

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TAYARA FARIA RUARO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS
EM IDOSOS LONGEVOS DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO
BRASIL**

**CRICIÚMA
OUTUBRO DE 2024**

TAYARA FARIA RUARO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS
EM IDOSOS LONGEVOS DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO
BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação para obtenção de
título de mestre em Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josiane Budni

**CRICIÚMA
OUTUBRO DE 2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R894a Ruaro, Tayara Faria.

Avaliação da qualidade de vida e fatores associados em idosos longevos de um município da região sul do Brasil / Tayara Faria Ruaro. - 2024. 59 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2024. Orientação: Josiane Budni.

1. Idosos. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. 4. Longevidade. 5. Disfunção cognitiva. 6. Demência. I. Título.

CDD. 22. ed. 612.68

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 454

Com início às 13 (treze) horas e 30 (trinta) minutos do dia 31 (trinta e um) de outubro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), realizou-se, na Sala 108/Bloco R1, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **TAYARA FARIA RUARO**, sob a orientação da **Profa. Dra. Josiane Budni**, intitulada “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS LONGEVOS DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**”. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. Alexandra Ioppi Zugno (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovada, Profa. Dra. Gislaíne Zilli Réus (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Prof. Dr. Roger Bitencourt Varela (University of Queensland) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: **APROVADA**, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de **MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Os trabalhos foram concluídos às 15h (quinze) horas, dos quais eu, Samiris Albano Pereira, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori, Coordenadora Adjunta do Programa. Criciúma, 31 (trinta e um) de outubro de 2024 (dois mil e vinte e quatro).

Documento assinado digitalmente
 **SAMIRA DA SILVA VALVASSORI**
Data: 31/10/2024 14:25:38-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori
Coordenadora Adjunta do PPGCS

Documento assinado digitalmente
 **SAMIRIS ALBANO PEREIRA**
Data: 31/10/2024 13:59:56-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Samiris Albano Pereira
Secretária do PPGCS

A dissertação foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. Este trabalho foi realizado, nas instalações do Laboratório do Grupo de Pesquisa em Doenças Neurodegenerativas, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

RESUMO

O número de idosos em todo o mundo, inclusive no Brasil, está aumentando de forma considerável. Esse fato reflete em um aumento das comorbidades associada a população idosa, especialmente a população de idosos longevos, com 80 anos ou mais. Considerando esta realidade, são necessários estudos para entender o impacto do envelhecimento sob a qualidade de vida, bem como quais as ações que podem influenciar positivamente a senescência. Este estudo, portanto, teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e fatores associados, em idosos longevos de um município do sul do Brasil. Este estudo foi um estudo transversal, realizado na cidade de Siderópolis, onde foram recrutados idosos com 80 anos ou mais. Assim que eles aceitavam participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, eram aplicados questionários sociodemográfico e de saúde, assim como o questionário SF-36, para avaliação da qualidade de vida destes indivíduos. Esta coleta foi realizada em 2021-2022 e estes dados estavam armazenados em banco de dados. Em relação aos resultados, de forma geral, pode-se verificar um predomínio de idosos do sexo feminino, com faixa etária entre 80 e 84 anos, aposentados e com estado civil viúvos. Estes idosos moravam com familiares, em especial com os filhos. A renda total dos idosos ficou na faixa de 1 a 2 salários mínimos, sendo que a maioria relatou problemas de saúde, porém consideravam a saúde boa. As comorbidades mais comuns foram diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Grande parte dos indivíduos faziam uso de medicamentos, entre eles vitaminas e suplementos. É possível observar quanto a qualidade de vida que os menores escores foram obtidos no domínio de capacidade funcional e maiores escores nos aspectos sociais e limitação para aspectos emocionais. Quando avaliadas as possíveis associações da qualidade de vida com as variáveis sócioeconômicas e de saúde, foram observadas associações com a qualidade de vida, menor dor (intensidade e frequência), bem como, menor uso de medicamentos, melhor capacidade para realizar suas atividades diárias, uma renda melhor e melhor autopercepção de saúde. Assim pode-se concluir que a qualidade de vida destes indivíduos longevos, desta região sul do Brasil, envolve a menor intensidade e frequência de dor, uso de menor quantidade de medicamentos, maior capacidade funcional, melhor renda e melhor autopercepção de saúde, refletindo em uma vida melhor, com mais autonomia e independência.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de vida; Longevos; Idosos.

ABSTRACT

The number of elderly people worldwide, including in Brazil, has increased considerably. This fact is reflected in an increase in comorbidities associated with the elderly population, especially the oldest-old population, aged 80 or over. Considering this reality, studies are needed to understand the impact of aging on quality of life, as well as which actions can positively influence senescence. This study, therefore, aimed to evaluate the quality of life and associated factors in oldest-old people from a municipality in southern Brazil. This study was a cross-sectional study, carried out in the city of Siderópolis, where elderly people aged 80 or over were recruited. As soon as they agreed to participate in the study and signed the free and informed consent form, sociodemographic and health questionnaires, as well as the SF-36 questionnaire, were applied to assess the quality of life of these individuals. This collection was carried out in 2021-2022 and these data were stored in a database. Regarding the results, in general, it was possible to observe a predominance of elderly women, aged between 80 and 84 years, retired and widowed. These elderly people lived with family members, especially their children. The total income of the elderly was in the range of 1 to 2 minimum wages, and the majority reported health problems, but considered their health to be good. The most common comorbidities were diabetes mellitus and systemic arterial hypertension. Most of the individuals used medications, including vitamins and supplements. It is possible to observe regarding quality of life that the lowest scores were obtained in the domain of functional capacity and higher scores in social aspects and limitation for emotional aspects. When evaluating the possible associations of quality of life with socioeconomic and health variables, associations with quality of life were observed, less pain (intensity and frequency), as well as less use of medications, better ability to perform daily activities, a better income and better self-perception of health. Thus, it can be concluded that the quality of life of these long-lived individuals from this southern region of Brazil involves lower intensity and frequency of pain, use of fewer medications, greater functional capacity, better income and better self-perception of health, reflecting in a better life, with more autonomy and independence.

Keywords: Aging; Quality of life; Long-lived; Elderly.

SUMÁRIO

9

19

19

19

20

3.1 Aspectos éticos20

3.2 Tipo de pesquisa20

3.3 População/Amostra20

3.4 Critérios de inclusão e exclusão21

3.5 Desfechos e fatores em estudo21

3.6 Coleta de dados22

3.7 Instrumentos para coleta de dados23

3.8 Análise estatística23

25

38

43

APÊNDICES48

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido48

APÊNDICE B: Questionário para coleta de dados sociodemográficos e de saúde49

ANEXOS53

ANEXO A: Aprovação do comitê de ética54

ANEXO B: Aprovação do comitê de ética55

ANEXO C: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-3656

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural caracterizado por uma perda progressiva da função fisiológica. Com o tempo, essa perda leva a um aumento da vulnerabilidade e a uma maior probabilidade de morte (López-Otín et al., 2013; 2023). O declínio das funções corporais com o tempo é um fenômeno bem documentado, com estudos relevantes como os de López-Otín et al. (2013, 2023) enfatizando essa realidade.

Com a idade, ocorrem alterações no corpo que reduzem a capacidade de resposta a mudanças ambientais, aumentando a suscetibilidade a várias comorbidades. Estas mudanças são um resultado direto do envelhecimento (Ferreira et al, 2012; Khaltourina et al., 2020).

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo na proporção de idosos na população mundial. Este fenômeno, impulsionado por melhorias na saúde e tecnologia, como citado por Balcombe e Sinclair (2001), também por Di Ciaula e Portincasa (2020), tem importantes implicações para os sistemas de saúde e sociais.

Recentemente, começou-se a considerar o envelhecimento sob uma luz mais positiva, vendo-o como uma etapa da vida associada a bem-estar e satisfação. Este ponto de vista é apoiado por estudos como o de Dawalibi et al. (2013), que argumentam a favor de uma reavaliação da forma como a sociedade percebe o envelhecimento.

O envelhecimento é um processo individualizado, com células, tecidos e órgãos envelhecendo em ritmos diferentes. Esta variabilidade, discutida por Teixeira e Guariento (2010) e por da Silva e Schumacher (2021), torna difícil definir um marco temporal único para o envelhecimento, refletindo sua natureza subjetiva e complexa.

Para entender o envelhecimento, é crucial considerar suas várias teorias e mecanismos. Weinert e Timiras (2003) classificaram estas teorias em categorias como evolutiva, molecular-celular e sistêmica. Essa classificação ajuda a compreender como mudanças moleculares podem afetar as células e, eventualmente, levar a falhas em órgãos e sistemas (Tabela 1).

	Teorias	Descrição
Evolutivas	Acúmulo de mutações	A seleção natural se torna “negligente” com as mutações que afetam a saúde em idade avançada
	Pleiotropia antagonista	Os genes benéficos na juventude tornam-se deletérios na fase pós reprodutiva
	Soma descartável	As células somáticas são mantidas somente para assegurar o êxito na reprodução, tornando-se descartável após este período
Moleculares celulares	Erro catastrófico	Declínio da fidelidade de expressão gênica com o envelhecimento, causando autoamplificação de erros de síntese proteica
	Mutações somáticas	Os danos moleculares acumulam-se principalmente no DNA
	Senescência celular	O fenótipo de envelhecimento é causado pelo aumento na frequência de células senescentes, decorrente do encurtamento dos telômeros ou estresse celular
	Radicais livres/ DNA	Metabolismo oxidativo produz radicais livres altamente reativos, que causam danos nos lipídeos, proteína e mtDNA
	Glicosilação/ ligações cruzadas	O acúmulo de AGEs nas proteínas da matriz extracelular tem consequências deletérias e contribui para o envelhecimento
	Morte celular	Morte celular programada ocorre por eventos genéticos ou em decorrência de crise no genoma
Sistêmicas	Neuroendócrinas	Alterações no controle neuroendócrino da homeostase resultam em mudanças fisiológicas relacionadas a idade
	Neuroendócrina imunológica	O declínio da função imune associado ao envelhecimento resulta em incidência maior de doenças autoimunes
	Ritmo/ velocidade de vida	Há um potencial de energia para o metabolismo de cada organismo vivo

Tabela1. Teorias biológicas do envelhecimento (Adaptada de Weinert e Timiras, 2003).

O envelhecimento é frequentemente associado ao acúmulo de danos em células, mas também envolve respostas compensatórias do organismo. Estuda-se como os danos celulares ocorrem, como o corpo responde a esses danos, e como diferentes tipos de danos e respostas estão interligados. Essa área de pesquisa é

crucial para entender como intervenções exógenas podem retardar o envelhecimento (Hernandez-Segura et al., 2018; Khaltourina et al., 2020).

A senescência celular, um aspecto central do envelhecimento, foi destacada por Schmauck-Medina et al. (2022). Além disso, López-Otín et al. (2013, 2023) identificaram marcos específicos do envelhecimento, incluindo alterações na comunicação celular e instabilidade genômica. Esses marcos ajudam a entender o fenótipo do envelhecimento e a desenvolver estratégias para abordá-lo.

Embora cada um dos marcos do envelhecimento, identificados por López-Otín et al. (2013, 2023) e Borghesan et al. (2020), possa ser considerado individualmente, eles exibem uma hierarquia. Existem os marcos primários, que refletem danos diretos a componentes celulares como genoma, epigenoma, organelas e proteoma, progressivamente acumulam e influenciam de forma negativa o envelhecimento.

As respostas do corpo aos danos do envelhecimento nem sempre são benéficas. Por exemplo, as reações anabólicas ativadas pela desregulação nutricional podem ser benéficas na juventude, mas aceleram o envelhecimento. A compreensão dessas respostas, como discutido por López-Otín et al. (2013, 2023), é fundamental para entender a dinâmica do envelhecimento.

Os marcos integrativos surgem quando os danos causados pelos marcos primários e antagônicos não podem mais ser compensados. Como resultado, ocorrem alterações em células-tronco, comunicação celular, inflamação crônica e disbiose. López-Otín et al. (2013, 2023) detalham como esses marcos, em conjunto, contribuem para o processo complexo do envelhecimento.

Neste contexto, o estudo de López-Otín et al. (2023), previu que existem 8 marcadores de saúde, divididos de acordo com compartimentalização espacial (integridade de barreiras e contenção de perturbações locais), manutenção da homeostase (reciclagem e turnover, integração de circuitos e oscilações rítmicas), e uma série de respostas ao estresse (resiliência homeostática, regulação hormética, reparo e regeneração). Algo já postulado, é que o envelhecimento está ligado à deterioração progressiva dessas oito características da saúde, o que implica na perda desta compartimentalização, perdendo a integridade das barreiras internas e externas, bem como de assegurar homeostase a longo prazo e de responder adequadamente ao estresse através de reparo completo e regeneração. Como resultado, os 12 marcos do envelhecimento estão interligados com as oito características da falha da saúde e as oitos camadas da organização do organismo,

já que há uma associação multidimensional de interações que podem explicar algumas características do processo de envelhecimento (Figura 1) (López-Otín et al., 2023).

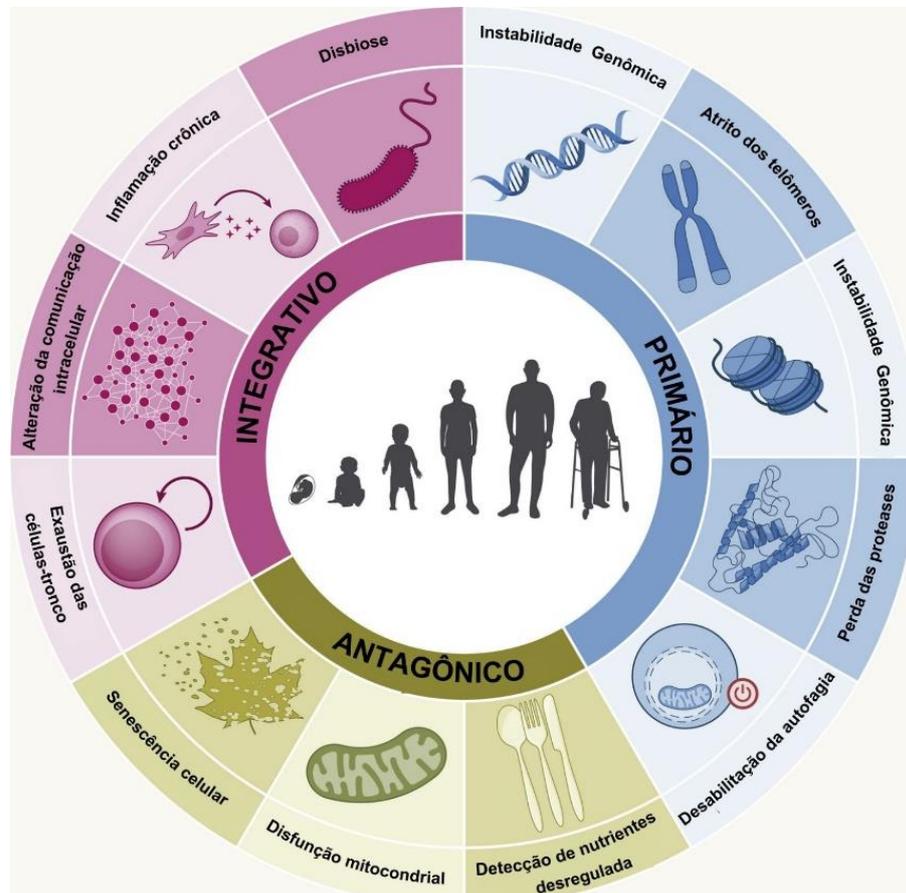


Figura 1. Marcos do envelhecimento. Envolve os marcos primários (instabilidade genômica, atrito dos telômeros, alterações epigenéticas, perda da proteostase e desregulação da autofagia), antagônicos (detecção de nutrientes desregulados, disfunção mitocondrial e senescência celular) e integrativos (exaustão das células-tronco, comunicação intercelular alterada e inflamação crônica) (Adaptado López-Otín et al., 2023).

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno crescente, com implicações significativas para políticas públicas, medicina e tecnologia. Kumar et al. (2023) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) destacam que a maioria das pessoas agora pode esperar viver até os 60 anos ou mais, resultando em uma mudança na composição etária global e nos desafios associados.

A diversidade entre os idosos é notável, variando amplamente em termos de capacidades físicas e mentais. Alguns idosos de 80 anos apresentam condições semelhantes às de jovens, enquanto outros enfrentam declínios significativos em suas

capacidades. Essa heterogeneidade, reconhecida pela OMS (2023), ilustra a complexidade de abordar as necessidades dessa população diversa.

Dados demográficos apontam para um aumento expressivo na proporção de pessoas idosas no mundo até 2030. A população acima de 60 anos está projetada para quase dobrar de 12% para 22% entre 2015 e 2050. Essas projeções sublinham a necessidade urgente de adaptar os sistemas de saúde e sociais para atender às necessidades dessa população em crescimento (OMS, 2023).

No Brasil, espera-se um aumento significativo na proporção de idosos. Projeções indicam que o Brasil terá a sexta maior população de idosos em 2025, com uma estimativa de 15,57% de idosos, em comparação com 8,5% em 2000 (Kalache et al., 1987; IBGE, 2023). Este aumento reflete uma mudança demográfica importante e apresenta desafios específicos para o país.

O aumento sem precedentes na proporção de idosos traz desafios significativos, mesmo para países desenvolvidos, que buscam se adaptar a esta nova realidade. O envelhecimento, anteriormente visto como um privilégio, está se tornando uma norma global, inclusive em países em desenvolvimento (Romeiro, 2012; Vicerra, 2023).

A melhoria da qualidade de vida dos idosos é um objetivo alcançável através do desenvolvimento de programas de saúde, conforme recomendado pela OMS (2023). Estes programas visam apoiar os idosos em manter sua saúde e independência, refletindo um aspecto crítico do cuidado com essa população.

A quarta idade, referindo-se a indivíduos com 80 anos ou mais, está se tornando uma demografia crescente. A OMS (2023) prevê que o número de pessoas nesta faixa etária triplique entre 2020 e 2050, atingindo espantosos 426 milhões de indivíduos. Esta tendência ressalta a importância de compreender as necessidades específicas dos octogenários, que representam um grupo único dentro da população idosa.

Até 2100, os idosos com 80 anos ou mais constituirão uma parcela significativa da população idosa, reforçando a necessidade de políticas específicas para esta faixa etária (Campos et al., 2016; ONU, 2019). O IBGE (2022) também fornece dados demográficos que destacam a crescente proporção de idosos no Brasil e no mundo.

Segundo o censo do IBGE de 2022, a população brasileira de idosos está aumentando, com uma quantidade significativa de homens e mulheres com mais de

80 anos. Este aumento está causando uma inversão na pirâmide etária do país, indicando uma mudança na distribuição etária e nas necessidades sociais e de saúde.

Todas as pessoas devem ter a oportunidade de viver uma vida longa e saudável. Porém, os ambientes podem favorecer a saúde ou ser prejudiciais a ela. Os ambientes influenciam o comportamento e na exposição a riscos para a saúde, ao acesso a serviços e nas oportunidades que o envelhecimento traz (OMS, 2023). Neste contexto, a esperança de vida experimentou um incremento de cerca de 30 anos ao longo do século 20, numa profunda revolução da demografia e da saúde pública (Veras e Caldas, 2004).

O aumento da expectativa de vida trouxe um aumento nas doenças crônicas relacionadas à idade. Essas condições incluem perda auditiva, catarata, dores nas costas e pescoço, osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão, depressão, diabetes e demência, todas comuns entre os idosos e que impactam significativamente sua qualidade de vida (Schmauck-Medina et al., 2022; OMS, 2023).

O envelhecimento, tem intrínseco em si alterações teciduais. Tais alterações têm como origem diversos fatores, tal qual a própria senescência celular. Senescência de neurônios e células da glia, retina, pulmonares, cardiomiócitos, adipócitos, renais, hepáticas, osteoblastos e osteoclastos, condrócitos e células-tronco musculares. Isso então pode gerar diferentes condições ou comorbidades relacionadas ao envelhecimento como doenças neurodegenerativas, doença degenerativa ocular, fibrose pulmonar, cardíaca, hepática e renal, câncer, distúrbio metabólico, osteoartrite e sarcopenia (Borghesan et al., 2022).

Neste sentido, a capacidade funcional é particularmente útil no envelhecimento. Envelhecer mantendo todas as funções é a forma menos desafiadora para o indivíduo ou para a comunidade. Quando as funções começam deteriorar os problemas começam a surgir (Casey e Seidman, 2022; Dominguez et al., 2022).

Neste sentido, principalmente na população idosa, o conceito de educação em saúde é extremamente importante. Isso está relacionado ao autocuidado, que é compreendido por todas as ações e decisões que uma pessoa realiza para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade, todas as atividades individuais destinadas a manter e melhorar a saúde, e ainda, as decisões de utilizar tanto os sistemas de apoio formal de saúde quanto os informais. O indivíduo comprometido com esse processo, está mais preparado e capacitado para atuar sobre os fatores que afetam seu envelhecimento funcional (Cevatto et al., 2005; Casey e Seidman, 2022).

Com o processo de envelhecimento, pode ocorrer uma redução do círculo social dos idosos. Este é um fator que pode agravar as alterações na qualidade de vida, devido inclusive à dificuldade de autocuidado e nutrição. Estar afastado do trabalho pode levar à solidão familiar e social, predispondo o idoso a falta de preocupação consigo mesmo. Esta condição, aliada à ausência de estímulos, tanto internos como externos, pode levar a suscetibilidade maior ao desenvolvimento de condições ou comorbidades associadas ao envelhecimento (Alvarenga et al., 2009; Zacher et al., 2021).

1.2 Envelhecimento e qualidade de vida

O envelhecimento saudável pode ser definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na idade avançada. A capacidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de um indivíduo, pelos ambientes em que vive e pelas interações entre eles (Hermanova, 1995; Zacher et al., 2021; Casey e Seidman, 2022).

Neste sentido quatro aspectos do envelhecimento saudável são importantes de ser considerado: capacidades funcionais (atributos relacionados com a saúde que permitem às pessoas fazer o que têm motivos para valorizar); capacidades intrínsecas (todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode utilizar); ambientes (características sociodemográficas, ambiente natural e construído que constituem o contexto de vida de uma pessoa); e bem-estar (felicidade, segurança e realização). A interações desses fatores podem beneficiar vários aspectos da saúde ao longo da nossa vida e melhorar a qualidade de vida na idade avançada (Zadworna, 2022).

O envelhecimento pode trazer uma variedade de benefícios, como aumento do bem-estar, mantendo uma qualidade de vida alta. Este envelhecimento bem-sucedido demonstra um menor risco de desenvolver doenças e condições crônicas de saúde, mantendo o funcionamento físico, emocional e cognitivo (Wang et al., 2023)

O conceito de capacidade funcional está intimamente ligado à manutenção de autonomia, que por sua vez está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, que o

fazem independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural (Grimley-Evans, 1984; De La Rosa et al., 2018; Oluchi et al., 2021).

Consegue-se estimar a qualidade de vida de algumas formas variáveis, mas fundamentalmente se faz através do desempenho de atividades diárias, da autonomia de um idoso, de sua capacidade de cuidar de si próprio (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa, entre outras atividades), ou mesmo continuar desempenhando suas atividades socioeconômicas. Nesse sentido, o conceito de envelhecimento cronológico passa a ser de relevância muito menor do que o conceito de envelhecimento funcional (Sacomann et al., 2010; Oluchi et al., 2021).

Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe seu próprio envelhecimento é de fundamental importância para que se possam desenvolver instrumentos capazes de quantificar este processo de forma válida (Fleck, 2003).

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, é imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida (Vecchia et al, 2005; Yoshimura e Sumi, 2022).

O idoso apresenta um estado de fragilidade, cursando com vulnerabilidade, que resulta das mudanças fisiológicas multisistêmicas. Estas alterações nem sempre atingem o *status* de doença, apresentando-se por meio de idosos que são frágeis sem uma doença específica que ameaça a vida. Não só os fatores físicos, mas também psicológicos, cognitivos e sociais contribuem para esta síndrome e precisam ser levados em conta na sua definição e tratamento. Somados, estes fatores causam, conseqüentemente, uma redução da reserva funcional e queda da resiliência a qualquer tipo de estresse. A consequência geral é que os idosos fracos estão em maior risco de declínio físico e cognitivo acelerado, incapacidade e morte (Fulop et al., 2010).

Neste sentido Kumar et al. (2023), faz uma síntese do processo de envelhecimento, representando todo o elo entre a prevenção das doenças cardiovasculares, com a fisiopatologia do envelhecimento e o foco no cuidado para prevenção de doenças em idosos e doenças relacionadas ao envelhecimento. Os marcos do envelhecimento são compostos por exaustão de células tronco, atrito de

telômeros, instabilidade genômica, senescência celular, alteração de comunicação intercelulares, inflamação crônica, disbiose, alterações epigenéticas, disfunção mitocondrial, perda das proteostases e desregulação de nutrientes. Para que haja uma tentativa de diminuir os impactos destes marcos, é ideal que o idoso se proponha a realizar os 8 passos essenciais para a vida, que são: parar o hábito de tabagismo; ser mais ativo; alimentação saudável; controle da pressão arterial sistêmica; controle da glicemia e colesterol; controle do peso e boas noites de sono. Associado a estes hábitos, ainda existe a prevenção tal como se aplica em toda a estrutura geriátrica, referida como os 5Ms geriátricos, que incluem: mente; mobilidade; medicamentos; multicomplexidade e o que é mais importante para o idoso. Este seria o pilar para envelhecimento saudável e com menos impacto na saúde do idoso, contribuindo assim para a qualidade de vida dos mesmos (Figura 2) (Kumar et al., 2023).

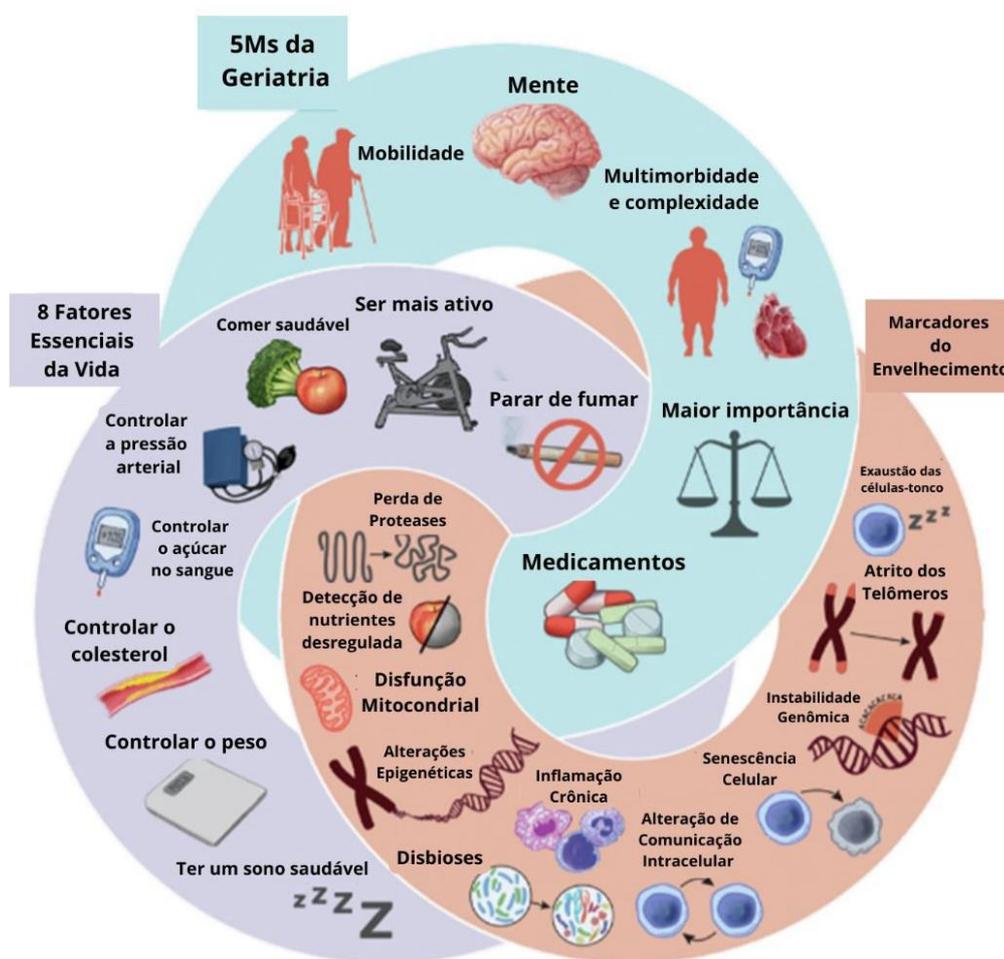


Figura 2. Prevenção das doenças cardiovasculares, com a fisiopatologia do envelhecimento e o foco no cuidado para prevenção de doenças em idosos (Adaptado de Kumar et al., 2023).

Justificativa

O envelhecimento populacional determina um substancial aumento, tanto nos recursos materiais e humanos necessários aos serviços de saúde do país, como nos seus custos, visto que, em geral, as doenças que acometem essa faixa etária da população necessitam de tratamento por períodos prolongados e intervenções caras com alta tecnologia.

Esta transformação demográfica faz com que existam maiores desafios sociais e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento para garantir a qualidade de vida destes indivíduos.

Embora o envelhecimento seja uma experiência observada de forma biológica e continua, a grande maioria dos países ainda não está totalmente preparado para o amparo a população idosa.

Há necessidade de conhecimento do *status* dessa população quanto a sua qualidade de vida, para que assim, possam ser desenvolvidas estratégias para que esta população chegue a idades longevas conseguindo realizar atividades de vida diária com qualidade de vida. Assim uma saúde física e mental mais adequada, refletindo em pessoas com maior autonomia e menor necessidade de assistência de terceiros, terá um menor impacto em toda a rede social. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de idosos longevos de uma cidade do sul do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida e fatores associados, em idosos longevos de um município da região sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade de vida em indivíduos longevos;
- Analisar a associação entre o perfil sócio demográfico (idade, gênero, estado civil, área de residência, renda, cor da pele declarada, estado civil, estudo em anos, pessoa com quem o idoso reside) e a qualidade de vida em indivíduos longevos;
- Investigar a associação entre o perfil clínico (saúde autorrelatada, principais comorbidades, padrão de sono, principais medicamentos administrados e atividade física) e a qualidade de vida em indivíduos longevos.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

Esta pesquisa fez parte de um projeto maior, uma coorte, intitulado “Investigação de fatores de riscos e potenciais biomarcadores associados ao processo neurodegenerativo: estudo prospectivo na população de idosos de dois municípios da região Sul do Brasil”, que foi devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UNESC no ano de 2015 e 2016 sob parecer número 1.032.742 (Anexo A) e 2019 e 2021 sob parecer número 3.214.698 (Anexo B). Todos os participantes receberam as informações a respeito do estudo, conforme normas para pesquisas envolvendo seres humanos, e estão assegurados quanto a sua autonomia, anonimato e os benefícios esperados pelo estudo. A participação no estudo foi realizada de forma voluntária, por meio da assinatura do TCLE (Apêndice A). Os dados, no momento, estão em bancos de dados.

3.2 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo observacional, de abordagem quantitativa, transversal, retrospectivo.

3.3 População/Amostra

A população do estudo foi composta de indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 80 anos, residentes no município de Siderópolis e usuários do serviço de Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) - SUS. A seleção dos participantes foi do tipo censitário, no qual todos os indivíduos com idades igual ou superior a 80 anos, que utilizaram a ESF e que eram cadastrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do município alvo do estudo, foram recrutados em 2021-2022, que perfaz 100 indivíduos.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- Indivíduos de ambos os sexos;
- Idade igual ou superior a 80 anos;
- Residentes no município de Siderópolis;
- Usuário do serviço de Atenção Primária à Saúde - SUS.

Os critérios de exclusão foi apresentar:

- Deficiência visual parcial (de 40 a 60% de comprometimento) ou total.
- Deficiência auditiva severa (não consegue ouvir sons abaixo dos 80 decibéis, em média) e profunda (quando não escuta sons emitidos com intensidade menor que 91 decibéis).
- Diagnóstico de Esquizofrenia ou outros Transtornos Psicóticos.
- Transtorno Conversivo (com fraqueza ou paralisia ou movimento anormal, ou sintomas da fala, ataques convulsivos, ou perda sensorial ou sintomas mistos).
- Transtornos neurocognitivos (Delirium, Doença de Parkinson).
- Transtornos do movimento induzidos por medicamentos e efeitos adversos de medicamentos (parkinsonismo induzido por neuroléptico, síndrome neuroléptica maligna, distonia aguda, acatisia aguda, discinesia tardia, distonia tardia, acatisia tardia, tremor postural).
- Acidente Vascular Encefálico com comprometimento da fala (disartria parálitica, disartria cerebelar e disartria extrapiramidais, dislalia, dislexia, afasia, supressão da linguagem ou estereotipia, estereotipia verbal).
- Acidente Vascular Encefálico com comprometimento da movimentação de membros superiores (braços e mãos).
- Qualquer outra condição que influencie negativamente seu desempenho nas avaliações do estudo.

3.5 Desfechos e fatores em estudo

O desfecho primário do estudo foi a qualidade de vida avaliada através da escala SF-36.

Os outros fatores em estudo foram associados a variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, área de residência (rural/urbano), cor da pele declarada, estado civil, renda, estudo em anos, pessoa com quem o idoso reside) e clínicas (saúde autorrelatada, principais comorbidades, padrão de sono, principais medicamentos administrados e atividade física).

3.6 Coleta de dados

Estes dados encontravam-se em um banco de dados do Laboratório de Neurologia Experimental do grupo de pesquisa em doenças neurodegenerativas. Para a coleta de dados, inicialmente foi realizada uma reunião com o gestor do sistema de saúde dos municípios de Siderópolis, que assinaram a Carta de Aceite da pesquisa. Após a concordância dos gestores municipais, foi realizada uma reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), com a finalidade de orientá-las a respeito dos objetivos do estudo e treiná-las para o agendamento das visitas domiciliares com os idosos. O contato e acesso aos idosos foi obtido em parceria com as agentes comunitárias de saúde. Esta coleta de dados já ocorreu e, portanto, foram utilizados os dados obtidos contidos no banco de dados deste estudo.

A partir do primeiro contato com os idosos realizado pelas ACS, àqueles que aceitaram participar do estudo e eram elegíveis para o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os idosos recrutados que participaram do estudo responderam um questionário sociodemográfico e de saúde (Apêndice B) previamente elaborado pelos pesquisadores, e instrumentos que avaliaram da qualidade de vida (anexo).

Após a identificação dos idosos participantes da pesquisa, a amostra era dividida por cada aluno(a) de Iniciação Científica (IC), que receberam o protocolo de pesquisa, ou seja, todos os instrumentos de avaliação impressos e encadernados em ordem da coleta de dados, no qual continha uma ficha com as seguintes informações: o município alvo da coleta, data e hora da coleta, nome do idoso, a micro área na qual ele pertence, nome da ACS responsável por aquela família (idoso), endereço e/ou telefone, local para a assinatura do entrevistador e um espaço para observações advindas do momento da entrevista e aplicação do protocolo de investigação. Após o

aceite em participar da pesquisa foram aplicados os testes aos idosos durante o período da tarde.

Os dados foram coletados na forma de inquérito domiciliar por entrevistadores, alunos do curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), que possuíam vínculo em pesquisa com a UNESC ou com o Laboratório de Neurologia Experimental do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS).

Todos os entrevistadores que realizaram a coleta de dados foram previamente treinados e estiveram inteirados em relação aos objetivos do estudo e a forma de aplicação dos instrumentos. Para isso, reuniões foram programadas com a finalidade de fornecer o máximo de informações e esclarecer dúvidas acerca da pesquisa, antes do início da coleta de dados. Os entrevistadores realizaram a autoaplicação entre si dos instrumentos para garantir a simulação de uma aplicação ótima, em campo. O transporte para coleta de dados em campo era fornecido pela UNESC.

Neste sentido foi avaliado, a qualidade de vida e fatores associados, como os dados de Siderópolis em 2021-2022.

3.7 Instrumentos para coleta de dados

Questionário sociodemográfico, econômico e de saúde: instrumento elaborado pela pesquisadora com o objetivo de coletar informações acerca das condições sociais, demográficas, econômica e de saúde dos idosos entrevistados (Apêndice B). Esse questionário possui variáveis específicas para cada área investigada. Por exemplo, dentro das variáveis demográficas estão: sexo (masculino ou feminino), data de nascimento, idade, naturalidade e número total de filhos vivos (Apêndice B).

Questionário de qualidade de vida – SF-36: avalia a qualidade de vida. É um instrumento genérico, que apresenta 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final é de 0 a 100, sendo o pior estado geral e 100 melhor estado de saúde (Ciconelli et al., 1999) (Anexo C).

3.8 Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Devido a assimetria dos escores de qualidade de vida, testes não paramétricos foram aplicados. Para comparar as medianas, os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis complementado por Dunn foram aplicados.

Para avaliar as associações entre as variáveis contínuas e ordinais, o teste da correlação de *Spearman* foi utilizado.

Para controle de fatores confundidores, a análise de Regressão Linear Multivariada foi utilizada. Foram calculados o coeficiente de regressão ou angular (b), que mede o efeito no desfecho a cada aumento de uma unidade do fator, juntamente com o intervalo de 95% de confiança. Além disso, o coeficiente padronizado beta (β) também foi apresentado no intuito de comparar a força da associação entre as variáveis presentes no modelo multivariado por não possuir unidade de medida, sendo que quanto maior, mais forte é a associação. Por fim, o coeficiente de determinação (R^2) foi calculado para determinar o percentual de explicação do modelo multivariado em relação a um desfecho específico. Foram controlados o efeito de multicolinearidade pelo VIF (Variance Inflation Factor) e o ajuste do modelo pelo gráfico de resíduos, que não mostrou tendências na relação entre as variáveis.

O critério para a entrada da variável no modelo foi de que a mesma apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada e o critério para a permanência da mesma no modelo final foi de que apresentasse um valor $p < 0,10$.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

4. RESULTADOS

De acordo com o levantamento dos dados sociodemográficos, pode-se caracterizar a amostra de acordo com diversas variáveis (Tabela 2). Observa-se uma população predominantemente feminina, sendo 62 mulheres para um total de 38 homens, totalizando 100 participantes. A faixa etária foi dividida em 4 grupos, sendo que o primeiro grupo entre 80 e 84 anos, perfaz um total de 58 participantes; o segundo grupo, entre 85 a 89 anos, com 27 participantes; terceiro grupo entre 90 a 94 anos, com 11 indivíduos e o quarto grupo com 95 anos ou mais, apresentou um total de 4 pessoas. Os aposentados totalizaram 92 participantes, sendo que a mediana de anos em estudos ficou em 3. De acordo com a residência, 15 idosos moram sozinhos, 35 residem com cônjuge, 45 pessoas residem com familiares, sendo que destes, 43 moram com filhos e 2 com irmãos. Cinco idosos residem com cuidados externo.

Quanto ao estado civil, 39 idosos são casados, 2 divorciados, 55 viúvos e 4 solteiros. No quesito renda, foram separados em 6 grupos de acordo com a faixa salarial. O primeiro grupo, sem renda, apresentou apenas 1 participante. No segundo grupo, com renda de até 1 salário mínimo, um total de 34 participantes. De 1 a 2 salários mínimos, 44 idosos. De 3 a 4 salários mínimos, 17 indivíduos. No quinto grupo, de 5 a 6 salários mínimos, 3 idosos; de 9 a 10 salários mínimos, apenas 1. Quando questionados sobre quais problemas mais o atingem na vida diária, 37 idosos negaram problemas, 44 mencionaram problemas relacionados a saúde, 6 indivíduos citaram problemas econômicos, problemas pessoais um total de 3 participantes e problemas familiares foram 10 idosos.

Tabela 2 – Caracterização da amostra.

Variáveis	n=100
Idade (anos) – média ± DP	84,9 ± 4,7
Faixa etária – n(%)	
80 a 84 anos	58 (58,0)
85 a 89 anos	27 (27,0)
90 a 94 anos	11 (11,0)
95 anos ou mais	4 (4,0)
Sexo – n(%)	
Masculino	38 (38,0)
Feminino	62 (62,0)
Aposentado – n(%)	92 (92,0)
Anos de estudo – mediana (P25 – P75)	3 (2 – 4)
Estado civil – n(%)	
Solteiro	4 (4,0)
Viúvo	55 (55,0)
Divorciado	2 (2,0)
Casado	39 (39,0)
Idoso reside – n(%)	
Sozinho	15 (15,0)
Cônjuge	35 (35,0)
Familiar (filhos)	43 (43,0)
Familiar (irmãos)	2 (2,0)
Cuidador externo	5 (5,0)
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	21 (21,0)
Renda total do idoso – n(%)	
Sem renda	1 (1,0)
Até 1 s.m.	34 (34,0)
De 1 a 2 s.m.	44 (44,0)
De 3 a 4 s.m.	17 (17,0)
De 5 a 6 s.m.	3 (3,0)
De 9 a 10 s.m.	1 (1,0)
Em sua opinião, qual o problema que mais o atinge na sua vida diária – n(%)	
Nenhum	37 (37,0)
Saúde	44 (44,0)
Econômico	6 (6,0)
Pessoal	3 (3,0)
Familiar	10 (10,0)
Autopercepção de saúde – n(%)	
Excelente/Muito boa	20 (20,0)
Boa	60 (60,0)
Ruim/Muito ruim	20 (20,0)
Patologias – n(%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	74 (74,0)
Diabetes	67 (67,0)
Cardiopatias	61 (61,0)
Outras	36 (36,0)

Tabela 2 – Caracterização da amostra – continuação.

Variáveis	n=100
Faz uso de alguma medicamento – n(%)	96 (96,0)
Vitaminas e suplementos – n(%)	44 (44,0)
medicamentos – n(%)	
Pílulas para pressão	73 (73,0)
Antibiótico	2 (2,0)
Insulina	5 (5,0)
Tranquilizantes	36 (36,0)
Relaxante muscular	13 (13,0)
Outros	71 (71,0)
Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	37 (37,0)
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	16 (16,0)
Você já fumou – n(%)	36 (36,0)
Você ainda fuma – n(%)	4 (4,0)
Você faz uso de bebida alcoólica – n(%)	18 (18,0)
Diagnóstico de Epworth– n(%)	
Normal	80 (80,0)
Distúrbio do sono	20 (20,0)
Escala de Dor (0-10) – mediana (P25 – P75)	2 (0 – 5)
Frequência da dor – n(%)	
Não sente dor	25 (25,0)
1 a 3x/semana	23 (23,0)
3 a 5x/semana	10 (10,0)
Todos os dias	39 (39,0)
Esporádico	3 (3,0)
Diagnóstico de avaliação das AIVDs – n(%)	
Dependência completa	1 (1,0)
Dependência modificada 75%	2 (2,0)
Dependência modificada 50%	1 (1,0)
Dependência modificada 25%	23 (23,0)
Independência modificada ou completa	73 (73,0)

A Tabela 3 apresenta as descritivas do escores dos domínios do SF-36. Devido a assimetria dos escores, as medianas e as amplitudes interquartílicas foram apresentadas. É possível observar que menores escores foram obtidos no domínio de Capacidade Funcional e maiores escores nos Aspectos Sociais e Limitação para aspectos emocionais.

Tabela 3 – Dados sobre a qualidade de vida.

Domínios	Média ± DP	Mediana (Percentis 25-75)
Capacidade Funcional	54,2 ± 33,1	55 (25 – 90)
Limitação para aspectos físicos	58,5 ± 43,6	75 (0 – 100)
Dor	67,3 ± 26,4	72 (51 – 100)
Estado geral de saúde	65,0 ± 23,6	72 (45,5 – 85)
Vitalidade	63,7 ± 27,1	65 (40 – 90)
Aspectos sociais	84,4 ± 24,2	100 (75 – 100)
Limitação para aspectos emocionais	75,0 ± 40,6	100 (33,3 – 100)
Saúde Mental	75,6 ± 24,0	84 (65 – 96)

As associações com a qualidade de vida estão apresentadas na Tabela 4. Com maiores escores no domínio de Capacidade Funcional estão associados significativamente menores níveis na escala de dor ($p=0,006$) e menor frequência de dor ($p=0,043$).

Com maiores escores no domínio de Limitação por aspectos físicos, estão associados significativamente melhor autopercepção de saúde ($p=0,030$), menores níveis na escala de dor ($p=0,028$), menor frequência de dor ($p=0,004$) e fazer uso de bebida alcoólica ($p=0,021$).

Melhores escores de qualidade de vida no domínio Dor foram obtidos nos idosos com melhor autopercepção de saúde ($p<0,001$), menores níveis na escala de dor ($p<0,001$), menor frequência de dor ($p<0,001$), sem cardiopatias ($p=0,003$) e sem uso de tranquilizantes e relaxante muscular ($p=0,002$ e $p=0,003$, respectivamente).

Com mais altos escores de qualidade de vida no domínio Estado Geral de Saúde estão significativamente associados melhor autopercepção de saúde ($p<0,001$), menor frequência de dor ($p=0,031$), melhor capacidade funcional pelas AIVDs ($p=0,036$), sem problemas ou com problemas pessoais na vida ($p=0,045$), sem Diabetes ($p=0,012$) e cardiopatias ($p=0,019$), sem uso de tranquilizantes ($p=0,003$), fazer uso de bebida alcoólica ($p=0,008$) e não ter distúrbio do sono pela escala Epworth ($p=0,009$).

Melhores escores de qualidade de vida no domínio Vitalidade foram obtidos nos idosos com melhor renda ($p=0,005$), melhor autopercepção de saúde ($p<0,001$), melhor capacidade funcional nas AIVDs ($p=0,003$), não ter problema ou ter problema pessoal na vida ($p=0,025$), não ter Diabetes ($p=0,008$) e cardiopatias ($p=0,013$), não utilizar Vitaminas e suplementos ($p=0,038$), fazer uso de bebida alcoólica ($p<0,001$) e não ter distúrbio do sono pela escala Epworth ($p=0,015$).

Com maiores escores no domínio de Aspectos Sociais, estão associados significativamente melhor autopercepção de saúde ($p < 0,001$), menores níveis na escala de dor ($p = 0,022$), menor frequência de dor ($p = 0,002$), melhor capacidade funcional nas AIVDs ($p < 0,001$), não ter hipertensão arterial sistêmica ($p = 0,002$), Diabetes ($p = 0,009$) e cardiopatias ($p = 0,017$) e não fazer uso de tranquilizantes ($p = 0,020$).

Melhores escores de qualidade de vida no domínio Limitação por Aspectos Emocionais foram obtidos nos idosos com melhor autopercepção de saúde ($p = 0,008$), menores níveis na escala de dor ($p = 0,025$) e menor frequência de dor ($p = 0,006$).

Melhores escores de qualidade de vida no domínio Saúde mental foram obtidos nos idosos com melhor autopercepção de saúde ($p < 0,001$), menores níveis na escala de dor ($p = 0,017$), menor frequência de dor ($p < 0,001$), do sexo masculino ($p = 0,029$), não ter Diabetes ($p = 0,008$) e cardiopatias ($p < 0,001$), não utilizar tranquilizantes ($p < 0,001$) e fazer uso de bebida alcoólica ($p = 0,002$).

Tabela 4 – Associações com a qualidade de vida.

Variáveis	Capacidade Funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado Geral de saúde
Variáveis numéricas ou ordinais*				
Idade (anos)	0,099 (p=0,327)	-0,022 (p=0,830)	0,044 (p=0,662)	0,056 (p=0,582)
Anos de estudo	-0,132 (p=0,190)	-0,034 (p=0,738)	-0,047 (p=0,641)	-0,043 (p=0,675)
Renda total do idoso	0,130 (p=0,196)	0,102 (p=0,311)	0,049 (p=0,630)	0,026 (p=0,800)
Autopercepção de saúde	-0,066 (p=0,513)	-0,217 (p=0,030)	-0,398 (p<0,001)	-0,529 (p<0,001)
Escala de Dor (0-10)	-0,272 (p=0,006)	-0,221 (p=0,028)	-0,545 (p<0,001)	-0,155 (p=0,127)
Frequência de Dor	-0,203 (p=0,043)	-0,288 (p=0,004)	-0,683 (p<0,001)	-0,216 (p=0,031)
Diagnóstico de avaliação das AIVDs	0,013 (p=0,899)	0,102 (p=0,312)	0,176 (p=0,080)	0,210 (p=0,036)
Variáveis categóricas**				
Sexo				
Masculino	52,5 (25-70)	75 (0-100)	72 (51,8-100)	74,5 (52-92)
Feminino	57,5 (25-90)	75 (0-100)	62 (41-100)	67 (42 – 82)
P	0,360	0,707	0,208	0,133
Estado civil				
Solteiro	72,5 (32,5-97,5)	87,5 (18,8-100)	66,5 (46-81)	84,5 (82-96,8)
Viúvo	55 (25-90)	75 (0-100)	72 (42-100)	70 (45-82)
Divorciado	37,5 (20-55)	100 (100-100)	86 (72-100)	87 (82-92)
Casado	50 (25-85)	75 (0-100)	62 (51-84)	67 (42-87)
P	0,617	0,424	0,729	0,088
Idoso reside				
Sozinho	70 (40-100)	75 (0-100)	62 (22-100)	70 (37-77)
Cônjuge	45 (25-70)	75 (25-100)	62 (51-84)	72 (42-87)
Familiar (filhos/irmãos)	55 (22,5-90)	75 (0-100)	72 (61-100)	72 (57-86)
Cuidador externo	45 (27,5-90)	0 (0-100)	22 (22-70,5)	27 (26-62,5)
P	0,290	0,836	0,101	0,074
Participa de alguma atividade na comunidade				
Sim	55 (22,5-95)	75 (0-100)	72 (51,5-100)	67 (49,5-79,5)
Não	55 (25-90)	75 (0-100)	72 (51-100)	72 (42-87)
p	0,970	0,632	0,751	0,479
Problema que mais atinge na vida diária				
Nenhum	55 (25-87,5)	100 (37,5-100)	72 (61-100)	82 (72-88,5) ^b
Saúde	57,5 (30-90)	62,5 (0-100)	56,5 (41,3-81,5)	56 (37-72) ^a
Econômico	50 (22,5-100)	50 (0-81,3)	67 (36,3-100)	51 (26,5-70,5) ^a
Pessoal	40 (20-50)	100 (100-100)	61 (61-72)	92 (87-97) ^b
Familiar	35 (16,3-70)	62,5 (0-100)	68 (58,8-84)	59,5 (49,5-87) ^{ab}
p	0,570	0,226	0,621	0,045
Patologias				
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	55 (30-90)	75 (0-100)	62 (42-100)	67 (44,3-85)
Não	52,5 (12,5-80)	75 (18,8-100)	72 (61,8-100)	74,5 (49,5-87)
P	0,219	0,752	0,071	0,431

* Teste da correlação de Spearman; ** descritas por mediana (percentis 25-75), com teste de Mann-Whitney (variáveis dicotômicas) ou Kruskal-Wallis (politômicas); ^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Dunn a 5% de significância

Tabela 4 – Associações com a qualidade de vida – continuação.

Variáveis	Capacidade Funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado Geral de saúde
Variáveis categóricas**				
Patologias				
Diabetes				
Sim	55 (35-90)	75 (0-100)	62 (46,5-100)	57 (36-79,5)
Não	55 (25-90)	75 (0-100)	72 (51-100)	72 (52-87)
P	0,572	0,379	0,835	0,012
Cardiopatias				
Sim	55 (30-90)	50 (0-100)	51 (41-84)	62 (40-82)
Não	55 (22,5-90)	75 (25-100)	72 (61-100)	77 (52-87)
p	0,481	0,119	0,003	0,019
Vitaminas e suplementos				
Sim	55 (25-90)	62,5 (0-100)	62 (44,3-84)	71 (52-84,3)
Não	55 (30-93,8)	75 (6,3-100)	72 (51-100)	72 (41,3-86,5)
P	0,419	0,170	0,598	0,911
Medicações				
Tranquilizantes				
Sim	50 (25-88,8)	50 (0-100)	51 (31,3-72)	58,5 (35-75,8)
Não	55 (25-93,8)	75 (25-100)	72 (61-100)	77 (52-87)
p	0,252	0,119	0,002	0,003
Relaxante muscular				
Sim	50 (27,5-67,5)	75 (0-100)	51 (31,5-61)	62 (37,5-78,5)
Não	55 (25-90)	75 (0-100)	72 (52-100)	72 (47-87)
p	0,432	0,935	0,003	0,207
Uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença				
Sim	60 (25-92,5)	75 (0-100)	61 (46,5-72)	67 (41-87)
Não	50 (25-85)	75 (0-100)	72 (51-100)	72 (52-85)
P	0,242	0,743	0,117	0,522
Pratica atividade física				
Sim	57,5 (25-95)	100 (50-100)	72 (61-100)	77 (57-87)
Não	55 (25-88,8)	75 (0-100)	67 (51-96)	71 (42-82)
P	0,415	0,186	0,291	0,309
Você já fumou/ainda fuma				
Sim	57,5 (25-88,8)	75 (0-100)	67 (51-96)	72 (52-87)
Não	52,5 (25-90)	75 (0-100)	72 (44,3-100)	67 (42,8-82)
P	0,609	0,852	0,985	0,282
Você faz uso de bebida alcoólica				
Sim	57,5 (23,8-95)	100 (68,8-100)	78 (61-100)	87 (68,3-92)
Não	55 (25-90)	75 (0-100)	62 (42-88)	67 (42-82)
P	0,801	0,021	0,052	0,008
Diagnóstico de Epworth				
Normal	55 (25-90)	75 (0-100)	72 (51-100)	72 (52-87)
Distúrbio do sono	42,5 (25-62,5)	75 (0-100)	56,5 (44-74)	49,5 (29-78,3)
p	0,153	0,777	0,113	0,009

* Teste da correlação de Spearman; ** descritas por mediana (percentis 25-75), com teste de Mann-Whitney (variáveis dicotômicas) ou Kruskal-Wallis (politômicas); ^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Dunn a 5% de significância

Tabela 4 – Associações com a qualidade de vida – continuação.

Variáveis	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Variáveis numéricas ou ordinais*				
Idade (anos)	-0,057 (p=0,576)	-0,056 (p=0,580)	-0,044 (p=0,661)	0,055 (p=0,585)
Anos de estudo	0,012 (p=0,905)	0,035 (p=0,726)	-0,086 (p=0,396)	-0,136 (p=0,177)
Renda total do idoso	0,277 (p=0,005)	0,075 (p=0,459)	0,123 (p=0,224)	0,191 (p=0,057)
Autopercepção de saúde	-0,475 (p<0,001)	-0,392 (p<0,001)	-0,264 (p=0,008)	-0,371 (p<0,001)
Escala de Dor (0-10)	-0,176 (p=0,081)	-0,230 (p=0,022)	-0,225 (p=0,025)	-0,239 (p=0,017)
Frequência de Dor	-0,109 (p=0,279)	-0,299 (p=0,002)	-0,275 (p=0,006)	-0,326 (p<0,001)
Diagnóstico de avaliação das AIVDs	0,291 (p=0,003)	0,429 (p<0,001)	0,175 (p=0,082)	0,176 (p=0,080)
Variáveis categóricas**				
Sexo				
Masculino	80 (47,5-90)	100 (87-100)	100 (33-100)	88 (75-96)
Feminino	57,5 (40-85)	100 (75-100)	100 (66,9-100)	82 (48-93)
P	0,066	0,136	0,293	0,029
Estado civil				
Solteiro	85 (80-97,5)	87,5 (65,6-100)	100 (100-100)	90 (66-99)
Viúvo	60 (40-85)	100 (75-100)	100 (66,7-100)	84 (64-92)
Divorciado	85 (70-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	82 (76-88)
Casado	60 (40-90)	100 (87-100)	100 (33-100)	84 (68-96)
P	0,188	0,332	0,280	0,802
Idoso reside				
Sozinho	80 (30-85)	100 (75-100)	100 (67-100)	80 (48-96)
Cônjuge	60 (40-90)	100 (87-100)	100 (33-100)	88 (68-96)
Familiar (filhos/irmãos)	70 (45-90)	100 (75-100)	100 (100-100)	84 (68-94)
Cuidador externo	40 (15-65)	62 (31-100)	0 (0-100)	36 (20-82)
P	0,305	0,290	0,137	0,210
Participa de alguma atividade na comunidade				
Sim	75 (47,5-87,5)	100 (62,5-100)	100 (83,3-100)	84 (54-96)
Não	60 (40-90)	100 (75-100)	100 (33-100)	84 (68-96)
p	0,445	0,494	0,560	0,953
Problema que mais atinge na vida diária				
Nenhum	80 (50-92,5) ^b	100 (87-100)	100 (100-100)	92 (74-96)
Saúde	55 (35-80) ^a	100 (65,3-100)	100 (33-100)	80 (64-88)
Econômico	42,5 (15-75) ^a	100 (34-100)	33,5 (0-100)	58 (19-97)
Pessoal	100 (100-100) ^b	100 (100-100)	100 (100-100)	88 (48-100)
Familiar	60 (38,8-96,3) ^{ab}	81,3 (62-100)	100 (50-100)	66 (55-100)
p	0,025	0,531	0,244	0,772
Patologias				
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	62,5 (40-85)	100 (62,4-100)	100 (33,3-100)	84 (64-96)
Não	77,5 (48,8-100)	100 (100-100)	100 (58,3-100)	88 (65-96)
P	0,108	0,002	0,774	0,594

* Teste da correlação de Spearman; ** descritas por mediana (percentis 25-75), com teste de Mann-Whitney (variáveis dicotômicas) ou Kruskal-Wallis (politômicas); ^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Dunn a 5% de significância

Tabela 4 – Associações com a qualidade de vida – continuação.

Variáveis	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Variáveis categóricas**				
Patologias				
Diabetes				
Sim	50 (35-75)	87 (50-100)	100 (0-100)	68 (46-88)
Não	80 (50-90)	100 (87-100)	100 (66,7-100)	88 (72-96)
P	0,008	0,009	0,241	0,008
Cardiopatias				
Sim	55 (35-80)	87,5 (62-100)	100 (0-100)	68 (48-88)
Não	80 (45-92,5)	100 (81-100)	100 (66,7-100)	88 (78-96)
p	0,013	0,017	0,425	<0,001
Vitaminas e suplementos				
Sim	55 (40-80)	100 (75-100)	100 (41,7-100)	80 (49-92)
Não	80 (40-90)	100 (75-100)	100 (33-100)	84 (72-96)
P	0,038	0,761	0,796	0,081
Medicações				
Tranquilizantes				
Sim	42,5 (30-75)	93,8 (50-100)	100 (0-100)	72 (37-88)
Não	80 (50-90)	100 (78-100)	100 (75,3-100)	88 (72-96)
p	0,001	0,020	0,058	<0,001
Relaxante muscular				
Sim	60 (32,5-77,5)	100 (56,3-100)	100 (16,5-100)	80 (54-90)
Não	70 (40-90)	100 (75-100)	100 (33,3-100)	84 (68-96)
p	0,314	0,811	0,849	0,249
Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença				
Sim	70 (37,5-85)	100 (62,3-100)	100 (50-100)	84 (58-96)
Não	65 (45-90)	100 (75-100)	100 (33-100)	84 (68-96)
P	0,737	0,342	0,929	0,926
Pratica atividade física				
Sim	80 (56,3-85)	93,8 (75-100)	100 (66,7-100)	90 (71-96)
Não	62,5 (36,3-90)	100 (75-100)	100 (33,1-100)	82 (64-92)
P	0,169	0,585	0,793	0,127
Você já fumou/ainda fuma				
Sim	80 (42,5-90)	100 (87-100)	100 (33,1-100)	88 (72-96)
Não	60 (40-85)	100 (75-100)	100 (41,7-100)	82 (61-92)
P	0,213	0,158	0,745	0,123
Você faz uso de bebida alcoólica				
Sim	85 (80-96,3)	100 (96,8-100)	100 (100-100)	96 (86-100)
Não	57,5 (38,8-85)	100 (75-100)	100 (33-100)	80 (63-92)
P	<0,001	0,101	0,145	0,002
Diagnóstico de Epworth				
Normal	75 (45-90)	100 (75-100)	100 (66,8-100)	84 (68-96)
Distúrbio do sono	50 (30-76,3)	93,5 (62-100)	100 (33-100)	80 (60-88)
p	0,015	0,142	0,165	0,102

* Teste da correlação de Spearman; ** descritas por mediana (percentis 25-75), com teste de Mann-Whitney (variáveis dicotômicas) ou Kruskal-Wallis (politômicas); ^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Dunn a 5% de significância

Após o ajuste (Tabela 5), permaneceram significativamente associadas com os escores de qualidade de vida quanto ao domínio Dor as seguintes variáveis: escala de dor ($p < 0,001$), frequência de dor ($p < 0,001$) e autopercepção de saúde ($p = 0,013$). Para cada nível a mais de dor, há uma redução média de 2,27 pontos no escore (IC 95%: -3,54 a -1,01). Para o aumento de um nível na frequência de dor há uma redução média de 9,98 pontos no escore de qualidade de vida deste domínio (IC 95%: -13,3 a -6,69) e para menor percepção de saúde do idoso há uma redução média de 5,7 pontos no escore (IC 95%: -10,2 a -1,23). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho foi a frequência de dor. Este modelo explica 57,5% da variabilidade dos escores de qualidade de vida quanto a dor, o mais alto poder de explicação entre os oito modelos.

Em relação ao Estado Geral de Saúde, permaneceram significativamente associadas as seguintes variáveis: autopercepção de saúde ($p < 0,001$), uso de tranquilizantes ($p = 0,018$), estado civil de casado ($p = 0,016$), ter problemas de saúde, econômico e familiar ($p = 0,002$, $p = 0,006$ e $p = 0,025$, respectivamente), apresentar distúrbio do sono ($p = 0,013$) e capacidade funcional pelas AIVDs ($p = 0,025$). Para menor percepção de saúde do idoso há uma redução média de 9,10 pontos no escore (IC 95%: -13,9 a -4,30). Idosos que utilizam tranquilizantes tem uma redução de média de 9,56 pontos no escore (IC 95%: -17,4 a -1,71). Idosos que são casados tem uma redução média de 11,1 pontos neste escore de qualidade de vida, quando comparados aos solteiros (IC 95%: -20,1 a -2,08). Idosos que apresentam problemas de saúde, econômicos e familiares apresentam uma redução média de 12,5, 22,5 e 14,2 pontos, respectivamente, no escore do domínio Estado Geral de Saúde, quando comparados aos que não apresentam nenhum problema (IC 95%: -20,5 a -4,58; IC 95%: -38,5 a -6,56; IC 95%: -26,6 a -1,86, respectivamente). Além disso, idosos que apresentam distúrbio do sono tem uma redução média de 11,5 pontos neste escore de qualidade de vida (IC 95%: -20,6 a -2,46) e o aumento da funcionalidade nas AIVDs aumenta, em média, 6,15 pontos no escore do Estado Geral de Saúde (IC 95%: 0,80 a 11,5). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho foi a autopercepção de saúde. Este modelo explica 51,2% da variabilidade dos escores de qualidade de vida quanto ao Estado Geral de Saúde, o segundo mais alto poder de explicação entre os oito modelos.

Associadas significativamente com a Vitalidade, após o ajuste por fatores confundidores, estão as variáveis: renda do idoso ($p=0,047$), autopercepção de saúde ($p=0,003$), ter problema econômico na vida ($p=0,017$) e uso de tranquilizantes ($p=0,002$). Para um nível a mais na renda do idoso, há um aumento médio de 4,95 pontos no escore (IC 95%: 0,08 a 9,83). Para menor percepção de saúde do idoso há uma redução média de 8,77 pontos no escore (IC 95%; -14,4 a -3,14). Idosos que apresentam problemas econômicos apresentam uma redução média de 23,1 pontos nesse escore, quando comparados aos que não apresentam nenhum problema (IC 95%: -42 a -4,26). Por fim, idosos que utilizam tranquilizantes tem uma redução de média de 14,8 pontos no escore (IC 95%: -24,1 a -5,53). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho foi a autopercepção de saúde. Este modelo explica 46,2% da variabilidade dos escores de qualidade de vida quanto a Vitalidade.

Em relação aos Aspectos Sociais, permaneceram significativamente associadas as seguintes variáveis: autopercepção de saúde ($p<0,001$), Hipertensão arterial sistêmica ($p=0,043$) e capacidade funcional pelas AIVDs ($p=0,003$). Para menor percepção de saúde do idoso há uma redução média de 9,14 pontos no escore (IC 95%; -14,2 a -4,09). Idosos com hipertensão tem uma redução de média de 9,64 pontos no escore (IC 95%: -18,9 a -0,32). Para o aumento da funcionalidade nas AIVDs há um aumento médio de 9,11 pontos no escore de Aspectos Sociais (IC 95%: 3,23 a 15). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho foi a autopercepção de saúde. Este modelo explica 33% da variabilidade dos escores de qualidade de vida neste domínio.

Quanto ao domínio de Limitação por Aspectos Emocionais, permaneceram significativamente associadas as seguintes variáveis: frequência de dor ($p=0,031$) e capacidade funcional pelas AIVDs ($p=0,018$). Para maior frequência de dor há uma redução média de 6,91 pontos no escore (IC 95%; -13,2 a -0,66). Para o aumento da funcionalidade nas AIVDs há um aumento médio de 13,6 pontos no escore deste domínio (IC 95%: 2,42 a 24,8). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho é a capacidade funcional. Este modelo explica 16,9% da variabilidade dos escores de qualidade de vida quanto a Limitação por Aspectos Emocionais.

Finalmente as variáveis significativamente associadas com o domínio de Saúde mental foram: frequência de dor ($p=0,033$), autopercepção de saúde ($p=0,047$), uso

de tranquilizantes ($p=0,004$), Diabetes ($p=0,016$) e uso de vitaminas e suplementos ($p=0,037$). Para maior frequência de dor há uma redução média de 3,72 pontos no escore (IC 95%; -7,13 a -0,31). Para menor percepção de saúde do idoso há uma redução média de 5,45 pontos no escore (IC 95%; -10,8 a -0,08). idosos que utilizam tranquilizantes tem uma redução de média de 13,3 pontos no escore (IC 95%: -22,1 a -4,43). Idosos com Diabetes apresentam uma redução média de 11,2 pontos no escore de Saúde mental (IC 95%: -20,2 a -2,11). E participantes que usam vitaminas e suplementos tem uma redução média de 8,76 pontos nesse escore (IC 95%: -17 a -0,53). Através do coeficiente de regressão padronizado (beta), observa-se que a variável mais fortemente associada ao desfecho foi o uso de tranquilizantes. Este modelo explica 36,1% da variabilidade dos escores de qualidade de vida quanto a Saúde Mental.

Tabela 5 – Análise de Regressão linear para avaliar fatores independentemente associados com os escores de qualidade de vida.

Desfecho	Variáveis	b (IC 95%)	Beta	P	R²	
Capacidade Funcional	Escala de dor (0-10)	-2,89 (-4,83 a -0,95)	-0,288	0,004	8,3%	
	Limitação por aspectos físicos	Escala de dor (0-10)	-3,10 (-5,64 a -0,56)	-0,234	0,017	11,4%
Dor	Faz uso de bebida alcoólica	24,8 (3,20 a 46,3)	-0,220	0,025		
	Escala de Dor (0-10)	-2,27 (-3,54 a -1,01)	-0,282	<0,001	57,5%	
	Frequência de Dor	-9,98 (-13,3 a -6,69)	-0,472	<0,001		
	Autopercepção de saúde	-5,70 (-10,2 a -1,23)	-0,184	0,013		
	Autopercepção de saúde	-9,10 (-13,9 a -4,30)	-0,332	<0,001	51,2%	
	Uso de tranquilizantes	-9,56 (-17,4 a -1,71)	-0,197	0,018		
	Estado civil					
	Solteiro	0,00	-	-		
	Viúvo	-6,29 (-27,7 a 15,1)	-0,134	0,560		
	Divorciado	-13,5 (-39,9 a 12,9)	-0,081	0,313		
	Casado	-11,1 (-20,1 a -2,08)	-0,232	0,016		
Estado Geral de Saúde	Problema que mais atinge na vida diária					
		Nenhum	0,00	-	-	
		Saúde	-12,5 (-20,5 a -4,58)	-0,267	0,002	
		Econômico	-22,5 (-38,5 a -6,56)	-0,230	0,006	
		Pessoal	3,34 (-20,0 a 26,7)	0,025	0,777	
		Familiar	-14,2 (-26,6 a -1,86)	-0,183	0,025	
		Apresenta Distúrbio do sono – Escala Epworth	-11,5 (-20,6 a -2,46)	-0,199	0,013	
		Diagnóstico de avaliação das AIVDs	6,15 (0,80 a 11,5)	0,185	0,025	
		Renda total do idoso	4,95 (0,08 a 9,83)	0,167	0,047	46,2%
		Autopercepção de saúde	-8,77 (-14,4 a -3,14)	-0,278	0,003	
Vitalidade	Problema que mais atinge na vida diária					
		Nenhum	0,00	-	-	
		Saúde	-8,93 (-18,0 a 0,16)	-0,165	0,054	
		Econômico	-23,1 (-42,0 a -4,26)	-0,205	0,017	
		Pessoal	11,3 (-15,9 a 38,5)	0,072	0,411	
		Familiar	-10,5 (-25,8 a 4,65)	-0,118	0,171	
		Uso de Tranquilizantes	-14,8 (-24,1 a -5,53)	-0,266	0,002	
Aspectos Sociais	Autopercepção de saúde	-9,14 (-14,2 a -4,09)	-0,323	<0,001	33,0%	
	Hipertensão Arterial Sistêmica	-9,64 (-18,9 a -0,32)	-0,176	0,043		
	Diagnóstico de avaliação das AIVDs	9,11 (3,23 a 15,0)	0,265	0,003		
Limitação por Aspectos Emocionais	Frequência de Dor	-6,91 (-13,2 a -0,66)	-0,213	0,031	16,9%	
	Diagnóstico de avaliação das AIVDs	13,6 (2,42 a 24,8)	0,236	0,018		
	Frequência de Dor	-3,72 (-7,13 a -0,31)	-0,194	0,033	36,1%	
Saúde mental	Autopercepção de saúde	-5,45 (-10,8 a -0,08)	-0,194	0,047		
	Uso de Tranquilizantes	-13,3 (-22,1 a -4,43)	-0,267	0,004		
	Diabetes	-11,2 (-20,2 a -2,11)	-0,218	0,016		
	Uso de Vitaminas e suplementos	-8,76 (-17,0 a -0,53)	-0,182	0,037		

b=coeficiente da regressão; IC 95%=Intervalo de 95% de confiança; Beta=coeficiente de regressão padronizado; R²=coeficiente de determinação

5. DISCUSSÃO

O sexo feminino é o mais prevalente nesta população de idosos longevos, podendo ser encontrado em estudos como o de Nogueira et al. (2010), onde foram avaliados 129 idosos, sendo quase 53% do gênero feminino; bem como de Gusmao et al. (2022), que totalizou 67% de mulheres no estudo. Assis et al. (2014), apontou uma prevalência de 68,6% de indivíduos do sexo feminino em seu estudo. A prevalência do sexo feminino está de acordo com a literatura (Mello; Engstron; Alves 2014; Duarte; Paul 2015; Fried et al, 2001), uma vez que a feminização da população é um processo evidenciado atualmente na sociedade brasileira (Librelesso et al, 2017).

A média de idade entre os participantes deste estudo ficou em 84,9 anos, pois trata-se de um estudo com idosos longevos, importante para entender o processo de envelhecimento, já que o aumento da longevidade é um fenômeno mundial, e a faixa etária mais crescente no mundo é a de indivíduos com 80 anos ou mais (Kirkwood, 2008). Com o aumento da expectativa de vida da população, a proporção de idosos com 80 anos ou mais aumentou consideravelmente, o que resulta em um fenômeno de grande repercussão no Brasil, uma vez que a longevidade se reflete em todas as dimensões e setores da sociedade (Pereira et al., 2015). As projeções atuais da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que até 2025 a América Latina terá registrado um envelhecimento substancial da sua estrutura etária; isto é, sua população com 60 anos ou mais terão passado uma média de 8 a 14% (Abala et al., 2015).

Ainda de acordo com Abala et al. (2015), considerando a região da América Latina, o ritmo deste envelhecimento não tem um paralelo com os países desenvolvidos, culminando em um problema social sério e desfavorável. Além de que, as redes de apoio familiares não acompanham este desenvolvimento, tendo menos capacidade para fornecer o suporte necessário. Este assunto ainda muito pouco explorado em toda América Latina, acaba por apontar uma questão relevante para os próximos anos.

Outro tema que chama a atenção dos estudos é em relação ao estado civil, em que no presente estudo predominou viúvos e casados. O estudo de Brito et al, 2013, dividiu os aspectos de estado civil em união estável ou não, sendo que os que possuem, perfazem um total de 42% contra 58% dos que não possuem. No trabalho

de Nogueira et al. (2010), ressaltou que uma parcela considerável dos idosos eram viúvos (46,5%), mas não detalhou os demais indivíduos.

No presente estudo a maioria dos idosos residem com seu cônjuge ou familiares, como seus filhos. Isso é uma realidade predominante nesta faixa etária. No estudo de Buso et al. (2020), 14 indivíduos moram sozinhos, 22 com o cônjuge, 26 com filhos, 11 indivíduos moram com outros familiares. Porcentagens semelhantes ao presente estudo quanto a residência. No estudo de Carneiro et al. (2020), está relatado que a maioria não residia sozinha (83,0%), mas não refere quais as características dos demais moradores.

Dos 100 entrevistados, 21 participantes realizam alguma atividade na comunidade. Nogueira et al. (2010), descreveu em seu trabalho que a vida social do idoso parece interferir positivamente na capacidade de memória, e idosos mais integrados na comunidade apresentam perda de memória mais lenta do que aqueles que não apresentam vida social ativa, resultando em um envelhecimento positivo.

Os dados sobre renda, solidificam os encontrados na literatura. No estudo de Gusmao et al, 2022, dividiu-se ganhos de até 1 salário mínimo, perfazendo um total de 30,7% dos entrevistados, e acima de 1 salário mínimo, com um total de 69,3%. No estudo de Brasil et al (2021), 20% dos idosos longevos declararam ter subsídio inferior a um salário mínimo e acerca de 57% recebendo entre um e menos de três salários. Os resultados do presente estudo, mostram que na população de idosos longevos (80 anos ou mais), houve predomínio de classe social baixa, o que pode estar associada com baixo nível educacional, possivelmente devido ao acesso restrito à educação em décadas anteriores, o que dificulta o empoderamento e a participação social, isso a nível nacional e internacional (Nonoyama et al., 2010; Braga et al., 2011; Zazzeroni et al., 2017; Portela et al., 2020).

Junto à maior expectativa de vida, há uma carga de doenças e agravos não transmissíveis também sobrevieram, ocasionando a multimorbidade em idosos e, conseqüentemente, uma maior demanda por serviços de saúde (Costa et al., 2018). Brasil et al. (2021), utilizou-se como variável dependente a autopercepção de saúde, categorizada em autopercepção positiva (ótima/boa) ou negativa (má/péssima), sendo que a autopercepção positiva foi referida em 67,8% entre os idosos longevos. Outro trabalho conduzido em Florianópolis-SC, em 2018, com uma amostra de 239 idosos longevos, observou prevalência de autopercepção positiva de 41,8% entre os idosos (Klug et al., 2018). Em uma investigação conduzida também no município de

Montes Claros, entre idosos comunitários houve uma prevalência de 42,4% de autopercepção positiva da saúde (Medeiros et al, 2026). Tais diferenças podem ser atribuídas aos fatores sociais, econômicos culturais e demográficos e de saúde de cada região e ainda a diferentes critérios de aferição da autopercepção da saúde (Brasil et al, 2021). No estudo de Liberaesso et al, 2017, foi identificado que 91,3% dos idosos tinham, no mínimo, duas condições crônicas e, no máximo, cinco; a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (71%) foi a mais prevalente, seguida do diabetes mellitus (DM) (36,2%), dislipidemia (23,2%) e perda visual (18,8%); outras doenças e comorbidades apresentaram menos de 10% de prevalência nessa população. Esses dados confirmam a prevalência de doenças crônicas nesta população. A prevalência de multimorbidade entre os idosos, considerando duas ou mais, três ou mais, quatro ou mais e cinco ou mais doenças crônicas foi de 67,8%, 43,4%, 23,1% e 9,6%, respectivamente (Gusmao et al, 2022).

O alto consumo de medicamentos pode se constituir em uma medida do estado de saúde do indivíduo (Pérèz et al, 2005). Com o aumento da fragilidade da saúde dos idosos, torna-se inevitável o uso crônico de medicações, que por muitas vezes necessitam de uso associado de polifarmacologia para alcance de metas terapêuticas. Além disso, pode refletir outros aspectos que não somente as comorbidades, tais como a gravidade da comorbidade ou a probabilidade de iatrogenia e/ou o uso de medicamentos inadequados pelos idosos (Stuck et al, 1999).

Tanto a polifarmácia quanto o uso de medicamentos específicos (tais como os benzodiazepínicos) podem estar associados ao maior risco de quedas em idosos. Esse fato alerta para o importante papel que os medicamentos desempenham na manutenção da saúde, sendo fundamentais ações que promovam sua adequada prescrição no processo de atenção à saúde dessa população (Nogueira et al, 2010).

Liberaesso et al, 2017, relata que a inatividade física é um dos componentes da síndrome da fragilidade, o que confere ao idoso longo uma pior capacidade funcional e conseqüentemente qualidade de vida. No presente estudo, somente 16 participantes referem a prática regular de atividades físicas, aferindo um caráter preocupante para a autonomia dos mesmos.

Quando avaliados em relação a qualidade de vida, observou-se que os indivíduos longevos apresentaram escores entre 54-84 para os diferentes domínios da qualidade de vida, como capacidade funcional, limitações para aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação para aspectos

emocionais e saúde mental. Estes escores, quanto mais próximos de 100 melhor é a qualidade de vida. Ao comparar com a população brasileira com 74 anos ou mais pode-se perceber que os escores dos longevos do presente estudo estão maiores em relação ao estudo de Laguardia et al. (2013) com escores entre 45-70 (Laguardia et al., 2013). Isso indica que a qualidade de vida dos longevos parece boa, principalmente nos domínios aspectos sociais e limitação para aspectos emocionais.

Ao avaliar-se as possíveis associações da qualidade de vida com as variáveis sócio econômicas e de saúde, observa-se primariamente que os domínios de capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e dor foram associados com a escala de dor, ou seja, a dor contribuiu para a redução da qualidade de vida pois reduz a capacidade funcional e causa limitação física.

A dor é um fenômeno multifatorial, que abrange aspectos físicos, emocionais, socioculturais e ambientais, sendo definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. É sempre subjetiva e relacionada às experiências anteriores (Santos et al, 2015). A dor pode se associar à depressão, incapacidade física e funcional, isolamento social, alteração na dinâmica familiar e à desesperança. Pode, ainda, acarretar fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação e dificuldade de concentração (Santos et al, 2015). Um estudo realizado por Honda et al. (2024) Mostrou que a dor crônica pode estar associada com lesões relacionadas a quedas em adultos mais velhos com deficiências. Neste caso, é importante estar atentos a dor nesta população de idosos para evitar a queda dos mesmos porque esta pode ser fatal ou deixar o indivíduo incapacitado, reduzindo a sua qualidade de vida (Pereira et al, 2014).

Santos et al. (2015), relata que as consequências biopsicossociais das dores crônicas enfatizam a magnitude desse problema, sobretudo em idosos onde sua prevalência é maior. Apesar disso, ainda existem poucos estudos abordando a sua prevalência em idosos, sobretudo naqueles considerados longevos. A escassez de informações sobre a DC nos indivíduos longevos dificulta a sensibilização dos profissionais de saúde para um problema emergente, já que a população cada vez mais atinge faixas etárias mais elevadas (Santos et al, 2015).

As dores agudas e crônicas são grandes obstáculos para a obtenção de melhor qualidade de vida e, no idoso é uma das mais importantes causas de morbidade, pois se relacionam fortemente à incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável

e independente, devido às limitações funcionais importantes, mesmo para atividades simples diárias, como a locomoção (Ashmawi H. A, 2015).

O fato de que em nosso estudo 73% dos idosos apresentam independência reflete um ótimo resultado, já que está diretamente relacionada com melhor qualidade de vida, conferindo independência a este indivíduo, resultando não apenas em um envelhecimento, mas sim em um envelhecimento saudável, dita como capacidade funcional. A capacidade funcional refere-se à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. Sua perda está associada a maior risco de institucionalização e, em alguns estudos com longevos, foi considerada um fator de risco independente para mortalidade (Nogueira et al, 2010).

Têm sido crescentes pesquisas que objetivam verificar como a qualidade de vida impacta na promoção da saúde de idosos (Miranda et al, 2016), sendo essencial a realização de estudos que avancem com o conhecimento nesta área de forma que contribuam para a geração de políticas públicas para atender este público que mais cresce em todo o mundo, a saber, os longevos.

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, esta 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, suporte familiar, próprio estado de saúde, estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade (Torres et al, 2019).

6. CONCLUSÃO

Pode-se observar nesta população de idosos longevos um predomínio de idosos do sexo feminino, com faixa etária entre 80 e 84 anos, aposentados e com estado civil viúvos. Foi encontrado que estes idosos residiam predominantemente com familiares, principalmente com filhos. A renda total dos idosos ficou na faixa de 1 a 2 salários mínimos, que demonstrou uma associação entre baixa renda e pior qualidade de vida. Os problemas autorrelatado mais comuns entre esta população foram os de saúde, e a maioria relatou que considera a saúde boa, mesmo apresentando algumas comorbidades, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. A grande maioria fazia uso de medicação. Poucos idosos declararam praticar atividade física de forma regular. Uso de bebidas alcoólicas e tabagismo também foram citados entre os hábitos desta população. Em relação a frequência da dor, observou-se que a maioria relatou sentir dores diariamente, mas em contrapartida, a grande maioria relatou ser independente para realizar suas atividades diárias, dando mais autonomia e qualidade de vida aos idosos. A qualidade de vida, foi associada com menor dor (intensidade e frequência), bem como, menor uso de medicamentos, melhor capacidade realizar suas atividades diárias, uma renda melhor, com melhor autopercepção de saúde apresentaram uma melhor qualidade de vida, no geral.

Assim, este estudo indica que os idosos apresentam melhor qualidade de vida, mesmo com idade mais avançada, com 80 anos mais. Isso mostra que a longevidade pode cursar com qualidade de vida principalmente ao cuidar-se deste idoso em relação a dor, menor número de medicamentos administrados, boa capacidade funcional, maior renda e maior percepção de saúde autorelatada.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga LN, Kiyam L, Bitencourt B, Wanderley K da S. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2009Dezembro;43(4):796–802. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400009>.
- Balcombe N, Sinclair A. Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15:835-849.
- Borghesan M, Hoogaars WMH, Varela-Eirin M, Talma N, Demaria M. A Senescence-Centric View of Aging: Implications for Longevity and Disease. *Trends Cell Biol*. 2020 Oct;30(10):777-791.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F. e ., Vargas, A. M. D., & Gonçalves, L. H. T.. (2016). Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 24, e2724. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>.
- Casey C, Seidman M. Healthy Aging: Strategies to Slow the Process. *Otolaryngol Clin North Am*. 2022;55(5):899-907. doi:10.1016/j.otc.2022.06.016.
- Cervato, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Revista de Nutrição*, v. 18, n. 1, p. 41–52, jan. 2005.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia* 1999; 39(3):143-150.
- da Silva PFL, Schumacher B. Principles of the Molecular and Cellular Mechanisms of Aging. *J Invest Dermatol*. 2021;141(4S):951-960. doi:10.1016/j.jid.2020.11.018.
- Dawalibi NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart RMM, Aquino R de C de. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estud psicol (Campinas) [Internet]*. 2013Jul;30(3):393–403. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>.
- De La Rosa GM, Webb-Murphy JA, Fesperman SF, Johnston SL. Professional quality of life normative benchmarks. *Psychol Trauma*. 2018;10(2):225-228. doi:10.1037/tra0000263.
- Di Ciaula A, Portincasa P. The environment as a determinant of successful aging or frailty. *Mech Ageing Dev*. 2020;188:111244. doi:10.1016/j.mad.2020.111244.
- Dominguez LJ, Veronese N, Baiamonte E, et al. Healthy Aging and Dietary Patterns. *Nutrients*. 2022;14(4):889. Published 2022 Feb 20. doi:10.3390/nu14040889.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto - enferm [Internet]*.

2012Jul;21(3):513–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

Fillenbaum, G. The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva, World Health Organization, 1984. (Technical Report, 84).

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2003Dec;37(6):793–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016>.

Fulop, T et al. “Aging, frailty and age-related diseases.” *Biogerontology* vol. 11,5 (2010): 547-63. doi:10.1007/s10522-010-9287-2.

Grimley-Evans, J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *J. chron. Dis.*, 37:353-63,1984.

Hernandez-Segura A, Nehme J, Demaria M. Hallmarks of Cellular Senescence. *Trends Cell Biol.* 2018;28(6):436-453. doi:10.1016/j.tcb.2018.02.001.

Hipp, M.S., Kasturi, P., and Hartl, F.U. (2019). The proteostasis network and its decline in ageing. *Nat. Rev. Mol. Cell Biol.* 20, 421–435. <https://doi.org/10.1038/s41580-019-0101-y>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2020.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1987 junho;21(3):200–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>.

Khaltourina D, Matveyev Y, Alekseev A, Cortese F, Ioviță A. Aging Fits the Disease Criteria of the International Classification of Diseases. *Mech Ageing Dev.* 2020;189:111230. doi:10.1016/j.mad.2020.111230

Kumar M, Orkaby A, Tighe C, Villareal DT, Billingsley H, Nanna MG, Kwak MJ, Rohant N, Patel S, Goyal P, Hummel S, Al-Malouf C, Kolimas A, Krishnaswami A, Rich MW, Kirkpatrick J, Damluji AA, Kuchel GA, Forman DE, Alexander KP. Life's Essential 8: Optimizing Health in Older Adults. *JACC Adv.* 2023 Sep;2(7):100560.

López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell.* 2023;186(2):243-278. doi:10.1016/j.cell.2022.11.001.

López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. *Cell.* 2013 Jun 6;153(6):1194-217. doi: 10.1016/j.cell.2013.05.039. PMID: 23746838; PMCID: PMC3836174.

Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Kadir Shahar H, Mahmud A, Udeani TK. Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *Int J Environ*

Res Public Health. 2021;18(17):9245. Published 2021 Sep 1. doi:10.3390/ijerph18179245.

Organização Mundial da Saúde. Saúde do idoso: documento de referência. Genebra; 1995. (OMS/HPR/HEE/95.1).

Romeiro AR. Desenvolvimento sustentável: uma perspectiva econômico-ecológica. *Estud av [Internet]*. 2012;26(74):65–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142012000100006>.

Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MC. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. *Sao Paulo Med J*. 2010;128(4):192-196. doi:10.1590/s1516-31802010000400003.

Schmauck-Medina T, Molière A, Lautrup S, Zhang J, Chlopicki S, Madsen HB, Cao S, Soendenbroe C, Mansell E, Vestergaard MB, Li Z, Shiloh Y, Opresko PL, Egly JM, Kirkwood T, Verdin E, Bohr VA, Cox LS, Stevnsner T, Rasmussen LJ, Fang EF. New hallmarks of ageing: a 2022 Copenhagen ageing meeting summary. *Aging (Albany NY)*. 2022 Aug 29;14(16):6829-6839.

Teixeira INDO, Guariento ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência saúde coletiva [Internet]*. 2010Sep;15(6): 2845–57. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600022>.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 2005Sep;8(3):246–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>.

Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência de Saúde coletiva [Internet]*. 2004Apr;9(2):423–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200018>.

Vicerra PMM. Population Ageing in Lower and Middle-income Countries: Policy Landscape of Southeast Asian Countries. *Curr Aging Sci*. 2023;16(3):188-193. doi:10.2174/1874609816666230516150701.

Wang S, Zhang C, Xu W. Mindfulness, mortality, disability rates, physical and mental health among the oldest old. *Health Psychol*. 2023;42(10):746-755. doi:10.1037/hea0001315.

Weinert BT, Timiras PS. Invited review: Theories of aging. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md: 1985) [Internet]*. 2003;95(4):1706–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12970376>.

Yoshimura M, Sumi N. Measurement tools that assess the quality of transitional care from patients' perspective: A literature review. *Jpn J Nurs Sci*. 2022;19(3):e12472. doi:10.1111/jjns.12472.

Zacher H, Sagha Zadeh R, Heckhausen J, Oettingen G. Motivation and Healthy Aging at Work. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021;76(Suppl 2):S145-S156. doi:10.1093/geronb/gbab042.

Braga M, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade ELG (2011) Cherchiglia ML Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Rev Saúde Pública* 45(6):1127–1136

Honda H, Ashizawa R, Kameyama Y, Hirase T, Arizono S, Yoshimoto Y. Chronic pain in older adults with disabilities is associated with fall-related injuries: a prospective cohort study. *Eur Geriatr Med.* 2024 Jun;15(3):719-727. doi: 10.1007/s41999-024-00965-4.

Nonoyama ML, Brooks D, Ponikvar A, Jassal SV, Kontos P, Devins GM et al (2010) Exercise program to enhance physical performance and quality of life of older hemodialysis patients: a feasibility study. *Int Urol Nephrol* 42(4):1125–1130

Portela OT, Belasco AGS, Casarin BF, Lana LD, Nascimento IP, Barbosa DA, Martini AF, Sesso R. Quality of life and cognitive and functional performance of octogenarians and nonagenarians undergoing hemodialysis. *Int Urol Nephrol.* 2020 Jan;52(1):179-185.

Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I (2017) Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Blood Press Res* 42(4):717–727

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos apresentando ao Senhor(a) o presente estudo, intitulado "Investigação de fatores de risco e potenciais biomarcadores associados ao processo neurodegenerativo: estudo prospectivo na população de idosos de dois municípios da região sul do Brasil", que será desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Você será convidado(a) a responder algumas perguntas sobre sua saúde de uma forma geral e também realizar alguns testes para avaliar sua memória. Além disso, será realizada uma coleta de sangue para realização de alguns exames.

No entanto, não se preocupe, pois garantimos que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados, referente a sua pessoa. Você tem total liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento, não havendo prejuízo algum para o Senhor(a). Todo o processo de coleta deverá durar em torno de 60 min. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada, a outra ficará com você:

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

Foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO COORDENADOR: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Doutoranda: Ana Carolina B. Falchetti Campos – Celular: 99115465

Prof^a. Dr^a. Josiane Budni – Telefone: 3431.2759

Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário | CEP: 88806-000 –Criciúma-SC

E mail: josiane.budni@unesc.br.

APÊNDICE B: Questionário para coleta de dados sociodemográficos e de saúde

Número do questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

1 Identificação do Idoso

Nome: _____ Iniciais: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

2 Variáveis

a) demográficas

- Sexo (1) masculino (2) feminino
- Data de nascimento: _____
- Idade: _____
- Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____
- Número total de filhos vivos: (0) nenhum _____ filhos

b) Sociais e econômicas

- Profissão: (1) aposentado (2) outra: especifique _____
- Escolaridade: (0) analfabeto/sem escolaridade (1) primário Incompleto (2) primário completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) superior incompleto (6) superior completo (7) outro: especifique _____
- Estado civil: (1) solteiro(a) (2) viúvo(a) (3) divorciado(a) (4) casado(a)
- Religião: (1) sim (2) não Qual: _____
- O idoso reside: (0) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar (irmãos) (5) amigos (6) cuidador externo

- Risco Psicossocial na esfera familiar:

	SIM	NÃO
Se tiver algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?		
Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares?		
Sente-se compreendido?		
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família?		
Viuvez recente		
Perda de filhos (recente)		

- Participa de alguma atividade na comunidade:
- (1) sim especifique _____ (2) não
- Renda total dos idosos: (1) até 1 salário-mínimo (2) de 1 a 2 salários (3) de 3 a 4 salários (4) de 5 a 6 salários (5) de 7 a 8 salários (6) de 9 a 10 salários (7) mais de 10 salários
- Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária:
(0) nenhum (1) saúde (2) econômico (3) pessoal (4) familiar

c) Étnicos

- Cor da pele declarada: (1) branca (2) ameríndia (3) mestiça (4) amarela
- Feições étnicas (pesquisador): (1) caucasiana (2) indígena (3) afrodescendente (4) oriental (5) não sabe

d) Dados Clínicos

- Em sua opinião você diria que sua saúde é:
(1) Excelente
(2) Muito Boa
(3) Boa
(4) Ruim
(5) Muito Ruim
- Comorbidades clínicas:
Hipertensão Arterial Sistêmica (1) sim (2) não
Diabetes (1) sim (2) não
Cardiopatias (1) sim (2) não
Outras (1) sim (2) não
- Faz uso de alguma medicação: (1) sim (2) não

- Vitaminas e suplementos (1) sim (2) não; pílulas para pressão (1) sim (2) não; não antibióticos (1) sim (2); não insulina (1) sim (2); tranquilizantes (1) sim (2) não; não relaxantes musculares(1) sim (2); outros (1) sim (2) não: _____

- Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença: (1) sim (2) não

- Prática algum tipo de atividade física: (1) sim (2) não

- Você já fumou? () sim () não (obs.: se não vá para questão etilismo)

- Você ainda fuma: () sim () não

- Quantos cigarros:

até ½ maço () sim () não; de ½ a 1 maço () sim () não; de 1 a 2 maços () sim () não; mais que 2 maços () sim () não

- Você fuma cigarro de palha () sim () não

- Etilismo:

Você faz uso de bebida alcoólica?

(1) sim (2) não

Tipo: Destilado () sim () não; Fermentado () sim () não

Dose diária(copos):

(1) 1 ou 2

(2) 3 ou 4

(3) 5 ou 6

(4) mais de 6

(5) não se aplica

Duração/anos: (há quanto tempo bebe essa quantidade)_____

- Sono:

Rastreamento de distúrbios do sono		
	SIM	NÃO
Você está insatisfeito (a) com o seu sono?		
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?		
O parceiro ou outros observadores queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas, e/ou sonolência ou fadiga diurnas?		
Duração da sintomatologia superior a 3 meses		

- Você já realizou consulta com neurologista:

(1) sim Especifique o motivo: _____

(2) não

- Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações.

(1) Sim

(2) Não

- Em sua opinião essa perda de memória ocorre:

(1) Sempre

(2) Quase sempre

(3) Raramente

(4) Nunca

- História familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino) (1) sim (2) não

Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes mellitus tipo II (1) sim (2) não

Doença tireoidiana(1) sim (2) não

Câncer de cólon(1) sim (2) não

Câncer de mama(1) sim (2) não (3) não se aplica

Câncer de próstata (1) sim (2) não (3) não se aplica

Osteoporose/Fratura de fragilidade (1) sim (2) não

Depressão (1) sim (2) não

Demência (1) sim (2) não

ANEXOS

ANEXO A: Aprovação do comitê de ética



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 1.032.742

CAAE: 44043615.0.0000.0119

Pesquisador Responsável: Josiane Budni

Título: “:INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO E POTENCIAIS BIOMARCADORES ASSOCIADOS AO PROCESSO NEURODEGENERATIVO: ESTUDO PROSPECTIVO NA POPULACAO DE IDOSOS DE DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL”

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 23 de abril de 2015.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco S - 1º Andar – Sala 25 | Fone (48) 3431 2723

ANEXO B: Aprovação do comitê de ética



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 3.214.698

CAAE: 44043615.0.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: JOSIANE BUDNI

Título: "INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO E POTENCIAIS BIOMARCADORES ASSOCIADOS AO PROCESSO NEURODEGENERATIVO: ESTUDO PROSPECTIVO NA POPULACAO DE IDOSOS DE DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 21 de março de 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Renan Antônio Ceretta', is written over a light blue circular stamp.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

ANEXO C: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Pior Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5