voluntário que realiza:

3 - Em qual local:

4 - Qual foi a sua idade de ingresso no voluntariado:

5 - Qual a sua freqüência semanal de trabalho voluntário:

6 - Quais os motivos de ingresso na atividade:

7 - Quais os principais retornos do voluntariado:

**RESILIÊNCIA: ESCALA DE RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA**

Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993)

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando faço planos levo-os até ao fim.							
2. Costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.							
3. Sou capaz de depender de mim mesmo mais do que de qualquer outra pessoa.							
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.							
5. Posso estar por minha conta se for preciso.							
6. Sinto orgulho em ter realizado coisas na minha vida.							
7. Costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.							
8. Sou amigo de mim mesmo.							
9. Sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
10. Sou determinado(a).							
11. Raramente penso no objectivo das coisas.							
12. Vivo a vida um dia de cada vez.							
13. Posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades.							
14. Sou disciplinado(a).							
15. Mantenho interesse nas coisas.							
16. Normalmente encontro motivo para rir.							
17. Acreditar em mim mesmo leva-me a superar tempos difíceis.							
18. Em situações de emergência sou uma pessoa em quem os outros.							
19. Posso, geralmente, ver uma situação de diversas maneiras.							
20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas que eu queira ou não.							
21. A minha vida tem sentido.							
22. Não insisto em coisas sobre as quais não posso fazer nada.							
23. Quando estou numa situação difícil normalmente encontro uma saída.							
24. Tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.							
25. Não me importo se há pessoas que não gostam de mim.							

PERDÃO: ESCALA DE ATITUDES PARA O PERDÃO

Escala de Atitudes para o Perdão (EPI)

Algumas vezes, somos magoados por aqueles que nos são próximos na família, nas amizades, na escola, no trabalho, ou em outras situações. Agora, pedimos a você para pensar na experiência **mais recente** na qual alguém lhe magoou **profunda e injustamente**. Visualize na sua mente, os eventos daquela situação. Tente ver a pessoa e tente experienciar o que aconteceu.

O quanto você se sentiu magoado quando o incidente ocorreu? (Marque um X na sua resposta)

- ( ) Nenhuma mágoa      ( ) Um pouco magoado(a)      ( ) Alguma mágoa      ( ) Muito magoado(a)      ( ) Tremendamente magoado

Quem lhe magoou? (Marque um X na sua resposta)

- ( ) Filho(a)                      ( ) Cônjuge                      ( ) Parente  
 ( ) Amigo do mesmo sexo      ( ) Amigo do sexo oposto      ( ) Patrão  
 ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_ .

Esta pessoa está viva? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo atrás ocorreu esta ofensa?

- ( ) Dias      ( ) Semanas      ( ) Meses      ( ) Anos

Por favor, descreva brevemente a ofensa:

---



---



---

**ALTRUISMO: ESCALA DE ALTRUIÍSMO AUTOINFORMADO****Escala de Altruismo Auto-informado**

Por favor, leia com atenção cada uma das ações descritas abaixo e indique na escala de resposta a frequência com a qual você já realizou estas ações.

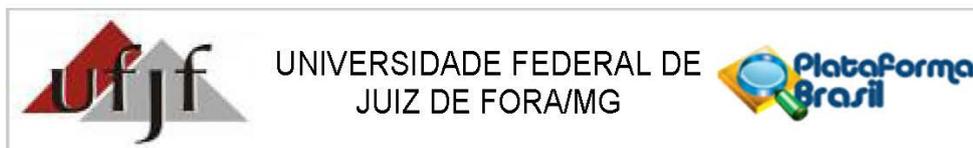
<b>AFIRMAÇÕES</b>	<b>Nunca</b>	<b>Uma vez</b>	<b>Mais de uma vez</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Muito frequentemente</b>
01. Já ajudei a empurrar um carro enguiçado (quebrado) de um estranho.	0	1	2	3	4
02. Já dei direções ou orientações a um estranho.	0	1	2	3	4
03. Já troquei dinheiro para um estranho.	0	1	2	3	4
04. Já dei dinheiro para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
05. Já dei dinheiro para um estranho necessitado (ou que me pediu).	0	1	2	3	4
06. Já doei bens ou roupas para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
07. Já trabalhei como voluntário para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
08. Já doei sangue.	0	1	2	3	4
09. Já ajudei a carregar os pertences de um estranho (livros, sacolas, etc.).	0	1	2	3	4
10. Já segurei um elevador e mantive a porta aberta para que um estranho pudesse entrar.	0	1	2	3	4
11. Já deixei alguém passar na minha frente em uma fila (na fotocopadora ou no supermercado).	0	1	2	3	4
12. Já dei carona a um estranho no meu carro (dos meus pais ou amigos).	0	1	2	3	4
13. Já mostrei a um balconista (por exemplo, no supermercado, na lanchonete) seu erro por ter me cobrado menos do que eu deveria pagar.	0	1	2	3	4
14. Já deixei um vizinho, que não conheço muito bem, pegar emprestado algo de valor (por exemplo, ferramentas, eletrodomésticos).	0	1	2	3	4
15. Já comprei cartões de Natal de organizações de caridade só por saber que se tratava de uma boa causa.	0	1	2	3	4
16. Já ajudei um(a) colega de classe, que não conheço muito bem, com um trabalho da faculdade quando meu conhecimento era maior que o dele(a).	0	1	2	3	4
17. Já fui solicitado, voluntariamente, para tomar conta de animais de estimação ou crianças do vizinho sem receber qualquer pagamento em troca.	0	1	2	3	4
18. Já ofereci ajuda a um deficiente ou idoso desconhecido para atravessar a rua.	0	1	2	3	4
19. Já ofereci meu assento no ônibus para um desconhecido que estava de pé.	0	1	2	3	4
20. Já ajudei um conhecido a mudar de casa.	0	1	2	3	4

**SOLIDÃO: ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA****Escala de Solidão**

**Instruções:** Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

	<b>Nunca</b>	<b>Rara- mente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Muitas Vezes</b>
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora.	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros.	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente.	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído.	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar.	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da influência de fatores comportamentais no comprometimento mnêmico e saúde mental de idosos saudáveis

**Pesquisador:** Giancarlo Lucchetti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43191315.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.109.647

**Data da Relatoria:** 23/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa que se propõe a avaliar a relação entre fatores comportamentais e declínio cognitivo em idosos.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo encontra-se expresso em consonância com a justificativa e a hipótese do projeto.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são corretamente classificados como mínimos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

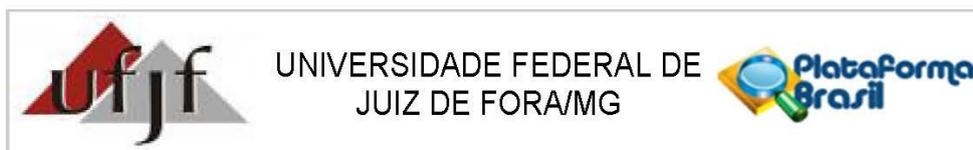
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequadamente formulados

#### Recomendações:

No campo "riscos" onde o pesquisador anuncia medidas de proteção ao participante não haja

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.109.647

mudança de pessoa (ele passa a dirigir-se diretamente ao participante, em 2a. pessoa: o sr. terá isso, poderá aquilo...)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional CNS 001/2013. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2018.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 16 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Francis Ricardo dos Reis Justi**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br