



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



ROUMAYNE MEDEIROS FERREIRA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
LONGEVOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Recife
2019

ROUMAYNE MEDEIROS FERREIRA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
LONGEVOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Modo de vida, morbimortalidade e atenção à saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Márcia Carréra Campos Leal

Co-Orientadora: Prof^a Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Recife

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

C837q Costa, Roumayne Medeiros Ferreira.
Qualidade de vida global e fatores associados em idosos longevos assistidos em unidades de saúde da família / Roumayne Medeiros Ferreira Costa. – Recife: o autor, 2019.
66 f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idosos de 80 anos ou mais. 2. Qualidade de vida. 3. Atenção primária a saúde. I. Leal, Márcia Carréra Campos (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 071)

ROUMAYNE MEDEIROS FERREIRA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
LONGEVOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 22/01/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Carréra Campos Leal (Orientadora)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Titular Interno)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann (Membro Titular Externo)
Depto. de Medicina Social

Dedico este trabalho aos meus pais, a quem devo as oportunidades e incentivos de estudo, e às minhas filhas, que seja exemplo de esforço e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por existir, por me dar forças e ajudar a ultrapassar barreiras na conquista desse objetivo.

Aos meus pais, Lucio e Rosélia, que batalharam para que eu pudesse ter uma educação de qualidade, estando sempre ao meu lado e incentivando meu crescimento intelectual, em quem sempre tive meu porto seguro.

Às minhas irmãs, Roumeyne e Raylene, e cunhados, sempre braços direitos, companhias eternas, suportes nos momentos que precisei de incentivo, de opiniões e de ajuda.

Ao meu marido, Francisco, pelo apoio, paciência e cumplicidade todos os dias, permitindo que esse sonho pudesse ser alcançado com mais tranquilidade.

Aos meus amigos, que estiveram sempre na torcida, acreditando que eu chegaria até o fim.

À minha orientadora, Márcia Carrera, pelos ensinamentos, pela paciência e disponibilidade, mostrando que eu era capaz a todo momento, não permitindo que eu fraquejasse diante dos obstáculos.

Aos meus amigos do Mestrado, sempre companheiros, solidários, torcedores, com quem dividi momentos maravilhosos de aprendizado e reflexão.

A todos que fazem o PPGSC, por toda estrutura que foi oferecida, incluindo espaço físico, conteúdo e atendimento, para a realização deste Mestrado

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida global e os fatores associados em idosos longevos assistidos em Unidades de Saúde da Família, bem como caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas, apoio social, morbidade diagnosticada em prontuário e sintomatologia depressiva. Como produto da dissertação, foi desenvolvido um artigo científico com o título: Fatores que Influenciam na Qualidade de Vida Global de Idosos Longevos. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com base em dados secundários, coletados para a construção do projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”. O tamanho da amostra foi de 100 idosos, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes na área de abrangência da microrregião 4.2 da cidade do Recife – PE, Brasil e cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF). A qualidade de vida global foi avaliada por meio do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF), utilizando as duas primeiras perguntas gerais do Whoqol bref, que aborda a auto avaliação da satisfação com a qualidade de vida e a autopercepção da saúde. Em relação às características sociodemográficas: 77% do sexo feminino, 34% da raça branca, 46% com escolaridade de 1 a 4 anos, 63% viúvo, 76% com renda de 1 a 2 salários mínimos, 73% aposentados e 72% religião católica. De acordo com a morbidade diagnosticada em prontuário (as doenças mais prevalentes foram 77% hipertensão arterial sistêmica, seguida de 34% diabetes mellitus e 27% doença cardiovascular), 74% com apoio social e 63% com presença de sintomatologia depressiva. Para a análise multivariada foi utilizado o modelo logístico multivariado. Considerando a qualidade de vida global foi obtido como satisfatória 35%. Concluiu-se, em relação a qualidade de vida global, que a amostra estudada classificou em sua maioria, como insatisfatória e que os fatores apoio social, depressão, osteoporose e osteoartrite, associados ao envelhecimento, interferem na qualidade de vida global dos idosos longevos.

Palavras-chave: Idosos de 80 anos ou mais. Qualidade de vida. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the overall quality of life and associated factors in elderly people assisted in Family Health Units, as well as to characterize the sample according to sociodemographic variables, social support, diagnosed morbidity in the patient's chart and depressive symptomatology. As a product of the dissertation, a scientific article was developed entitled: Factors that Influence the Global Quality of Life of the Elderly. This is a cross-sectional, quantitative study based on secondary data collected for the construction of the project "Successful Aging in Long-term Elderly Persons and Associated Factors". The sample size was 100 non-institutionalized elderly people of both sexes residing in the area covered by the micro-region 4.2 of the city of Recife, PE, Brazil and enrolled in the Family Health Units (USF). The overall quality of life was assessed using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) instrument, using the first two general questions of the Whoqol bref, which addresses self-rated satisfaction with quality of life and self-perception of health. In relation to the sociodemographic characteristics: 77% female, 34% white, 46% with schooling from 1 to 4 years, 63% widowed, 76% with income from 1 to 2 minimum wages, 73% retired and 72% catholic According to the morbidity diagnosed in medical records (the most prevalent diseases were 77% systemic arterial hypertension, followed by 34% diabetes mellitus and 27% cardiovascular disease), 74% with social support and 63% with depressive symptomatology. For the multivariate analysis, the multivariate logistic model was used. Considering the overall quality of life was obtained as satisfactory 35%. It was concluded that, in relation to overall quality of life, the sample studied classified as unsatisfactory and that the social support, depression, osteoporosis and osteoarthritis factors associated with aging interfere in the overall quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly people 80 years and over. Quality of life. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Projeção para a População Brasileira por proporção de pessoas por grandes faixas etárias	17
Figura 2 -	Pirâmides etárias absolutas	19
Tabela 1 -	Qualidade de Vida Global. Recife/Pernambuco, 2018	39
Tabela 2 -	Classificação da qualidade de vida global em relação as condições sociodemograficas, apoio social e sintomatologia depressiva. Recife/Pernambuco, 2018.....	40
Tabela 3 -	Classificação da qualidade de vida global em relação morbidade diagnosticada em prontuário. Recife/Pernambuco, 2018.....	41
Tabela 4 -	Classificação da qualidade de vida global. Recife/PE, 2018.....	42
Tabela 5 -	Variáveis utilizadas na equação. Recife/PE, 2018.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GETI	Grupo de estudos da Terceira Idade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCF	Perda da Capacidade Funcional
PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RPA	Regiões Político-Administrativas
QV	Qualidade de vida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	GERAL.....	15
2.2	ESPECÍFICOS.....	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	CENÁRIO ATUAL SOBRE ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE NO BRASIL.....	16
3.2	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS LONGEVOS.....	21
3.3	O PAPEL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO A PESSOA IDOSA.....	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	ARTIGO ORIGINAL: Fatores que Influenciam na qualidade de vida global de Idosos longevos	30
4.1.1	Tipo do estudo	30
4.1.2	Local do estudo	30
4.1.3	População e amostra do estudo	30
4.1.4	Crterios de inclusão	31
4.1.5	Crterios de exclusão	31
4.1.6	Elenco das variáveis	31
4.1.6.1	Variável Dependente	31
4.1.6.2	Variáveis Independentes	32
4.1.7	Instrumento da pesquisa	33
4.1.8	Coleta dos dados	33
4.1.9	Análise dos dados	33
4.1.10	Aspectos éticos	34
5	RESULTADOS	35
5.1	ARTIGO ORIGINAL: FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL DE IDOSOS LONGEVOS	35
6	ANÁLISE DOS DADOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS NA DISSERTAÇÃO	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56

APÊNDICE A – ROTEIRO DA PESQUISA E ESCALAS UTILIZADAS	61
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	66

1 INTRODUÇÃO

No cenário mundial, o envelhecimento populacional torna-se muito significativo e vem ganhando amplo enfoque, tanto do ponto de vista científico, quanto das políticas públicas (BRITO et al.,2013). O processo de envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos, sendo influenciado por fatores de discriminação e exclusão, associados ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia (SAMPAIO et al., 2009).

A velhice denota o estado de “ser velho”, condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos, podendo ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida (LIMA, SILVA e GALHARDONI, 2008; NERI, 2007).

Segundo os dados do censo realizado no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2010, observa-se uma mudança no perfil demográfico com alargamento do topo da pirâmide e crescimento da população com 60 - 79 anos, que repercutiu 7,5% em 2000, passando a 9,4% em 2010. No que se refere aos idosos longevos, ou seja, população com 80 anos ou mais, o crescimento passou de 1,1 para 1,6 no mesmo período. Cerca de 20.590.597 são idosos no Brasil, destes o grupo de idosos com 80 anos ou mais representava aproximadamente 14% do total de idosos, constituindo o segmento populacional que mais cresce (IBGE, 2010), sendo esta informação afirmada também por Gutz e Camargo (2013).

De acordo com o IBGE (2018), a população brasileira está em trajetória de envelhecimento e, até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 11% para 25,5%, sendo 1 idoso em cada 4 brasileiros. O número de pessoas com mais de 65 anos alcançará 15% da população já em 2034, ultrapassando a barreira de 20% em 2046.

A partir do aumento do segmento populacional dos idosos no Brasil, um aspecto de grande interesse e acentuado crescimento no meio acadêmico são os estudos incluindo longevidade e qualidade de vida, essa última relacionada com a auto-estima e com o bem-estar pessoal. Isso está ligado a uma série de fatores como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação

social, atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade (TORRES et al., 2009).

No final dos anos, 90 a Organização Mundial de Saúde - OMS adotou o termo de “envelhecimento ativo”, que consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra percepção das suas capacidades, no que diz respeito, ao seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e permite-lhes participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades (AZEVEDO, 2015).

Face ao envelhecimento da população e levando em consideração a evidência que as pessoas vivem durante mais tempo e com mais doenças crônicas, é particularmente pertinente a abordagem da qualidade de vida nas pessoas idosas. Por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida a definição de qualidade de vida é difícil (PAUL e FONSECA, 2008).

Conscientizar-se de que se trata de um fenômeno irreversível é de suma importância para que todos, profissionais da saúde, governo, sociedade em geral e os próprios idosos, vejam a velhice não como finitude, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (WITTER & BURITI, 2011).

Para Silva (2011), o interesse por pesquisas envolvendo temas relacionados com o envelhecimento e a qualidade de vida com a pessoa idosa parte da necessidade de compreensão de comportamentos preventivos diante dos fatores que modifiquem este período, como por exemplo, a doença, bem como as possíveis alterações ocorridas no estilo de vida imposto por esse novo comportamento, estando aliada a possíveis mudanças e transformações do conhecimento do senso comum, uma vez que não basta só viver muito e sim viver muito com qualidade. Portanto, configura-se como um problema de saúde pública, já que temos um aumento da expectativa de vida no país, uma condição de vida insatisfatória, tendo como consequência problema psicossocial, econômico e político, levando aos idosos a enfrentar situações constrangedoras e de preconceito ao longo do tempo.

Considerando a importância do exposto, o estudo tem como pergunta norteadora: Quais fatores influenciam na qualidade de vida global dos idosos longevos assistidos em Unidades de Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Avaliar a qualidade de vida global e os fatores associados em idosos longevos assistidos em Unidades de Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a casuística estudada segundo variáveis sócio demográficas, apoio social, morbidade diagnosticada em prontuário, sintomatologia depressiva;
- Classificar a qualidade de vida global (auto-avaliação e a percepção da saúde) em idosos longevos;
- Verificar se existe associação entre a qualidade de vida global e as variáveis independentes do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

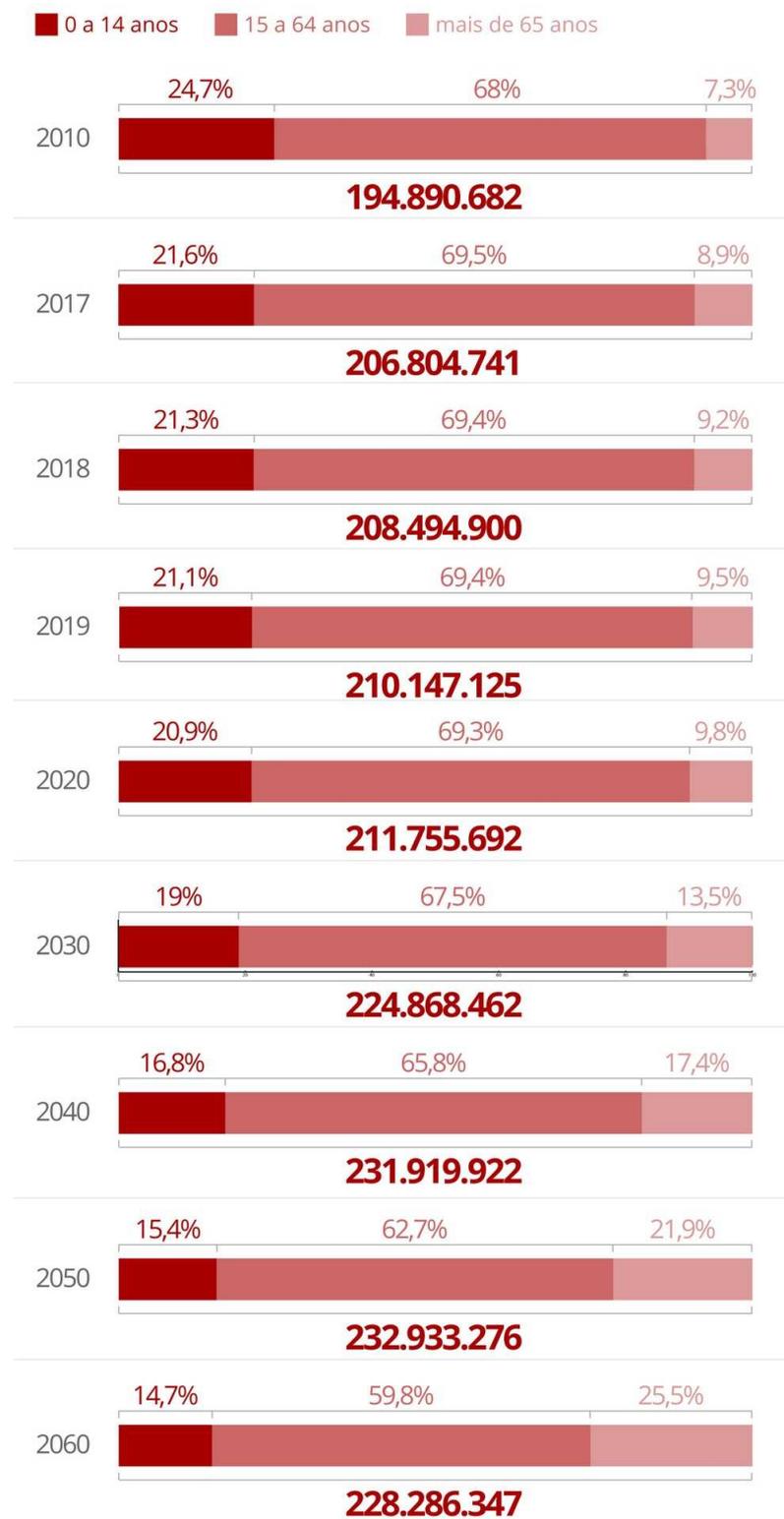
3.1 O CENÁRIO ATUAL SOBRE ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE NO BRASIL

O crescimento elevado da população idosa brasileira é uma questão de saúde pública. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (SAMPAIO et al., 2009).

Segundo a United Nations Population Division, alterações nas taxas de fecundidade e mortalidade estão relacionadas às transformações econômicas e sociais. A entidade aponta a diminuição da mortalidade infantil, a melhoria no acesso a educação e as oportunidades de emprego, o avanço na igualdade de gêneros, a evolução da saúde reprodutiva e a promoção do planejamento familiar, como fatores que contribuíram para a redução da taxa de fecundidade. Considerando, ainda, que avanços na saúde pública e nas tecnologias associadas à medicina, juntamente com melhoria das condições de moradia, fazem com que as pessoas vivam por mais tempo e mais saudáveis que antes, permitindo o aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2017).

Com o envelhecimento progressivo da população, há necessidade de uma abordagem geriátrica mais globalizada dos problemas relacionados a essa faixa etária. Estima-se que, considerando a população mundial, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer 300% em 50 anos e que, de 606 milhões de idosos no ano 2000, passará para quase 2 bilhões em 2050. O crescimento será ainda maior nos países em desenvolvimento. Em 2000 havia no Brasil 13 milhões de idosos (acima de 60 anos). Espera-se que esse número aumente para 58 milhões em 50 anos, correspondendo a 23,6% da população total (FERRARI e DALACORTE, 2007), dado exemplificado pela projeção publicada pelo IBGE em 2018 conforme figura 1.

Figura 1. Projeção para a População Brasileira por proporção de pessoas por grandes faixas etárias



Fonte: IBGE

A população brasileira experimentou uma queda na proporção dos menores de um ano e aumento da proporção de óbitos na faixa etária de idade de 50 anos ou mais, caracterizando uma mudança na mortalidade proporcional (SAMPAIO et al, 2009).

Nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu associado as melhorias nas condições gerais de vida, e nos países em desenvolvimento esse processo vem acontecendo de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado (SAMPAIO et al., 2009).

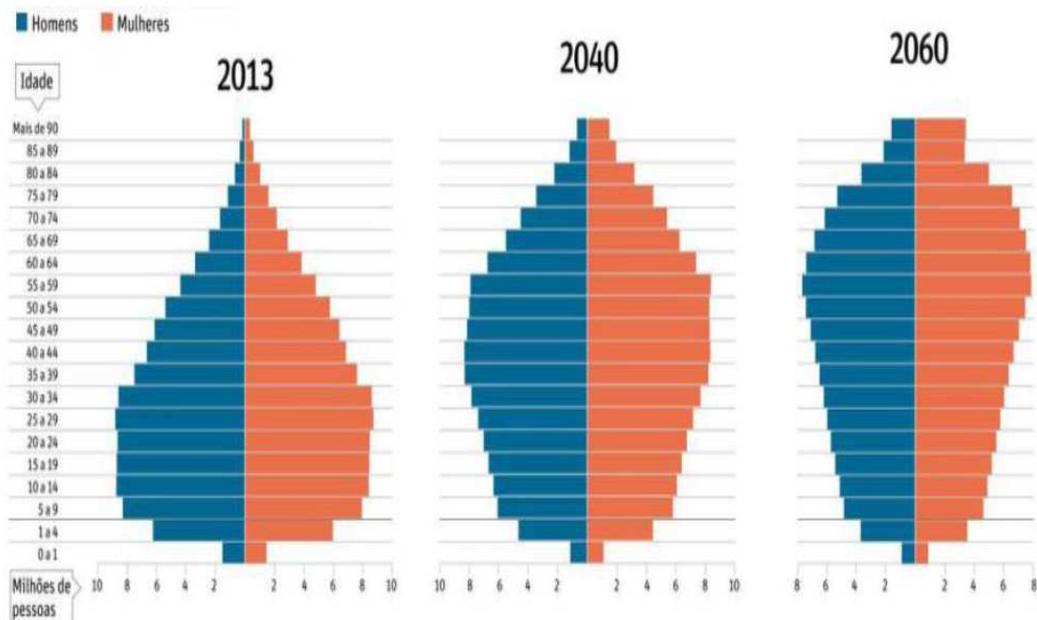
Desde a década de 1980, há diversas iniciativas internacionais que valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, pensado como um momento da vida de bem-estar e prazer. A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde é um exemplo real dessas recomendações, enfatizando que envelhecer bem, não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida (DAWALIBI et al., 2013).

Segundo estimativas do Fundo das Nações Unidas para a População, em 2050 a expectativa de vida nos países em desenvolvimento será de 82 anos para os homens e 86 anos para as mulheres, e nos países desenvolvidos será de aproximadamente 87,5 anos para os homens e 92,5 anos para as mulheres, ou seja, boa parte da população que envelhece aponta para a faixa etária acima dos 80 anos (D'ANGELO, 2016).

O aumento da expectativa de vida pode levar a dificuldade para realizar qualquer atividade, porém não acontece de forma equitativa nos diferentes contextos socioeconômicos. Idosos da mesma faixa etária podem apresentar diferentes características clínicas, portanto, prevalências e incidências diferentes para a incapacidade funcional (PEREIRA, CURIONI E VERAS, 2003).

As projeções da população brasileira para o período de 2000/2060 disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013) é que o crescimento populacional continuará até 2042 perfazendo um total de 228,4 milhões de pessoas, como apresentado na figura 2.

Figura 2: Pirâmides etárias absolutas



Fonte: IBGE, 2013.

O encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional compõem um fenômeno que seguirá seu curso, a passos firmes e determinados, até que, por volta de 2050, o número de brasileiros com mais de 60 anos terá saltado dos atuais 24 milhões para 66 milhões (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o país deixa de ser essencialmente jovem e se torna amadurecido. Essa transição demográfica vem acompanhada por um fenômeno chamado de transição epidemiológica, que é a mudança de uma população envelhecida, com baixa mortalidade, provocando profunda alteração no perfil da morbidade e causas de morte dessa população, onde basicamente acontece a substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas (SAMPAIO et al., 2009).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009, p. 549).

Segundo o IBGE (2018), o Rio Grande do Sul será o primeiro estado que experimentará uma proporção maior de idosos que crianças até 14 anos, o que deverá ocorrer em 2029. Em 2033, será a vez de Rio de Janeiro e Minas Gerais. Por outro lado, Estados mais jovens, como Amazonas e Roraima, continuarão com mais crianças que idosos até 2060.

O Brasil é composto por cinco regiões geográficas que variam significativamente em suas dimensões territoriais, sociais, econômicas e culturais. Deste modo, o envelhecimento também se manifesta segundo as diversidades e desequilíbrios regionais, principalmente sociais e econômicos. Em outras palavras, estados e regiões, se situam em momentos e fases diferentes da transição demográfica. O índice de idosos no território nacional está distribuído de forma desigual, devido às características próprias de cada estado ou região. A maior parte dos idosos está concentrada nas regiões Sudeste (46,25%) e Nordeste (26,50%). E a menor porcentagem encontra-se nas regiões Centro-oeste (6,00%) e Norte (5,25%). O Sudeste e o Nordeste juntos concentram mais de 70% da população com 60 anos ou mais (MAFRA et al., 2013).

Pernambuco segue a mesma tendência da média nacional. O Estado apresentava em 2010, 8,6% idosos (820 mil) e, em 2060, esse percentual salta para 25% (2,5 milhões). A cidade do Recife também vem seguindo a tendência mundial e exhibe uma população crescente de idosos, sendo uma população mais feminizada. De um total de pouco mais de um milhão e meio de habitantes, os mais idosos em 2010 perfaziam 28.953 (sendo 8.611 homens e 20.342 mulheres). Entretanto, ainda são poucos os centenários, totalizando 349 (BARBOSA & ALBUQUERQUE, 2018; IBGE, 2010).

Em relatório apresentado em 2014, o Conselho de Política Econômica e Fiscal do Japão destaca que o país vai precisar que seus cidadãos acima de 65 anos se mantenham ativos no mercado de trabalho para ajudar a economia nacional a crescer. O documento aponta a necessidade de aumento de 5% na cota de mulheres e idosos empregados para que o Produto Interno Bruto (PIB) japonês cresça entre 1,5% e 2% ao ano nos próximos 50 anos. A participação dos idosos no mercado de trabalho no Brasil também deve ser estimulada tendo essa população a opção de se manter como parte da população economicamente ativa por mais tempo, oferecendo o seu trabalho e experiência para a sociedade (BRASIL, 2017).

3.2 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS LONGEVOS

O envelhecimento, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema, podendo ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência. No entanto, em condições de sobrecarga, como por exemplo, doenças, acidentes e estresse, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (SAMPAIO et al., 2009).

Os sinais do envelhecimento vão aparecendo com a idade, especialmente entre os idosos com 80 anos ou mais, e trazem consigo inúmeras alterações, incluindo: perda de elasticidade da pele, visão diminuída, aprendizado e memória de curto prazo comprometido, limiares de dor mais altos, diminuição da elasticidade dos tecidos moles, articulações e cartilagens comprometidas, vasos sanguíneos mais frágeis, alterações no sistema nervoso, sistema respiratório com alteração da expansão torácica e da relação ventilação/perfusão, além de alterações no sistema digestivo e humoral (SILVEIRA et al., 2010).

Segundo Camarano e Kanso (2011), uma pessoa envelhece no mesmo momento em que a sua idade aumenta. Assim, o envelhecimento é um processo irreversível, natural e individual que pode ser influenciado por alguns fatores como a genética e meio ambiente. Por outro lado, a urbanização das cidades, boas condições sanitárias, melhores condições ambientais e nutricionais aumentam a expectativa de vida. A falta de amparo adequado no sistema público de saúde e previdência podem interferir de forma negativa nesse processo. Como consequência, pode-se observar o acúmulo de seqüelas de doenças, incapacidade, perda de autonomia e da qualidade de vida (MELO, 2016).

Entre as consequências do envelhecimento da população, além do inevitável aumento dos gastos com saúde e aposentadorias, IBGE (2018) destaca o maior percentual de pessoas fora da idade de trabalhar e, portanto, de dependentes. Como se observa uma população cada vez mais envelhecida e diante da realidade inquestionável das transformações demográficas, evidencia-se a importância de

garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV) (REIS et al., 2008).

Existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenha um envelhecer com dignidade, assim, a QV na velhice tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo. A definição de QV é bastante complexa e envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, que quando integrados mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo ao seu redor (TORRES et al., 2009).

Loblet et al. (2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais. Estes autores referem ainda que, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

O conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (TORRES et al., 2009).

Portanto, a definição de QV varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Muitas pessoas procuram associar QV ao fator saúde, porém, para que a QV seja considerada boa ou excelente, deve oferecer um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes, vivendo apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo (TORRES et al., 2009).

Avaliar a QV do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica,

saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos(CHIKUDE et al., 2007).

Para Duayer et al. (2007), fatores como idade avançada, sexo, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de QV. O mesmo autor, afirma que a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais, necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja, tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância, é definida como capacidade funcional.

A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível à independência; com isso, os idosos mantêm sua capacidade funcional e QV. A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações na QV dos idosos, por estar relacionada à capacidade de se ocupar em desenvolver atividades cotidianas e/ou atividades agradáveis (TORRES et al., 2009).

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública. Entretanto, ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde (FERRARI e DALACORTE, 2007).

Brasil (2017) concorda com esses autores quando diz que a depressão é uma patologia muito comum entre idosos brasileiros e que pesquisas apontam um aumento de 705% nos últimos 16 anos. No caso de mortes associadas à depressão, os maiores índices estão concentrados em pessoas de 60 anos, com ápice após 80 anos. Estas informações projetam que em um futuro próximo teremos que criar programas para prevenir o suicídio.

A depressão merece atenção especial entre as pessoas idosas, uma vez que vem apresentando prevalência crescente na sociedade, levando a

conseqüências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, sendo a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, freqüentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Estudos demonstram que, aproximadamente, 15% a 20% de idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos. Em pesquisa realizada com 118 idosos acima de 80 anos, pode-se observar que 50% apresentavam depressão leve ou moderada (MELO, 2016).

Segundo, Dawalibi et al. (2013), a qualidade de vida envolveria valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades, saúde, relações sociais e viver em casa. Depende também da preservação do *self* e da manutenção de objetivos ao longo da vida, e a experiência de qualidade de vida.

Fleck et al. (2008) ressaltam que descobrir virtudes na velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa percepção de qualidade de vida - QV, têm sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. Os autores salientam que, nesse contexto, passou a ser importante dispor de maneiras de mensurar a forma como as pessoas estão alcançando e vivendo esses anos a mais de suas vidas, ou seja, de medir a percepção de QV dos idosos. Ainda ressaltam que esta concepção de QV se refere a uma percepção subjetiva sobre a vida de cada indivíduo, influenciada pelo contexto cultural, social e ambiental que o mesmo está inserido.

Em um estudo de Santos et al. (2013) sobre a percepção de QV utilizando-se o WHOQOL-BREF - Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, com idosos participantes do Programa de Extensão universitária Grupo de estudos da Terceira Idade – GETI em Santa Catarina, onde 7,9% dos idosos eram longevos, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a percepção de QV de idosos jovens e de idosos longevos nos domínios referentes aos aspectos físicos ($p=0,047$) e das relações sociais ($p=0,047$). Percebeu-se nesse estudo que independentemente da comparação estatística entre os grupos, os idosos participantes do estudo têm uma percepção relativamente boa de QV.

Estudos similares a este, como os de Pereira et al. (2006) e de Maués et al. (2010), incluíram idosos longevos em suas amostras, porém apenas o último analisou uma quantidade de idosos longevos similar a de idosos jovens. Diante deste contexto, deve-se refletir sobre as características, peculiaridades e diferenças

que existem no próprio segmento populacional de idosos. De acordo com Maués et al. (2010), o aumento da longevidade traz ao profissional da saúde o desafio de conhecer os fatores relacionados à maior expectativa de vida e os determinantes de uma boa percepção de QV, com o intuito de estimular os fatores positivos e intervir sobre os negativos.

Ainda no referido estudo, no grupo de idosos longevos, a faceta que se relaciona às preocupações, inquietações e temores acerca da morte e do morrer, foi percebida de forma mais positiva entre esses idosos, assim como constatado nos achados dos estudos de Serbim e Figueiredo (2011) e de Maués et al. (2010). Nesse contexto, é importante considerar o fenômeno da morte como inerente à vida em todas as suas formas. Acredita-se que por estarem em idades mais avançadas, os idosos longevos estão encarando a morte de forma mais natural e positiva que os idosos jovens.

Outro estudo realizado no município de Vitória da Conquista – BA, de Lopes et al. (2016), utilizou o questionário WHOQOLBREF como instrumento da coleta de dados. Ao analisar a qualidade de vida dos idosos participantes prevaleceram os domínios psicológicos e de ambiente como os que se encontram mais comprometidos e provocando interferências na qualidade de vida do idosos. Os domínios físicos e sociais foram os que obtiveram maior pontuação para qualidade de vida segundo os entrevistados. O domínio psicológico está atrelado aos sentimentos de pensar, aprender, memória, autoestima entre outros. O fato de esses idosos morarem na zona urbana em uma cidade de porte mediano pode estar associado aos níveis de estresse aumentados por dependerem de transporte público para se deslocarem se depararem com serviços burocráticos e lidarem com todas as situações de estresse que antes não era comum entre os idosos (VITORINO, 2013).

Em seguida se destacou o domínio Ambiente. Os fatores relacionados vulnerabilidade e condições sócio econômicas que inclui dificuldades com recursos financeiros, situações de moradia e à segurança podem justificar a sua prevalência nos domínios que avaliam a qualidade de vida dos idosos. Em estudo sobre a autoavaliação da qualidade de vida de idosos detectou-se que a baixa renda e baixa escolaridade mostraram-se associados a uma pior percepção de qualidade de vida no domínio ambiental (REIS et al, 2015).

3.30 PAPEL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO A PESSOA IDOSA

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2007).

Doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual (VERAS, 2009).

O aumento da população idosa no Brasil e no mundo trouxe consigo um grande impacto social, exigindo uma atuação direcionada para este público. É função das políticas de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo (PARENTE et al., 2017).

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1984, estimam que numa coorte na qual 75% dos indivíduos sobrevivem aos 70 anos, cerca de 1/3 deles serão portadores de doenças crônicas, e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde e os custos que isto acarreta (BRASIL, 2017).

Ao refletir sobre as necessidades da população idosa, verifica-se que um atendimento diferenciado, constituído por uma equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, que vise ao bem-estar de forma integral, traz diversos benefícios para a saúde do idoso. Para trabalhar com a população idosa é preciso basear-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância, buscando a promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde (REMOR et al., 2011).

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela

adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades, para a manutenção e melhoria de sua capacidade funcional, garantindo atenção integral à sua saúde (BRASIL, 2017).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica. O primeiro é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde (BRASIL 2007; BRASIL, 2017).

Ainda segundo os mesmos autores, é muito importante que o preenchimento dos instrumentos citados se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, para compor o Plano de Cuidado, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde. A Caderneta permitirá o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado.

Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas: a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

b) Alimentação saudável; c) Prática corporal/atividade física; d) Prevenção e controle do tabagismo; e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; h) Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (VERAS, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2011).

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2010).

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso (BRASIL, 2007).

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/ Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas (PARENTE et al., 2017).

O estudo de Willig et al. (2015) analisou idosos longevos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Curitiba, Paraná. O estudo traz a atuação da Unidade Básica de Saúde em diversas categorias, como família, saúde, entre outras. Em relação à saúde, a autonomia e a independência estão presentes na vida cotidiana da maioria dos informantes no aspecto de gerir a própria vida, no cuidado de si e dos outros. A saúde é objeto de interesse comum e coletivo e a promoção como processo que permite aos longevos controlar e melhorar sua saúde. A atenção às doenças compreende a prevenção e o tratamento das enfermidades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, como grande parte da população idosa vive em comunidades, os serviços à saúde precisam ser oferecidos na Atenção Primária, e a esta compete o encaminhamento à atenção secundária e terciária. Além da promoção da saúde e da prevenção da doença, a atenção primária precisa oferecer o acesso equitativo e de longo prazo, com qualidade (BRASIL, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 ARTIGO ORIGINAL: Fatores que influenciam na qualidade de vida global de idosos longevos

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com base em dados secundários, coletados para a construção de projeto desenvolvido pelo grupo de pesquisa: Saúde do Idoso, coordenado pela Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal, sob o título “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”. Esse tipo de estudo apresenta como vantagens o baixo custo, tempo reduzido para sua execução, maior facilidade na representatividade de uma população, além de ser uma boa fonte de hipóteses. Tem como desvantagens a impossibilidade de determinação do que ocorre primeiro (causa – efeito), os fatores do passado e a duração da doença (SITTA, et al., 2010).

4.1.2 Local de estudo

Por se tratar de um estudo com dados secundários, admitiu-se como local o Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, onde estão guardadas as informações que compõem o banco que foi analisado.

No entanto, para melhor entendimento sobre o local de residência da população estudada, informamos que a cidade do Recife encontra-se dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) cada uma. A investigação foi realizada na RPA 4 centrando-se na MR 4.2, que compreende os bairros do Engenho do Meio e Torrões (Regiões políticas administrativas na ocasião da coleta de dados do banco secundário).

4.1.3 População e amostra do estudo

A população do estudo correspondeu a 485 idosos longevos, com idade equivalente ou superior a 80 anos, de ambos os sexos, não institucionalizadas, residentes na área de abrangência da MR 4.2 da cidade do Recife – PE, Brasil e cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídos nas USF, conforme demonstrado a seguir:

Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais cadastradas nas USF da MR 4.2, Recife, 2015

Equipe de Saúde Família	N (Total)
Engenho do Meio	251
Roda de Fogo Cosirof	76
Roda de Fogo Macaé	32
Roda de Fogo Sinos	20
Sítio das Palmeiras	106
TOTAL	485

Fonte: Unidades de Saúde da Família / RPA 4.2. Recife, 2015

Do total da população foram excluídos os idosos que se enquadravam nos critérios de exclusão definidos no tópico 4.1.5 e dessa forma, o tamanho da amostra resultou em 100 idosos, de acordo com a disponibilidade de dados e objetivos propostos. Os registros selecionados no banco de dados foram aqueles que trouxeram informações para a variável Qualidade de vida de idosos longevos.

4.1.4 Critérios de inclusão

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 80 anos;
- Estar cadastrado em uma das unidades de Saúde da Família da MR 4.2 e residir na área;
- Apresentar condições de saúde que permitam a prestação das informações solicitadas;

4.1.5 Critérios de exclusão

- Idosos institucionalizados;
- Idosos assistidos pelo programa de assistência domiciliar (SAD) do município;
- Idosos com comprometimento de cognição e comunicação.

4.1.6 Elenco de variáveis

4.1.6.1 Variáveis Dependente

Qualidade de vida – utilizou-se como instrumento o WHOQOL- BREF. O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) (WHO,1998) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema

de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O WHOQOL-bref é constituído por 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões possuem uma escala de resposta do tipo Likert, pontuando de 1 a 5 em cada questão. Para essa pesquisa foi utilizado apenas as duas questões gerais que avaliam a qualidade de vida global do idoso.

4.1.6.2 Variáveis Independentes

- **Sexo** – masculino ou feminino;
- **Faixa Etária** – considerada em anos completos, a partir da data de nascimento e coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar;
- **Escolaridade** – foi questionado sobre anos de estudo;
- **Estado conjugal** – casado(a) ou em união consensual, solteiro(a) ou sem companheiro (a), viúvo(a) e separado(a) ou divorciado(a);
- **Renda** – renda do idoso(a) em salários mínimos vigentes no momento da investigação;
- **Morbidade diagnosticada em prontuário** – foi obtido por meio das informações contidas no prontuário nas USF, segundo as seguintes categorias: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças cardiovasculares, osteoporose, osteoartrose, doenças neurológicas, doenças respiratórias e neoplasias.
- **Sintomatologia depressiva** - foi utilizada a escala denominada GDS – *Geriatric Depression Scale* - Abreviada de Yesavage. Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (FERRARI & DALACORTE, 2007).
- **Apoio social** - foi utilizada a escala de Redes Sociais de Lubben (*LSNS - Lubben Social Network Scale*). Esta escala é constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e

vizinhos. Esse instrumento foi desenvolvido especificamente para pessoas idosas e constitui um dos mais utilizados junto desta população. Em 2012 a escala foi validada para o Brasil em apenas 6 itens por Ribeiro (2012). A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5. De modo a classificar os idosos em relação às suas redes sociais, será considerado como baixo apoio social e risco de isolamento social, a pontuação abaixo de 12.

4.1.7 Instrumento da pesquisa

Foi utilizado o banco de dados dos questionários elaborados/utilizados para a pesquisa e os resultados das escalas aplicadas (APÊNDICE A).

4.1.8 Coleta dos dados

O estudo utilizou os dados secundários do banco de dados guardado no Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, de acordo com as variáveis estabelecidas na pesquisa.

4.1.9 Análise dos dados

Para organização dos dados, foi utilizado o banco de dados construído com o auxílio do software *EPIINFO* versão 3.5.3. Após a digitação em dupla entrada, os dados foram checados visando excluir possíveis inconsistências. Para análise, o banco criado no *EPIINFO* foi exportado para o programa *Package for Social Sciences for Windows*, versão 16.0.

A análise descritiva da distribuição da população foi realizada por meio de freqüências absoluta e relativa (variáveis categóricas), e, as estatísticas descritivas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Foram realizados testes de hipóteses para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Na parte bivariada da análises os testes utilizados foram: Teste Qui-quadrado e Teste exato de Fisher.

A apresentação dos resultados atende às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.1.10 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa está vinculado ao projeto intitulado “ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS” que foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 34900514.0.0000.5208), em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque (ANEXO A).

5 RESULTADO

5.1 ARTIGO ORIGINAL: Fatores que influenciam na qualidade de vida global de idosos longevos

Autores:Roumayne Medeiros Ferreira Costa¹, Márcia Carrera Campos Leal^{1,2}

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

²Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

Endereço para correspondência do autor responsável:

Roumayne Medeiros Ferreira Costa. Hospital das Clínicas. Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Bloco E 4º andar. Cidade Universitária. 50670-901 Recife, PE, Brasil. e-mail: roumayne@hotmail.com

Fontes de financiamento: O projeto não possuiu financiamento.

Esse manuscrito é parte da dissertação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da mestrandia Roumayne Medeiros Ferreira Costa cujo titulo: Qualidade de Vida Global e Fatores Associados em Idosos Longevos Assistidos em Unidades de Saúde da Família. Recife-PE. Brasil. Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

O artigo será submetido ao periódico Revista Saúde em Debate e está formatado de acordo com as normas da revista.

Resumo

O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida global e os fatores associados em idosos longevos assistidos em Unidades de Saúde da Família, tendo sido avaliada a qualidade de vida global por meio das duas questões gerais do instrumento World Health Organization Quality of Life(WHOQOL- BREF). Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com uma amostra de 100 idosos. Por apresentar associação estatística com um nível de significância menor que 5%, verificou-se que

a qualidade de vida global dos idosos longevos é influenciada pelos fatores,apoio social, sintomatologia depressiva, osteoporose, osteoartrose.

Palavras – chave:Idosos de 80 anos ou mais. Qualidade de vida. Atenção primária à saúde.

Introdução

O envelhecimento populacional, no cenário mundial,vem ganhando amplo enfoque, tanto do ponto de vista científico, quanto das políticas públicas¹.O processo de envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos, podendo ser influenciado por fatores de discriminação e exclusão, associado ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia².

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2010, no censo realizado no Brasil, observa-se uma mudança no perfil demográfico com alargamento do topo da pirâmide e crescimento da população com 60 - 79 anos, que repercutirá 7,5% em 2000, passando a 9,4% em 2010. Em relação aos idosos longevos, ou seja, população com 80 anos ou mais, o crescimento passou de 1,1 para 1,6 no mesmo período³.

Cerca de 20.590.597 são idosos no Brasil, destes o grupo de idosos com 80 anos ou mais representava aproximadamente 14% do total de idosos, constituindo o segmento populacional que mais cresce³, sendo esta informação afirmada também por Gutz e Camargo⁴.

A população brasileira está em trajetória de envelhecimento, segundo IBGE⁵ até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 11% para 25,5%, sendo 1 idoso em cada 4 brasileiros. O número de pessoas com mais de 65 anos alcançará 15% da população já em 2034, ultrapassando a barreira de 20% em 2046.

A partir do aumento do segmento populacional dos idosos no Brasil, um aspecto de grande interesse e acentuado crescimento no meio acadêmico são os estudos incluindo longevidade e qualidade de vida, essa última relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal. Isso está ligado a uma série de fatores como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade⁶.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, no final dos anos 90, adotou o termo de “envelhecimento ativo”, que consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra percepção das suas capacidades, no que diz respeito, ao seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e permite-lhes participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades⁷.

As pesquisas envolvendo temas relacionados com o envelhecimento e a qualidade de vida da pessoa idosa, parte da necessidade de compreensão de comportamentos preventivos diante dos fatores que modifiquem este período, como por exemplo, a doença, bem como as possíveis mudanças ocorridas no estilo de vida imposto por esse novo comportamento, estando aliada a possíveis mudanças e transformações do conhecimento do senso comum. Estudos realizados sobre qualidade de vida em pessoas idosas tem sido de interesse no Brasil, uma vez que não basta só viver muito e sim viver muito com qualidade. Configura-se assim, como um problema de saúde pública relevante, já que temos um aumento da expectativa de vida no país e também por essa população não ter uma condição de vida satisfatória, tornando-se preocupação dos governantes. Associada ao próprio problema está a conseqüência psicossocial, econômica e política, em que idosos enfrentam situações constrangedoras ao longo do tempo e o preconceito que sofrem por esse período em que estão vivendo⁸.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida global e os fatores associados em idosos longevos assistidos em Unidades de Saúde da Família.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com base em dados secundários, coletados para a construção de projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”. O tamanho da amostra foi de 100 idosos, após definição de critérios de exclusão como: idosos institucionalizados, acompanhados pela assistência domiciliar e sem sua capacidade cognitiva satisfatória. Essa amostra foi escolhida também de acordo com a disponibilidade de dados e objetivos propostos. Os registros selecionados no

banco de dados foram aqueles que trouxeram informações para a variável dependente Qualidade de vida global dos idosos longevos, obtidos por meio do instrumento World Health Organization Quality of Life(WHOQOL- BREF).

As variáveis independentes do estudo foram: características sóciodemográficas (idade, raça/cor, situação conjugal, sexo, escolaridade, rendimento individual e religião); morbidade diagnosticada em prontuário; sintomatologia depressiva (escala Geriatric Depression Scale - GDS), apoio social(escala de redes sociais de Lubben, a Lubben Social Network Scale - LSNS).

A análise descritiva da distribuição da população foi realizada por meio de freqüências absoluta e relativa (variáveis categóricas), e, as estatísticas descritivas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Foram realizados testes de hipóteses para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Na análise bivariada os testes utilizados foram: Teste Qui-quadrado e Teste exato de Fisher.

O projeto de pesquisa está vinculado ao projeto intitulado “ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS”que foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 34900514.0.0000.5208), em cumprimento a Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Resultados

A média de idade de 84,2 anos, variando de 80 a 94 anos ($\pm 3,15$). Em relação às principais características da amostra investigada foram observados os dados: características sóciodemográficas (77% do sexo feminino, 46% com escolaridade de 1 a 4 anos de estudo, 63% viúvo, 76% com renda de 1 a 2 salários mínimos), morbidade diagnosticada em prontuário (as doenças mais prevalentes foram 77% hipertensão arterial sistêmica, seguida de 34% diabetes mellitus e 27% doença cardiovascular), 74% com apoio social e 63% com presença de sintomatologia depressiva.

Para Qualidade de Vida Global foi definido:

01 - Satisfatória - Quando Satisfação com a Vida e Saúde Autopercebida são satisfatórios conjuntamente.

02 - Não Satisfatória - Caso contrário.

Para classificar a qualidade de vida global, utilizamos as duas primeiras perguntas do Whoqol bref, que aborda a auto avaliação da satisfação com a qualidade de vida e a autopercepção da saúde. A Qualidade de vida global é considerada satisfatória quando ambos os fatores citados são satisfatórios. Nesse contexto a qualidade de vida global satisfatória apresentou uma frequência de 35% na amostra estudada.

Tabela 1. Qualidade de Vida Global. Recife/Pernambuco, 2018.

	Frequência	Porcentagem
Satisfatória	35	35,0
Não Satisfatória	65	65,0
Total	100	100,0

A partir desta classificação analisamos a relação das questões sobre qualidade de vida global com as variáveis independentes, apresentadas nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Classificação da qualidade de vida global em relação as condições sociodemográficas, apoio social e sintomatologia depressiva. Recife/Pernambuco, 2018.

		Qualidade_Vida_Global				P-valor
		1 – Satisfatória		2 – Não Satisfatória		
		Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha	
Faixa_Etária	Até 84 Anos	17	36,2%	30	63,8%	0,8173
	84 anos ou mais	18	34,0%	35	66,0%	
Sexo	Masculino	8	34,8%	15	65,2%	0,9801
	Feminino	27	35,1%	50	64,9%	
Situação conjugal	Solteiro (a)	2	20,0%	8	80,0%	0,3610
	Casado(a)/tem companheiro(a)	6	27,3%	16	72,7%	
	Viúvo (a)	24	38,1%	39	61,9%	
	Separado(a)/Divorciado(a)	3	60,0%	2	40,0%	
Escolaridade	Analfabeto	10	33,3%	20	66,7%	0,6470
	1-4 anos	18	39,1%	28	60,9%	
	5-8 anos	5	25,0%	15	75,0%	
	9-11 anos	2	50,0%	2	50,0%	
Raça	Branca	12	35,3%	22	64,7%	0,7152
	Preta	9	45,0%	11	55,0%	
	Amarela	1	25,0%	3	75,0%	
	Parda	13	31,0%	29	69,0%	
Religião	Católica	23	31,9%	49	68,1%	0,4531
	Evangélica	10	40,0%	15	60,0%	
	Espírita	1	50,0%	1	50,0%	
	Sem religião	1	100,0%	0	0,0%	
Renda	Menos de 1 salário Mínimo	5	33,3%	10	66,7%	0,7207
	1-2 salários mínimos	28	36,8%	48	63,2%	
	2-4 salários mínimos	2	28,6%	5	71,4%	
	Mais de 4 salários mínimos	0	0,0%	2	100,0%	
Situação Prev	Excelente	26	35,6%	47	64,4%	0,4288
	Excelente*Boa	0	0,0%	3	100,0%	
	Boa	9	37,5%	15	62,5%	
Apoio social	Sim	32	43,2%	42	56,8%	0,0035
	Não	3	11,5%	23	88,5%	
Sint. Depressiva	Sim	5	13,5%	32	86,5%	0,0006
	Não	30	47,6%	33	52,4%	

Houve associação com as variáveis apoio social e sintomatologia depressiva. Isto significa que a satisfação com a qualidade de vida global é influenciada por essas variáveis citadas.

Tabela 3. Classificação da qualidade de vida global em relação morbididade diagnosticada em prontuário. Recife/Pernambuco, 2018.

		Qualidade Vida Global				P-valor
		1 - Satisfatória		2 - Não Satisfatória		
		Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha	
HAS	Ausente	9	39,13%	14	60,87%	0,63601
	Presente	26	33,77%	51	66,23%	
DM	Ausente	27	40,91%	39	59,09%	0,08433
	Presente	8	23,53%	26	76,47%	
DCV	Ausente	27	36,99%	46	63,01%	0,49350
	Presente	8	29,63%	19	70,37%	
OP	Ausente	31	40,26%	46	59,74%	0,04362
	Presente	4	17,39%	19	82,61%	
AO	Ausente	33	42,31%	45	57,69%	0,00392
	Presente	2	9,09%	20	90,91%	
DOENÇAS NEUROLÓGICAS	Ausente	34	35,79%	61	64,21%	0,47061
	Presente	1	20,00%	4	80,00%	
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	Ausente	32	35,16%	59	64,84%	0,91250
	Presente	3	33,33%	6	66,67%	
NEOPLASIAS	Ausente	35	36,08%	62	63,92%	0,19688
	Presente	0	0,00%	3	100,00%	

Observa-se na tabela 3 que houve associação com as variáveis osteoporose (OP) e osteoartrose (AO), isto significa que a satisfação com a qualidade de vida global é influenciada por essas variáveis citadas.

Para a análise multivariada entre a relação qualidade de vida global e as demais variáveis independentes que apresentaram associação significativa na análise bivariada, utilizamos o modelo logístico multivariado, cujo resultado apresentamos na tabela 4 e 5.

Tabela 4. Classificação da qualidade de vida global. Recife/PE, 2018.

Passo 1	Observado		Predito		
			Qualidade Vida Global		Percentual Correto
			Satisfatória	Não Satisfatória	
	Qualidade Vida Global	Satisfatória	27	8	77,1
		Não Satisfatória	17	48	73,8
	Assertividade Total				75,0

a. O valor de recorte é ,500

Nota-se que quando falamos da estimativa dos idosos para a classificação "1" da Satisfação a assertividade é de 77,1%, contudo quando se fala dos idosos classificados na faixa "2", a assertividade é de 73,8%. Em outras palavras, o modelo é muito bom para estimar a satisfação de vida global.

Tabela 5. Variáveis utilizadas na equação. Recife/PE, 2018.

Passo 1		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
	Apoio Social	1,402	,701	3,997	1	,046	4,061	1,028	16,047
	Sint.Depressiva	-1,451	,593	5,981	1	,014	,234	,073	,750
	OP	,231	,709	,106	1	,745	1,260	,314	5,058
	AO	1,898	,842	5,077	1	,024	6,674	1,280	34,790
	Constant	-1,053	1,834	,330	1	,566	,349		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Apoio Social, Sintomatologia Depressiva, Osteoporose e Osteoartrose.

As estimativas acima são utilizadas para composição da Equação da regressão logística que tem por função estimar escores para os idosos com as características estudadas. Nota-se que as variáveis citadas com exceção de "OP" são significantes a um nível de 5%, e, que nenhum dos intervalos de confiança cobrem o valor 0 ("zero"), sendo mais um indicativo de significância nas estimativas. De uma forma geral o modelo apresenta boa assertividade para as estimativas da variável dependente "Qualidade de Vida Global".

Discussão

A predominância do sexo feminino (77%) no grupo estudado está de acordo com pesquisas tanto de base populacional quanto com populações específicas de idosos^{5,9,10}, sendo o mesmo percentual encontrado em Nunes et al¹¹.

Vale destacar a predominância feminina em todas as faixas etárias, haja vista o processo histórico de maior mortalidade masculina ao longo da vida, observado em todo o mundo. Na terceira idade a mortalidade diferencial entre os sexos faz com que as mulheres vivam mais que os homens, ficando viúvas mais cedo, alcançando esta fase da vida com mais frequência ou permanecendo nela por mais tempo que os homens⁹.

Segundo o IBGE⁵ a projeção para a expectativa de vida do brasileiro ao nascer – atualmente de 72,74 anos para homens e 79,8 anos para mulheres – é alcançar 77,9 anos para homens e 84,23 anos para as mulheres em 2060. Assim, no contexto brasileiro, há uma tendência para que as mulheres alcancem idades maiores do que homens, com predominância de idosas, pois a mortalidade atinge os homens em proporção mais elevada, caracterizando o fenômeno da feminização da velhice.

Quando se estudou a correlação entre a variável sexo e os diferentes índices de qualidade de vida obtidos pelos idosos através do Whoqol-bref, observou-se que não havia associação significativa na qualidade de vida, resultado também encontrado em Magalhães¹². Todavia é importante trazer o estudo de Medeiros e Morais¹³, que afirma uma provável explicação para essa assiduidade do público feminino aos serviços, atrelada a maior atenção sobre questões de saúde.

Em relação ao estado conjugal, o maior percentual encontrado de viúvos (63%), de modo inverso à investigação de Magalhães¹², onde a proporção de casados foi superior a de viúvos. Resultados diferentes foram encontrados também em Lopes et al.¹⁰, onde predominaram os idosos longevos casados (42,5%). Torres et al.⁶ concorda com este estudo, quando traz que 46,15% da população idosa estudada era de viúvos, assim como Nunes et al.¹¹, com 63% sendo viúvos.

Quando comparada situação conjugal e qualidade de vida, não foi encontrada associação estatística, corroborando os resultados obtidos por Magalhães¹², e Porciúncula et al.¹⁴, uma vez que ressaltam que idosos viúvos possuem constante companhia de familiares, o que colabora com a manutenção de qualidade de vida.

O baixo nível de escolaridade encontrado no presente estudo reflete a desigualdade social na qual os idosos participantes estão inseridos, uma vez que 46% apresentaram entre 1 e 4 anos de estudo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Porciúncula et al.¹⁴, onde a maioria dos idosos não possuía escolaridade ou concluiu apenas o 1º grau, e uma pequena parcela possuía nível superior ou pós-graduação. Em relação a esta variável não houve correlação entre escolaridade e qualidade de vida, semelhante ao estudo citado anteriormente.

Quanto à renda dos idosos brasileiros, no presente estudo, 76% possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos, embora a correlação com a qualidade de vida não tenha expressão estatisticamente significativa. Lopes et al.¹⁰ trouxe em seus resultados que a renda familiar dos idosos geralmente se concentra em torno de 1 a 3 salários mínimos, uma vez que a maioria são aposentados e não possuem um outra fonte de renda.

Em estudos sobre renda e composição familiar no Brasil detectou-se um grande número de idosos vulneráveis de acordo a renda¹⁵. Esse dado associado ao bem estar do idoso reflete um comprometimento importante e o idoso com menor renda apresenta mais problemas com seu bem estar.

No tocante a sintomatologia depressiva, estudo realizado por Silva et al.¹⁶ com idosos longevos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Marília-SP, o valor de freqüência de depressão foi 29,5%, o que difere dos dados encontrados no presente estudo, cuja sintomatologia depressiva estava presente em 63% dos idosos longevos pesquisados. O mesmo autor ainda afirma que os acontecimentos negativos, problemas sociais, presença de doenças físicas e incapacidades comuns a esse grupo etário, por sua vez, aumentam as chances de desenvolvimento de depressão.

É importante acrescentar nessa discussão que nossa pesquisa encontrou um número significativo (63%) de idosos longevos com sintomas depressivos. Vale destacar, que o envelhecimento humano leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que pode ser proporcional ao aumento da idade e a uma piora da qualidade de vida dos idosos, o que pode deixar o idoso mais suscetível a sintomas depressivos. Segundo Silva⁸, a avaliação da sintomatologia depressiva por meio da aplicação de escalas reconhecidas internacionalmente pode contribuir para melhor detectar os casos de depressão nessa faixa etária. Em seus estudos, dentre os indivíduos avaliados, 49,0% apresentavam depressão. Destes,

36,3% foram classificados como apresentando depressão leve e 12,7% depressão severa.

Rosset et al.¹⁷ afirma que estudos nacionais e internacionais mostram que a idade está positivamente associada ao aumento de sintomas depressivos entre idosos em geral. Nóbrega et al.¹⁸, citam que vivenciar a solidão pode indicar uma rede social insatisfatória e tem sido um dos fatores de risco para a depressão mais citado pelos diferentes investigadores. A presença de sintomatologia depressiva foi encontrada também nos estudos de Lopes et al.¹⁰. Os autores Nunes et al.¹¹, citam em sua pesquisa a não existência de depressão como estatisticamente significativa.

Quando se discute o apoio social como fator determinante para a qualidade de vida em idosos longevos, nossa pesquisa mostra a presença do mesmo em 74% dos idosos entrevistados, o que não é visto no estudo de Nogueira et al.¹⁹, que discute a perda da capacidade funcional (PCF) em idosos longevos com associação positiva com a falta de apoio social como “não visitar parentes e/ou amigos pelo menos uma vez por semana”, assim como “não participar de alguma obra social e não participar de eventos sociais”, sendo esta PCF fator que interfere na QV desse segmento populacional.

Navarro et al.²⁰ mostra que em relação a freqüência que os idosos saem de casa semanalmente, 22,5% de longevos referiram não ter esse hábito, sendo este percentual significativamente maior quando comparado com idosos jovens. Ainda segundo este autor, um estudo realizado na Cidade de Palmeira das Missões (RS), para avaliar a qualidade de vida e o nível cognitivo de idosos participantes de quatro grupos da terceira idade que se reuniam semanalmente, onde realizavam atividades como oficinas de artesanato, dança, passeios, exercícios físicos e socialização, identificou que a porcentagem de participação de idosos mais velhos foi inferior, predominando os idosos entre 60 e 69 anos e 70 e 79 anos. Estudos com esse mesmo tema abordam a importância das interações sociais para os idosos. é a partir do cotidiano de relações que os idosos tornam-se conscientes de seus papéis como atores sociais, sendo capazes de contribuir para a sociedade.

Quanto à interferência positiva do apoio social na qualidade de vida do idoso longevo, concordam entre si os autores Nunes et al.¹¹ e Santos et al.⁹. Nogueira¹⁹ analisa que a interação com a família, vizinhos e amigos, incrementada através da participação na associação, permite ao idoso adaptar-se de maneira mais tranqüila a

essa nova fase da vida, encontrar mais prazer, realizar atividades que não eram de costume anteriormente e interagir com outros indivíduos, ampliando, portanto, sua rede de relações interpessoais, afastando-o da solidão e reintegrando-o à sociedade.

Sobre as doenças mais prevalentes, hipertensão arterial sistêmica (77%), diabetes mellitus (34%) e doença cardiovascular (27%) foram as mais citadas. Observou-se ainda que existe associação de QV com as variáveis osteoporose (OP) e osteoartrose (AO). Nunes et al.¹¹ também encontraram essas morbidades em sua pesquisa, a exceção da hipertensão. Porciúncula et al.¹⁴ afirmam, quanto à morbidade referida, a hipertensão arterial, a doença de coluna ou dor nas costas e os problemas de visão foram as enfermidades mais citadas.

No Brasil, estudos sobre idosos apontam que os maiores coeficientes de mortalidade relacionam-se a doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e neoplasias. Embora nossa pesquisa não tenha encontrado a neoplasia como fator estatisticamente significativo diante da qualidade de vida global dos idosos estudados, vale a discussão. Carvalho et al.²¹ traz em seus estudos, com referência às neoplasias, em 2013, as estimativas de câncer no Brasil foram de 518.510 novos casos da doença; entre os tipos de câncer com maior incidência, estão os de mama no sexo feminino (53.000) e de próstata no sexo masculino (60.000).

Corroborando os resultados apresentados sobre as neoplasias, estudo realizado no Brasil identificou essa doença como a segunda causa de mortalidade no país desde 2000. No período de 2002 a 2004, a taxa de mortalidade por câncer foi de 76,39 por 100 mil habitantes, sendo maior no sexo masculino (83,80 por 100 mil habitantes) frente ao feminino (69,19 por 100 mil habitantes).²¹

Cada pessoa faz o julgamento acerca de sua QV global, e nele existem diferentes aspectos sendo considerados. A qualidade de vida global foi avaliada pelos idosos como satisfatória em 35%, considerando a satisfação com a vida e a saúde autopercebida. Este percentual é considerado muito bom, quando relacionado à população de idosos longevos, sendo considerado um resultado significativo, uma vez que nessa população diversos fatores influenciam negativamente sua qualidade de vida. O estudo de Nogueira¹⁹ encontrou resultados onde a QV era considerada boa/muito boa, com 40,1% e 25,4% respectivamente, pelos idosos longevos.

Lopes et al.¹⁰ traz que a qualidade de vida de idosos longevos da população estudada encontrava-se comprometida nos domínios psicológicos e de ambiente,

mas não cita a qualidade de vida global. Infere-se principalmente no que diz respeito ao ambiente em que ele está inserido e os fatores psicológicos que o cercam apenas. Em Santos et al.⁹ os idosos participantes do estudo têm uma percepção relativamente boa de QV, o que faz referência aos dados encontrados na amostra estudada sobre a qualidade de vida global classificada como satisfatória em 35%.

Em relação à saúde, questão pertencente ao domínio global de qualidade de vida, Nogueira¹⁹ apresenta que a maioria dos idosos referiu satisfação. No estudo realizado por Jóia, Ruiz e Dionalisio²² foi observado que ter saúde teve grande importância para uma qualidade de vida positiva. Portanto, muitas vezes, uma boa saúde pode-se igualar a uma boa qualidade de vida. Em nossa pesquisa os longevos possuem morbidades diagnosticadas em prontuário (as doenças mais prevalentes foram 77% hipertensão arterial sistêmica, seguida de 34% diabetes mellitus e 27% doença cardiovascular), o que reforça o estudo citado anteriormente, concluindo que esses idosos podem ter o nível de qualidade de vida afetado, embora, mesmo diante dessas morbidades, o estudo traz um percentual de satisfação com a qualidade de vida de 35%.

Considerando a limitação do tipo de estudo apresentado, bem como à amostra investigada ser um número pequeno de idosos longevos, sentimos a necessidade de ressaltar a importância da realização de novas pesquisas.

Conclusão

Em relação a qualidade de vida global, a população estudada classificou em sua maioria, como insatisfatória. Além disso, foi observado que interferem na qualidade de vida global dos idosos longevos os fatores apoio social, depressão, osteoporose e osteoartrite, associados ao envelhecimento.

Referencias

1. BRITO TA, FERNANDES M H, COQUEIRO, RS, et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto contexto - enfermagem. [online], vol.22, n.1, pp. 43-5, 2013.
2. SAMPAIO LS, et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., 2009; 12(2):267-274.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010.
4. GUTZ L, CAMARGO BV. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 793-804, 2013.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos em 2060, aponta IBGE. Publicado em 25/07/18. [acesso em 2018 ago 26] Disponível em <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/1-em-cada-4-brasileiros-tera-mais-de-65-anos-em-2060-aponta-ibge.ghtml>.
6. TORRES GV, et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):39-44.
7. AZEVEDO MSA. O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, 2015.
8. SILVA LM. Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.
9. SANTOS PM, SOUZA BC, MARINHO A, MAZO GZ. Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEP. Laboratório de Qualidade de Vida - LaQVida Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR. Ponta Grossa – PR – Brasil v. 05, n. 01, jan./mar. 2013, p. 01-11.
10. LOPES AOS, PIMENTEL SD, OLIVEIRA AS, SILVA DS, REIS LA. Qualidade de vida de idosos longevos segundo sua caracterização sócio-demográfica. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista, Ba: 2016.
11. NUNES, M.G.S.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; MENDONÇA, S.S. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, out-dez 2017.
12. MAGALHAES, A.P.N. Qualidade de vida: Percepção dos participantes da Associação dos aposentados, pensionistas e idosos de Arapiraca – Alagoas. Dissertação (Mestrado) – Programa integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFPE: Recife. 2009.

13. MEDEIROS, S.G.; MORAIS, F.R.R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. *Revista Comunicação Saúde Educação* 2015; 19(52):109-19.
14. PORCIÚNCULA, R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 315- 325 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.
15. TOMOMITSU MRSV, PERRACINI MR, NERI AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 663-680, 2013.
16. SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 36, n. 3, p. 42–48, 2015.
17. ROSSET, I.; et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev. Saúde Pública* vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011.
18. NOBREGA, I.R.A.P.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; VIEIRA, J.C.M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde debate* 39 (105) Apr-Jun 2015.
19. NOGUEIRA, S.L.; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.* ISSN 1413-3555. São Carlos, 2010.
20. NAVARRO, J.H.N.; et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc. saúde coletiva* 20 (2) Fev 2015.
21. CARVALHO, M.H.R.; CARVALHO, SMR.; LAURENTI, R.; PAYÃO, SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 23 (2) Apr-Jun 2014.
22. JÓIA, L. C.; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131 – 138, 2007.

6 ANÁLISE DOS DADOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS NA DISSERTAÇÃO

Idade

	Frequência	%	% Acumulado
80	13	13,0	13,0
81	11	11,0	24,0
82	12	12,0	36,0
83	11	11,0	47,0
84	7	7,0	54,0
85	11	11,0	65,0
86	9	9,0	74,0
87	10	10,0	84,0
88	5	5,0	89,0
89	6	6,0	95,0
90	3	3,0	98,0
91	1	1,0	99,0
94	1	1,0	100,0
Total	100	100,0	

		Idade
N		100
	Missing	0
Média		84,24
Mediana		84,00
Moda		80
Desvio Padrão		3,153
Mínimo		80
Máximo		94
Quartis	Q1	82,00
	Q2	84,00
	Q3	87,00

Sexo

	Frequência	%	% Acumulado
1	23	23,0	23,0
2	77	77,0	100,0
Total	100	100,0	

Situação_conjugal_

	Frequência	%	% Acumulado
1	10	10,0	10,0
2	22	22,0	32,0
3	63	63,0	95,0
4	5	5,0	100,0
Total	100	100,0	

Escolaridade

	Frequência	%	% Acumulado
1	30	30,0	30,0
2	46	46,0	76,0
3	20	20,0	96,0
4	4	4,0	100,0
Total	100	100,0	

Renda

	Frequência	%	% Acumulado
2	15	15,0	15,0
3	76	76,0	91,0
4	7	7,0	98,0
5	2	2,0	100,0
Total	100	100,0	

GDS

	Frequência	%	% Acumulado
0	5	5,0	5,0
1	14	14,0	19,0
2	15	15,0	34,0
3	15	15,0	49,0
4	15	15,0	64,0
5	7	7,0	71,0
6	4	4,0	75,0
7	9	9,0	84,0
8	9	9,0	93,0
9	2	2,0	95,0
10	2	2,0	97,0
11	2	2,0	99,0
12	1	1,0	100,0
Total	100	100,0	

Sintomatologia Depressiva

	Frequência	%	% Acumulado
1	37	37,0	37,0
2	63	63,0	100,0
Total	100	100,0	

Apoio Social

	Frequência	%	% Acumulado
3	1	1,0	1,0
5	1	1,0	2,0
6	2	2,0	4,0
7	1	1,0	5,0
8	7	7,0	12,0
9	3	3,0	15,0
10	5	5,0	20,0
11	6	6,0	26,0
12	7	7,0	33,0
13	6	6,0	39,0
14	5	5,0	44,0
15	6	6,0	50,0
16	5	5,0	55,0
17	5	5,0	60,0
18	10	10,0	70,0
19	4	4,0	74,0
20	5	5,0	79,0
21	6	6,0	85,0
22	1	1,0	86,0
23	1	1,0	87,0
24	5	5,0	92,0
25	1	1,0	93,0
26	1	1,0	94,0
27	1	1,0	95,0
28	1	1,0	96,0
30	4	4,0	100,0
Total	100	100,0	

Classificação Apoio Social

	Frequência	%	% Acumulado
1	74	74,0	74,0
2	26	26,0	100,0
Total	100	100,0	

HAS

	Frequência	%	% Acumulado
1	23	23,0	23,0
2	77	77,0	100,0
Total	100	100,0	

DM

	Frequência	%	% Acumulado
1	66	66,0	66,0
2	34	34,0	100,0
Total	100	100,0	

DCV

	Frequência	%	% Acumulado
1	73	73,0	73,0
2	27	27,0	100,0
Total	100	100,0	

OP

	Frequência	%	% Acumulado
1	77	77,0	77,0
2	23	23,0	100,0
Total	100	100,0	

AO

	Frequência	%	% Acumulado
1	78	78,0	78,0
2	22	22,0	100,0
Total	100	100,0	

NEURO

	Frequência	%	% Acumulado
1	95	95,0	95,0
2	5	5,0	100,0
Total	100	100,0	

RESPIRA

	Frequência	%	% Acumulado
1	91	91,0	91,0
2	9	9,0	100,0
Total	100	100,0	

NEO

	Frequência	%	% Acumulado
1	97	97,0	97,0
2	3	3,0	100,0
Total	100	100,0	

Nível de Escolaridade

	Frequência	%	% Acumulado
01 – Analfabetos	30	30,0	30,0
02 - Baixa Escolaridade	46	46,0	76,0
03 - Alta Escolaridade	24	24,0	100,0
Total	100	100,0	

Situação Conjugal2

	Frequência	%	% Acumulado
01 - Estar Casado(a)/Ter Companheiro(a)	22	22,0	22,0
02 - Não Estar Casado(a)/Não Ter Companheiro(a)	78	78,0	100,0
Total	100	100,0	

Renda Faixa

	Frequência	%	% Acumulado
01 - Menos de 1 Salário Mínimo	15	15,0	15,0
02 - De 1 a 2 Salários Mínimos	76	76,0	91,0
03 - Mais que 2 Salários Mínimos	9	9,0	100,0
Total	100	100,0	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à qualidade de vida do idoso longo vivo, os gestores públicos começam a se mover lentamente nessa direção, enquanto a sociedade civil parece ignorar o problema. As famílias administram como podem a maior longevidade de seus pais e avós, mas a verdade é que não estamos criando as estruturas necessárias para lidar com os grandes números associados ao envelhecimento da população.

A saúde pública, que já parece insuficiente para atender a sociedade brasileira, terá de se robustecer para dar conta de uma população de idosos no mínimo duas vezes maior do que a atual. Com isso, eleva-se o número de idosos acometidos por doenças degenerativas e crônicas que diminuem sua autonomia, exigindo cuidados especiais de diferentes naturezas.

Sendo, assim, parece oportuno que sejam fortalecidas as políticas voltadas aos idosos, para que se tenham garantias de um cuidado digno nessa fase da vida, já que nem sempre o suporte familiar é suficiente. E que possam gozar de uma qualidade de vida satisfatória nesse período da vida.

Por fim, observou-se nesse estudo que a qualidade de vida global, em sua maioria, foi classificada como insatisfatória. De acordo com a análise, os fatores que interferem na qualidade de vida global dos idosos longevos, associados ao envelhecimento, foram apoio social, depressão, osteoporose e osteoartrite. Portanto, é importante aprofundar a discussão sobre o tema a fim de instituir a nível individual e populacional medidas de cuidados à saúde e que estimulem o bem estar e a participação social.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M.S.A. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa**. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, 2015.

BARBOSA, E.; ALBQUERQUE, J. **Pernambuco terá população com 25% de idosos até 2060. 2018**. Disponível em <https://www.folhape.com.br/economia/economia/economia/2018/07/26/NWS,76026,10,550,ECONOMIA,2373-PERNAMBUCO-TERA-POPULACAO-COM-IDOSOS-ATE-2060.aspx>. Acesso em 04 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília – DF: 2007

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Fundação Oswaldo Cruz/E. Rio de Janeiro – RJ: 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ª edição. Brasília – DF: 2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Edições Câmara: Brasília, 2017.

BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. S.; JESUS, C. S. **Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade**. Texto contexto - enfermagem. [online], vol.22, n.1, pp. 43-5, 2013.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira – Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

CARVALHO, M.H.R.; CARVALHO, SMR.; LAURENTI, R.; PAYÃO, SLM. **Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP**, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde 23 (2) Apr-Jun 2014.

CHIKUDE, T.; FUJIKI, E.M.; HONDA, E.K.; ONO, N.K.; MILANI, C. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura de colo de fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. **Acta Ortop Bras**. 2007;15(4):32-40.

D'ANGELO, E.R. **Atividade física e fatores associados em idosos longevos**. Dissertação de Mestrado – UFPE, CCS. Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Recife, 2016.

- DAWALIBI, N. M.; ANACLETO, G.M.C.; WITTER, C.; GOULART, R.M.M.; AQUINO, R. C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas 30(3) 393-403: julho – setembro, 2013.
- DUAYER, M.F.F., OLIVEIRA, M.M.C.; GASPAR JC. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(4):42-9
- FERRARI, J.F.; DALACORTE, R.R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007
- FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GUTZ, L.; CAMARGO, B.V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 793-804, 2013.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042**. 2013a. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2455>. Acesso em: 19 nov de 2017.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos em 2060, aponta IBGE**. Publicado em 25/07/18. Disponível em <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/1-em-cada-4-brasileiros-tera-mais-de-65-anos-em-2060-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em 26 ago 2018 às 12:37.
- JÓIA, L. C.; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131 – 138, 2007.
- LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunic.,Saúde, Educ.**, v. 12, n. 27, p. 795–807, 2008.
- LOBLET, Montserrat [et al.] - **Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Em linha], 2011, vol. 19, nº 3, p. 467-475. [Consult. 12 fev. 2018]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04>>.
- LOPES, A. O. S.; PIMENTEL, S.D.; OLIVEIRA, A.S.; SILVA, D.S.; REIS, L.A. **Qualidade de vida de idosos longevos segundo sua caracterização**

sóciodemográfica. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista, Ba: 2016.

MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; FONSECA, E. S.; FREITAS, N. C.; ALMEIDA, A. V. **O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010.** III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande – PB: 2013.

MAGALHAES, A.P.N. **Qualidade de vida: Percepção dos participantes da Associação dos aposentados, pensionistas e idosos de Arapiraca – Alagoas.** Dissertação (Mestrado) – Programa integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFPE: Recife. 2009.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set./out. 2010.

MEDEIROS, S.G.; MORAIS, F.R.R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Revista Comunicação Saúde Educação** 2015; 19(52):109-19.

MELO, A.C.M.A. **Saúde bucal autopercebida e fatores associados em idosos longevos.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação. Recife, 2016.

NAVARRO, J.H.N.; et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. saúde coletiva** 20 (2) Fev 2015.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice e subjetividade.** In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.* Campinas: Editora Alínea; 2007. p. 13-59.

NOBREGA, I.R.A.P.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; VIEIRA, J.C.M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde debate** 39 (105) Apr-Jun 2015.

NOGUEIRA, S.L.; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter.** ISSN 1413-3555. São Carlos, 2010.

NUNES, M.G.S.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; MENDONÇA, S.S. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, out-dez 2017

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (BR). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** [Internet]. Gontijo S, translator. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [cited 2012 Aug 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

PAUL, C.; FONSECA, A. **Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN 978-972-796-18-56.

PAULO, M. A.; WAJNMAN, S.; DE OLIVEIRA, A. M. C. H. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S25-S43, 2013.

PARENTE, A.S.; MESQUITA, F.O.S.; OLIVEIRA, M.R. Satisfação dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em um município do interior de Pernambuco. **Rev. Adm. Saúde** Vol. 17, Nº 68, Jul. – Set. 2017

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, v.6, n. 1, p. 43-59, 2003.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PORCIÚNCULA, R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 315- 325 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; SILVA, J.P.A.; SAMPAIO ,L.S.; REIS, L.A. Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. **Rev Enfermagem Atual**. 2008;46:19-23.

REIS, Sara Portela et al. **Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados**. *Jornal de ciências biomédicas e saúde*, v. 1, n. 2, p. 3, 2015.

REMOR, C.B. et al. Ambulatório multiprofissional de geriatria: uma perspectiva de assistência à saúde do idoso na busca da interdisciplinaridade. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 392-399, set./dez. 2011.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [serial on the Internet]. 2004 Aug [cited 2012 May 01] ; 12(4): 658-664. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692004000400012.

ROSSET, I.; et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública** vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011.

SAMPAIO, L. S. et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, 2009; 12(2):267-274

SANTOS, P. M.; SOUZA, B. C.; MARINHO, A.; MAZO, G. Z. **Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGE. Laboratório de Qualidade de Vida - LaQVida Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR. Ponta Grossa – PR – Brasil v. 05, n. 01, jan./mar. 2013, p. 01-11.

SERBIM, A. K., FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos num grupo de convivência. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, out. 2011.

SILVA, L.M. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 3, p. 42–48, 2015.

SILVEIRA, M. M. et al. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, João Pessoa, ano 8, n. 26, p. 52-58, out./dez. 2010.

SITTA, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, Nov/Dez, p. 1059-1066, 2010.

TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 663-680, 2013.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.**2009;58(1):39-44.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev SaúdePública** 2009;43(3):548-54

VITORINO, Luciano Magalhães; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 3-11, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL):Development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.

WITTER, C., BURITI, M. A. **Envelhecimento e contingências de vida**. Campinas: Alínea., 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA PESQUISA E ESCALAS UTILIZADAS

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

01. Nome: _____ _____
02. Nº Prontuário: _____ (ACS responsável: _____) Endereço: _____ _____
Telefones para contato: _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ___/___/___

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento: ___/___/___	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (2) Casado ou mora com companheiro (3) Viúvo (a) (4) Separado (a)	08. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00) (3) De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a R\$1.448,00) (4) De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00)	

		1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					

E) APOIO SOCIAL

Avaliação do apoio social - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro
 4 Cinco a oito 5 Nove ou mais
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro
 4 Cinco a oito 5 Nove ou mais
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro
 4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro
 4 Cinco a oito 5 Nove ou mais
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro
 4 Cinco a oito 5 Nove ou mais
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?
 0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

[] 4 Cinco a oito [] 5 Nove ou mais

Pontuação final : _____

Fonte: RIBEIRO, 2012

Classificação apoio social

Boa rede de apoio social () Maior ou igual a 12

Rede de apoio insuficiente – risco de isolamento social () Abaixo de 12

F) SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Escala de Depressão Geriátrica – GDS (as perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento)	
INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim () Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim () Não ()
3. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	Sim () Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim () Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim () Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim () Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim () Não ()
8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim () Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim () Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas da mesma idade está melhor que você?	Sim () Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria das outras pessoas?	Sim () Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim () Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do	Sim () Não ()

tempo?	
14. Você se sente cheio de energia?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
TOTAL DAS RESPOSTAS EM NEGRITO	GDS _____

Fonte: YESAVAGE, 1983

Classificação de depressão

- Ausência de depressão () Abaixo de 5
- Depressão menor () Entre 5-10
- Depressão maior () Acima de 10

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	CEP-UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Márcia Carrera Campos Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34900514.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.705

Data da Relatoria: 10/10/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado no relatório inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado no relatório inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado no relatório inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado no relatório inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado no relatório inicial.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.