UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GABRIELLA SANTOS LIMA

**Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos
entre idosos em tratamento ambulatorial**

RIBEIRÃO PRETO
2018

GABRIELLA SANTOS LIMA

Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre
idosos em tratamento ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientador: Profa. Dra. Sueli Marques

RIBEIRÃO PRETO
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, Gabriella Santos

Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2018.

158 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Sueli Marques

1. Idoso. 2. Resiliência Psicológica. 3. Qualidade de Vida. 4. Sintomas Depressivos. 5. Enfermagem Geriátrica.

LIMA, Gabriella Santos

Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Sandra, exemplo de força, determinação e coragem diante dos desafios da vida. Seus ensinamentos, honestidade, confiança e dedicação nunca serão esquecidos. Agradeço por ser meu porto-seguro sempre!

Aos idosos, pela contribuição para realização deste estudo. As experiências de vida compartilhadas e o carinho de vocês foram fundamentais para o meu amadurecimento pessoal, o que me permitiu reafirmar a paixão pela Gerontologia. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, essa força divina e misteriosa que nos ilumina e mantém-nos prontos para as batalhas da vida. Sua bênção e proteção me proporcionaram tranquilidade e sabedoria nesta trajetória.

Ao meu irmão, Vitor, pelo incentivo, cuidado e apoio, sua alegria e coragem sempre servirão de inspiração na minha vida.

A minha Vó Francisca (Chica), por ter guiado meus passos, transmitindo princípios que jamais serão esquecidos. Sua dedicação, proteção, amor e carinho são essenciais.

Aos anjos que me iluminam, Pai, Vô Jorge e Tia Ivone, seus conselhos e ensinamentos serão sempre lembrados. Nada seria possível em minha vida sem a força da inspiração de vocês.
Saudades!

À minha orientadora, Profa. Dra. Sueli Marques, por toda confiança, dedicação e paciência. Suas condutas e ética profissional se tornaram exemplos a serem seguidos. Obrigada por todo incentivo, amizade e acolhimento que foram fundamentais nesta etapa da minha formação!

À Profa. Dra. Luciana Kusumota, pelo carinho, atenção e todo o aprendizado que me proporcionou. Obrigada pelas sugestões e orientações no Exame de Qualificação e ao longo deste trabalho.

À Profa. Dra. Patrícia Leila dos Santos pelas valiosas contribuições e sugestões no Exame de Qualificação.

À Isabela Maria Oliveira Souza, pelo auxílio na coleta de dados e o companheirismo que construímos.

Às amigas Mônica Maria de Jesus, Sara Rodrigues Rosado, Mirelle Inácio Soares e Luana Baldin Storti, pelos conselhos e anseios compartilhados, durante a vida acadêmica.

Às eternas companheiras Marina Bavaresco, Ludmila Oliveira Ruela e Natália Chantal Magalhães da Silva, que mesmo a distância não se fizeram ausentes. Obrigada pelo apoio, carinho e amizade de sempre!

A todos os funcionários do Ambulatório de Geriatria do HCFMRP-USP, em especial aos da equipe de Enfermagem e aos geriatras responsáveis Dr. Silvio R. Bernardes da Silva Filho e Dr. Eduardo Borges de Oliveira, pela colaboração e torcida na fase da coleta de dados.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação do Programa de Enfermagem Fundamental da FERP-USP, pelas orientações e apoio, ao longo do mestrado.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial ao Programa de Enfermagem Fundamental, pela oportunidade de cursar o mestrado.

À Liga de Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelos momentos de aprendizagem teórica e prática sobre os aspectos do envelhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo

RESUMO

LIMA, G. S. **Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial**. 2018. 158f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Este estudo objetivou analisar a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, a qualidade de vida e os sintomas depressivos dos idosos atendidos, em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo analítico, realizado com 148 idosos, atendidos no referido ambulatório. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2017, utilizando-se um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, a Escala de Resiliência, o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a *Center for Epidemiologic Survey - Depression*. Dos idosos avaliados, 80,4% eram mulheres, com média de idade de 77,7 anos (DP=6,8), e 77,0% eram aposentados, 52,7%, viúvos, e 59,5% tinham escolaridade entre um e quatro anos; 25,0% moravam somente com o cônjuge; a média de diagnóstico médico por idoso foi de 7,4 (DP=2,9) e os mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica (83,1%) e dislipidemia (50,0%). Quanto à resiliência, a média de pontos no escore geral da escala foi de 130,6 (DP=18); para a qualidade de vida, no WHOQOL-BREF, o domínio “Relação Social” apresentou maior média (66,2; DP=14,3) e o “Físico” a menor (50,7; DP=15,4); no WHOQOL-OLD, a faceta “Morte e Morrer” teve maior média (70,9; DP=24,5) e “Funcionamento do Sentido”, a menor (56,4; DP=22,8) e os escores médios de qualidade de vida global foram 56,7 (DP=20,3) e 63,5 (DP=12,7), respectivamente. Os sintomas depressivos estiveram presentes em 64,2% dos participantes, e a média de pontos na escala foi de 16,5 (DP=10,7), com prevalência para o sexo feminino (56,8%; $p=0,001$) e para os idosos com renda inferior a um salário-mínimo (39,9%; $p=0,004$). Houve correlação positiva entre o escore geral da Escala de Resiliência e a escolaridade ($r=0,208$; $p=0,010$), a renda ($r=0,194$; $p=0,017$), o WHOQOL-BREF ($r=0,242$; $p=0,003$) e o WHOQOL-OLD ($r=0,522$; $p<0,001$) e negativa com sintomas de depressão ($r=-0,270$; $p=0,001$). Apresentaram maior média de pontos, na Escala de Resiliência, os idosos que moravam sozinhos (138,3; $p=0,010$), com renda maior que um salário-mínimo (134,0; $p=0,029$) e sem sintomas depressivos (134,7; $p=0,035$). Percebe-se que quanto maior escolaridade, melhor renda e melhor qualidade de vida mensurada tanto no WHOQOL-BREF quanto no WHOQOL-OLD maior é o grau de resiliência, e quanto maior a presença de sintomas depressivos menor é o grau de resiliência. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam auxiliar a equipe multidisciplinar de saúde, no planejamento de ações que visem à promoção da resiliência, com a finalidade de promoção da saúde e da boa qualidade de vida na velhice.

Palavras-chave: Idoso. Resiliência Psicológica. Qualidade de Vida. Sintomas Depressivos. Enfermagem Geriátrica. Envelhecimento

ABSTRACT

Resilience, quality of life, and depressive symptoms among elderly individuals undergoing outpatient care. 2018. 158f. Thesis (Master's degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. Ribeirão Preto, 2018.

This study's objective was to analyze the relationships among resilience and sociodemographic and health variables, quality of life and depressive symptoms among elderly individuals cared for in a Geriatric outpatient clinic of a tertiary general hospital in the interior of São Paulo. This quantitative, cross-sectional, analytical study addressed 148 elderly individuals. Data were collected from May to October 2017, using a questionnaire addressing sociodemographic and health information, the Resilience Scale, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD, and the Center for Epidemiological Studies - Depression. Most of the individuals were women (80.4%), aged 77.7 years old on average (SD=6.8); 77.0% were retired; 52.7% were widowed; 59.5% had one to four years of schooling; 25.0% lived with their spouses only; and an average of 7.4 medical diagnoses were found per individual (SD=2.9), while the most prevalent were systematic hypertension (83.1%) and dyslipidemia (50.0%). The mean score obtained on the Resilience Scale was 130.6 (SD=18). In terms of quality of life, the domain "Social Relationships" in the WHOQOL-BREF presented the highest mean (66.2; SD=14.3), while the "Physical" domain presented the lowest (50.7; SD=15.4). The facet "Death and Dying" in the WHOQOL-OLD obtained the highest mean (70.9; SD=24.5), while "Sensory Functioning" obtained the lowest (56.4; SD=22.8), and the mean scores concerning global quality of life were 56.7 (SD=20.3) and 63.5 (SD=12.7), respectively. Depressive symptoms were present in 64.2% of the participants, with a mean score of 16.5 (SD=10.7), while they were most prevalent among women (56.8%; $p=0.001$) and those with an income below the minimum wage (39.9%; $p=0.004$). A positive correlation was found between the Resilience Scale's general score and education ($r=0.208$; $p=0.010$), income ($r=0.194$; $p=0.017$), the WHOQOL-BREF ($r=0.242$; $p=0.003$) and the WHOQOL-OLD ($r=0.522$; $p<0.001$), while a negative correlation was found with depression ($r=-0.270$; $p=0.001$). Elderly individuals who lived by themselves (138.3; $p=0.010$), had income greater than the minimum wage (134.0; $p=0.029$), and did not present depressive symptoms (134.7; $p=0.035$) scored the highest on the Resilience Scale. The higher one's level of education, income and quality of life, measured by the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD, the higher is one's degree of resilience, while the more depressive symptoms that are present, the lower one's degree of resilience. This study's results are expected to aid multidisciplinary health teams to plan actions intended to promote resilience and improve elderly individuals' health and quality of life.

Key words: Elder. Resilience, Psychological. Quality of Life. Depression. Geriatric Nursing. Aging.

RESUMEN

LIMA, G. S. **Resiliencia, calidad de vida y síntomas depresivos entre adultos mayores en tratamiento ambulatorio**. 2018. 158p. Tesis (Maestría) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas y de salud, la calidad de vida y los síntomas depresivos de los adultos mayores atendidos en un consultorio de Geriátrica de un Hospital General Terciario, del interior paulista. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, de tipo analítico, realizado con 148 adultos mayores, atendidos en dicho consultorio. La recolección de las informaciones fue realizada entre mayo y octubre de 2017, siendo utilizado un cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud, la Escala de Resiliencia, el WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y el *Center for Epidemiologic Survey – Depression*. De los adultos mayores evaluados, 80.4% eran mujeres, con una edad media de 77.7 años (DP=6.8) y 77.0% eran jubilados, 52.7% eran viudos y 59.5% tenían escolaridad entre uno y cuatro años; 25.0% vivían solamente con el cónyuge; la media del diagnóstico médico por adulto mayor fue de 7.4 (DP=2.9) y las más prevalentes fueron la hipertensión arterial (83.1%) y dislipidemia (50.0%). En relación a la resiliencia, la media de puntos en el score general da escala fue de 130.6 (DP=18); para la calidad de vida, en el WHOQOL-BREF, el dominio “Relación social” presentó una media mayor (66.2; DP=14.3) y el “Físico” la menor (50.7; DP 15.4); en el WHOQOL-OLD, el dominio “Muerte y morir” presentó una media superior (70.9; DP=24.5) y “Funcionamiento del sensorio” fue la menor media (56.4; DP=22.8) y los scores medios de la calidad de vida global fueron 56.7 (DP=20.3) y 63.5 (DP=12.7), respectivamente. Los síntomas depresivos estuvieron presentes en 64.2% de los participantes, y la media de los puntos de la escala fue de 16.5 (DP 10.7), con prevalencia para el sexo femenino (56.8%; $p=0.001$) y para los adultos mayores con un ingreso económico inferior a sueldo mínimo (39.9%; $p=0.004$). Se verificó una correlación positiva entre el score general de la Escala de Resiliencia y la escolaridad ($r=0.208$; $p=0.010$), los ingresos económicos ($r=0.194$; $p=0.017$), el WHOQOL-BREF ($r=0.242$; $p=0.003$) y el WHOQOL-OLD ($r=0.522$; $p<0.001$) y negativa con los síntomas depresivos ($r=-0.270$; $p=0.001$). Presentaron una media mayor de puntos en la Escala de Resiliencia, los adultos mayores que vivían solos (138.3; $p=0.010$), con ingresos económicos superior a un sueldo mínimo (134.0; $p=0.029$) y sin síntomas depresivos (134.7; $p=0.035$). Se percibe que cuanto mayor es la escolaridad, mejor son los ingresos económicos y calidad de vida medida por el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD, mayor es el grado de resiliencia, y cuanto mayor es la presencia de síntomas depresivos, menor es el grado de resiliencia. Se espera que los resultados de este estudio puedan auxiliar el equipo multidisciplinar de salud, en el planeamiento de acciones que visen la promoción de la resiliencia con la finalidad de promoción de la salud y de la buena calidad de vida durante el proceso de envejecimiento.

Palabras clave: Adulto mayor. Resiliencia psicológica. Calidad de vida. Síntomas depresivos, Enfermería geriátrica. Envejecimiento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, religião, escolaridade e com quem mora, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	64
Tabela 2	Distribuição dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis renda mensal e fonte de renda, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	66
Tabela 3	Distribuição do número de diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos idosos (n= 148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	67
Tabela 4	Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148), atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo os domínios do WHOQOL-BREF e o escore de Qualidade de Vida Global, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	69
Tabela 5	Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as facetas do WHOQOL-OLD e o escore de Qualidade de Vida Global, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	70
Tabela 6	Distribuição dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis presença e ausência de sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	71
Tabela 7	Prevalência dos sintomas de depressão em idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria (n=148), segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	72
Tabela 8	Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis escore geral e domínios da Escala de Resiliência, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	74
Tabela 9	Coeficiente de correlação entre o escore geral da Escala de Resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, os escores globais do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a pontuação da CES-D, dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	75

Tabela 10	Tabela 10 – Distribuição das médias e desvios-padrão dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, com quem mora, renda e sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.....	77
-----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychological Association
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies – Depression</i>
CD-RISC	<i>Connor-Davidson Resilience Scale</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ELSA	<i>The English Longitudinal Study of Ageing</i>
ER	Escala de Resiliência
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC	Brasil - Centro Internacional De Longevidade Brasil
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QV	Qualidade de Vida
Rede Fibra	Perfis de Fragilidade de Idosos
SABE	Saúde Bem-Estar e Envelhecimento
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL Group	<i>WHOQOL Group - World Health Organization Quality of Life Group</i>

SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Envelhecimento populacional e humano	14
1.2	Doenças crônicas não transmissíveis e atenção à saúde do idoso.....	21
1.3	Resiliência e envelhecimento	27
1.4	Qualidade de vida e envelhecimento	34
1.5	Sintomas depressivos nos idosos	39
1.6	Justificativa.....	43
2.	OBJETIVOS.....	45
2.2	Objetivo Geral.....	46
2.3	Objetivos Específicos.....	46
3	MATERIAL E MÉTODO.....	47
3.1	Delineamento do estudo.....	48
3.2	Local do estudo.....	48
3.3	População e amostra.....	49
3.4	Coleta de dados.....	51
3.5	Pré-teste	57
3.6	Entrevistas.....	58
3.7	Processamento e análise de dados.....	59
3.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	61
4.	RESULTADOS.....	62
4.1	Características sociodemográficas e de saúde dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria.....	63
4.2	Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas depressivos dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria.....	68
4.3	Avaliação da resiliência dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria.....	73
5	DISCUSSÃO.....	80
5.1	5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria.....	81
5.2	Características relacionadas à qualidade de vida e aos sintomas depressivos dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria...	88
5.3	Características relacionadas à resiliência dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria	102
6	CONCLUSÃO.....	113
	REFERÊNCIAS.....	117
	APÊNDICES.....	145
	ANEXOS.....	155

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e humano

O envelhecimento populacional segue uma tendência mundial caracterizada principalmente pelo aumento do número de idosos na população e consequente diminuição dos demais grupos etários. Em 2015, a população com 60 anos ou mais representava 900 milhões de pessoas, e estimativas para 2050 apontam que esse grupo ultrapassará os dois bilhões em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2016).

O conceito de idoso, proposto pela Organización Mundial de la Saude (1974), determina que as pessoas com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento são declaradas idosas, considerando a idade dos habitantes e o grau de desenvolvimento do país. Dessa forma, no Brasil, o Estatuto do Idoso, proposto pela Lei n. 10.741 de outubro de 2003, estabelece o limite de 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

A combinação de fatores como o aumento da expectativa de vida e a queda das taxas de mortalidade e, principalmente, das taxas de fecundidade, torna o envelhecimento populacional uma realidade que não pode ser ignorada (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016). Segundo Chan (2015, p.3), diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), “pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos”.

O envelhecimento populacional é um processo dinâmico e ocorre com características distintas entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. A consolidação da população idosa nos países desenvolvidos deu-se devido a um processo de envelhecimento gradual e planejado, diferentemente dos países em desenvolvimento, onde acontece de forma acelerada e com políticas estruturais deficitárias para o atendimento das especificidades inerentes ao idoso (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA), 2012).

No relatório *Global AgeWatch Index*, foram apresentados os resultados da avaliação realizada em 96 países, em 2015, abrangendo 91,0% da população mundial com idade igual ou superior a 60 anos, acerca dos fatores sociais e econômicos determinantes para o bem-estar dos idosos. Para essa avaliação, foram investigados quatro principais domínios de bem-estar: a garantia de renda, o estado de saúde, a capacitação (emprego e educação) e o ambiente favorável

(sociabilidade, transporte, liberdade e segurança). Os primeiros lugares foram ocupados por países como Suíça, Noruega e Suécia, ou seja, 1º, 2º e 3º lugares, respectivamente e, nos últimos lugares, estabeleceram-se Moçambique 94º, Malawi 95º e Afeganistão 96º, sendo que o Brasil ocupou a 56º posição. Assim, ainda de acordo com o relatório, observa-se no topo da lista a presença dos países industrializados que, predominantemente, possuem políticas de envelhecimento ativo, promoção de saúde e de ambiente propício aos idosos, entre outros e, por outro lado, a maioria dos países que ocuparam as últimas posições, comumente, apresenta déficit na formulação e/ou implementação de políticas e leis de proteção social, aumento da prevalência de doenças crônicas transmissíveis e/ou não transmissíveis, precarização dos serviços de saúde e do sistema de distribuição de medicamentos, violência e abuso, guerras civis, entre outros (HELPAGE INTERNACIONAL, 2015).

Na América Latina, o Brasil será o país que mais envelhecerá nos próximos anos (TAFNER; BOTELHO; ERBISTI, 2014). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, no ano de 2015, o Brasil tinha 204,9 milhões de habitantes, representando o quinto país, no mundo, em volume de população, atrás de China, Índia, Estados Unidos da América e Indonésia respectivamente e, nesse mesmo ano, a parcela de brasileiros com 60 anos ou mais de idade era de 29,3 milhões, representando 14,3% da população total. A pesquisa mostra ainda que o Estado do Rio Grande do Sul apresentava a maior proporção de idosos 17,8%, por outro lado os Estados de Roraima e Amapá apresentaram a menor proporção com 8,0% para cada um (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2016a). Em 2016, os idosos no Estado de São Paulo representaram 5,8 milhões (13,6%) do total da população; no município de Ribeirão Preto, interior paulista, os idosos eram 94.959 (14,5%) do total de 654.893 habitantes (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE), 2016).

Projeções apontam o aumento do percentual de idosos no Brasil, que para 2030 será de 18,6%, ultrapassando o percentual de jovens até 14 anos que será de aproximadamente 16,0%, fato este esperado para ocorrer, em âmbito mundial, por volta do ano 2050, reafirmando o acelerado processo de envelhecimento no país. Em 2070, a estimativa é de que o percentual da população idosa brasileira estará acima de 35,0%, superior ao indicado para o conjunto dos países desenvolvidos que não alcançará os 25,0% (IBGE, 2016a; INTERNATIONAL

LABOUR ORGANIZATION, 2015).

Entre os anos de 2010 e 2015, a expectativa de vida das populações dos países que compõem a América Latina era de 74,5 anos, e projeções mostram que no período entre 2045 e 2050 a expectativa de vida se aproximará dos 85 anos, na América Latina, Europa, América do Norte e Oceania (UNITED NATIONS, 2015). Atualmente, o tempo médio de vida de um brasileiro é de 75,7 anos, com diferenças significativas entre as regiões do país e entre os sexos. Em 2010, entre os homens, a região Nordeste apresentou a menor taxa de expectativa de vida 67,1 anos e a região Sul, a maior 72,0 anos. Entre as mulheres, a região Norte ficou com a menor taxa 74,4 anos, já a região Sul apresentou a maior 79,5 anos (IBGE, 2016b). Diante disso, ressalta-se o predomínio de mulheres na população (51,5%), em decorrência da maior expectativa de vida entre elas (IBGE, 2015).

O aumento da longevidade é consequência também, principalmente, de novos recursos terapêuticos, tecnológicos, estruturais e sanitários, da diminuição da prevalência das doenças transmissíveis, da implementação das vacinas e antibioticoterapia, da expansão ao acesso para os serviços de saúde e do estabelecimento do sistema de seguridade social (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Nesse sentido, o envelhecimento da população implica em mudanças profundas no comportamento das pessoas e nas ações governamentais, principalmente no que diz respeito à saúde.

No mundo, um dado que tem chamado a atenção é o expressivo aumento do número de idosos com 80 anos ou mais de idade, considerados “muitos idosos”, que vem aumentando rapidamente, e projeções apontam que para o ano de 2050 essa faixa etária triplicará em relação a 2015, passando de 125 milhões para 434 milhões (UNITED NATIONS, 2015). Essa realidade deve despertar os gestores em todos os níveis governamentais, especialmente nas áreas da saúde e dos setores sociais para o planejamento de ações frente à heterogeneidade da população idosa (OLIVEIRA; MEDEIROS; LIMA, 2015).

Com o envelhecimento da população são necessárias transformações nos contextos institucionais, sociais, econômicos e culturais, bem como nos padrões comportamentais da sociedade, para que se possam valorizar os anos conquistados com o aumento da expectativa de vida. Assim, apesar das consequências do processo de envelhecimento humano, os idosos almejam adequadas condições de saúde, bem-estar físico, psicológico e social, além de melhor qualidade de vida.

O envelhecimento humano é entendido como um processo natural, todos nascem, desenvolvem-se, crescem, envelhecem e morrem. Segundo Papaléo-Netto (2016), o envelhecimento humano é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, orgânicas, bioquímicas e psicológicas que resultam da interação entre a saúde física, mental, independência funcional, aspectos sociais, suporte familiar e independência econômica. Acrescenta que, durante esse processo, as modificações não abrangem todas as funções no mesmo grau e nem ao mesmo tempo, pois elas variam de pessoa para pessoa, sendo influenciadas pelo meio ambiente e pelo estilo de vida. Ressalta, ainda, a diferença entre o envelhecimento humano e a velhice, sendo o primeiro referente a um processo e o segundo a uma fase da vida.

Algumas expressões e conceitos retratam as principais características do processo de envelhecimento humano. Nesse sentido, dois termos comuns na gerontologia são a senescência ou senectude que se refere ao conjunto das alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal, e a senilidade que é resultante das modificações por afecções que frequentemente acometem os idosos (PAPÁLEO-NETTO, 2016). Na prática clínica e nas pesquisas gerontológicas, é relevante reconhecer as alterações fisiológicas intrínsecas do envelhecimento daquelas alterações relacionadas à presença de doenças associadas, com a finalidade de identificar a influência do adoecimento no processo de envelhecimento normal (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014; PAPÁLEO-NETTO, 2016).

Vale ressaltar que a senilidade e a senescência são influenciadas por variáveis como o lugar em que se vive, hereditariedade, sexo, disposição familiar, habilidades e aptidões para a vida, exposição ao estresse físico e psicológico, ambiente social, experiências vivenciadas, sedentarismo, nutrição adequada, entre outros (CIOSAK et al., 2011).

As modificações físicas próprias do processo de envelhecimento humano acontecem de forma gradual, caracterizadas por manifestações na aparência física e no declínio funcional do organismo, tornando-se mais definidas e evidentes na fase da velhice (PEREIRA, 2011). Para Martorell-Poveda, Prats e Silva (2016), estas mudanças comprometem estruturas anatômicas e a funcionalidade orgânica, contribuindo para alterações estruturais e diminuição da eficiência funcional que acabam por expressar as necessidades individuais da pessoa que as vivencia.

Vale mencionar que as alterações, em decorrência do processo de envelhecimento humano, podem estabelecer condições limitantes para a vida cotidiana do idoso. Entre elas, destaca-se o comprometimento da funcionalidade, em que o idoso pode ter sua autonomia e independência prejudicadas, aumentando a necessidade de cuidados provenientes da família e dos serviços de saúde (DIAS et al., 2014; LOPES et al., 2013).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), 2003) compreende a funcionalidade e a incapacidade, relacionando-as com as condições de saúde e o meio ambiente em que a pessoa está inserida. Como conotação positiva, a funcionalidade engloba as funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Já as incapacidades sugerem os aspectos negativos causados pelas disfunções orgânicas e das estruturas do corpo, pelas limitações de suas atividades e restrições na participação social, bem como os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades.

Sendo assim, no contexto da assistência aos idosos, o enfermeiro precisa estar capacitado para avaliar e reconhecer o conjunto de mudanças que envolvem o processo de envelhecimento humano, uma vez que elas podem acarretar desequilíbrio funcional, colocando o idoso em situação de risco para agravos à saúde e incapacidades. Perceber as reais necessidades dos idosos e os novos desafios a serem enfrentados é fundamental, para que, no planejamento do cuidado ao idoso, sejam incluídas ações que visem a melhorar a capacidade para a resolução de problemas cotidianos, bem como proporcionar condições para promoção do bem-estar.

As mudanças psicológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento podem estar associadas ao funcionamento psíquico, cognitivo e aos padrões comportamentais e emocionais estabelecidos de maneira progressiva, considerando-se a história pessoal e as atitudes diante das situações vivenciadas, ao longo da vida (TALLMANN et al., 2013); além disso, podem ser influenciadas por mudanças no estado geral de saúde, fatores genéticos, mudanças físicas e sociais, realizações educacionais, entre outras (ELIOPOULOS, 2011).

As alterações psicológicas relacionadas ao processo de envelhecimento podem resultar em: dificuldade de se adaptar a novos papéis, falta de motivação e dificuldade para planejar o futuro, necessidade de trabalhar perdas orgânicas

afetivas e sociais, alterações psíquicas que exigem tratamento, depressão, suicídio, ansiedade, entre outras (ZIMERMAN, 2000).

Para alguns idosos, as experiências vividas no decorrer dos anos podem modificar a sua forma de enfrentamento diante das demandas cotidianas, uma vez que podem oferecer a ele novas perspectivas de resolução de problemas, de interações sociais e de conhecimento sobre si mesmo e de suas limitações. No entanto, outros podem ser tornar pessimistas, desconfiados, emocionalmente rígidos, desiludidos e com tendência ao isolamento social (SOUZA; PASSOS; FREITAS, 2016). Enfim, pessoas mais otimistas, que buscam autoconhecimento e o sentido da vida, tornam-se menos vulneráveis, mesmo diante de alterações psicológicas (TALLMANN et al., 2013).

Vale mencionar que a vulnerabilidade é frequentemente associada ao perfil da população idosa. Para Salmazo-Silva et al. (2012), trata-se de um constructo complexo e multidimensional que inclui o desequilíbrio do funcionamento das funções biológicas e psicológicas em associação à falta de recursos externos (ambientais, políticos e sociais) que resultam no desfecho desfavorável e de ameaça à vida, sendo os idosos mais susceptíveis a essas condições.

A perspectiva social, no decorrer do processo de envelhecimento, é fortemente associada ao contexto cultural e histórico da sociedade. No decorrer da velhice, aspectos como crise de identidade, mudança de papéis, aposentadoria, convívio com perdas, baixa renda salarial, isolamento social, abuso e violência são determinantes sociais recorrentes, observados principalmente nos países menos desenvolvidos (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC – BRASIL), 2015).

A velhice para as sociedades industrializadas, ao longo do século passado até a atualidade, corresponde ao produto da aposentadoria formalizada (ILC-BRASIL, 2015). Para Kohli (2007), devido à baixa expectativa média de vida, predominante anteriormente, o padrão do curso de vida, principalmente para os homens, possuía três estágios, caracterizados por: curto período de aprendizagem, longo período de trabalho e período muito curto de aposentadoria. Essa característica denota a aposentadoria como uma fase curta, destinada ao contexto em que o indivíduo se torna incapaz de exercer atividade remunerada. Com o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho formal e remunerado, esse modelo de curso de vida também passou a representá-las.

Embora o tempo de aposentadoria tenha aumentado, ainda, em muitas sociedades desenvolvidas, este modelo é muito comum (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2013). Por outro lado, Kalache (2013) menciona que o aumento da expectativa de vida alterou este panorama. Destaca que atualmente o curso de vida possui fases menos definidas, sendo mais flexíveis e inter-relacionadas, com períodos contínuos de aprendizagem, aposentadoria planejada e com tempo maior, inclusão de fases com períodos longos de cuidados com os filhos e pais já idosos, bem como com períodos para a prática de lazer e atividade física, entre outros, considerando as particularidades do estilo de vida adotado por cada um.

Autoras como Pinto e Neri (2017) também mencionam que, ao longo dos anos, vêm ocorrendo alterações em aspectos fundamentais para a sociedade, impulsionadas pela mudança demográfica da população que motivou o desenvolvimento de elementos positivos da experiência de envelhecer. Reafirmam que os idosos, ao se manterem ativos, incentivados pelas preferências pessoais de estilo de vida adotado na vida adulta, assumem papéis produtivos na sociedade (trabalho remunerado, voluntariado, participação em grupos sociais e religiosos), alcançando maior envolvimento social em substituição dos papéis que foram perdidos na velhice. Assim, já tem se observado que as pessoas que estão envelhecendo têm-se adequadamente a um novo curso de vida, diante das transformações exigidas pelos anos adquiridos com a longevidade.

Diante disso, notam-se alterações nos hábitos e concepções da população, direcionados para uma tendência de vida mais ativa na velhice, tanto que a aposentadoria tem sido destacada como uma época privilegiada que proporciona renovação pessoal, a busca de novos desafios no mercado de trabalho, além de maior tempo dedicado à família, proporcionando maior satisfação e bem-estar com a vida (ILC-BRASIL, 2015).

O envelhecimento ativo foi definido pela OMS (2002, p.12) como um “processo de otimização das condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. Esse processo sofre influências dos determinantes econômicos, sociais, individuais, comportamentais, dos serviços sociais e de saúde, do ambiente físico, da cultura e do gênero e estabelece a maneira como os indivíduos envelhecem (ILC-BRASIL, 2015).

No entanto, é importante ressaltar a existência das disparidades entre as regiões do mundo, pois essa nova visão da velhice é mais difundida entre os países de renda alta que conseguem ampliar a visão do envelhecimento ativo, enquanto nos países de renda menor a longevidade ainda tem sido relacionada às doenças crônicas, às incapacidades e à dependência de cuidados (CHATTERJI et al., 2015).

Assim, são vistas as transformações de paradigmas diante do aumento do número de idosos na população e de suas consequências nos diversos contextos, porém as mudanças de comportamentos da sociedade não alcançaram, ainda, a magnitude do fenômeno que é o envelhecimento populacional (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Devido ao complexo processo de envelhecimento humano, que se torna mais evidente com aumento do número de idosos e que pode ter como consequência o comprometimento da saúde, os serviços e profissionais destinados a esse fim precisam concentrar suas atuações no reconhecimento dos aspectos biopsicossociais deste processo, bem como dos processos patológicos, com vistas à prevenção de agravos e de limitações e na promoção do envelhecimento ativo, com melhor qualidade de vida.

1.2 Doenças crônicas não transmissíveis e atenção à saúde do idoso

Paralelamente ao processo de envelhecimento populacional, ocorrem as mudanças nos padrões de saúde e doença, tornando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes em detrimento das taxas de adoecimento por condições agudas e transmissíveis (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Segundo Lessa (2004) e Mendes (2011), as DCNTs são caracterizadas por apresentarem curso longo (maior que três meses), início e evolução lentos, tendência de ser permanentes, apresentar múltiplas causas (hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos) e ausência de padrões regulares ou previsíveis.

No que se refere a estas mudanças nos padrões de saúde e doença, Mendes (2013) menciona que o Brasil experimenta uma situação singular, com uma condição de tripla carga de doença, representada pelas doenças infecciosas e

parasitárias, problemas maternos e perinatais e pelas causas externas, além do predomínio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos.

Destaca-se a relação dos fatores de riscos, tais como, tabagismo, abuso de álcool, obesidade e sobrepeso, sedentarismo e consumo de dietas ricas em carboidratos, gorduras e açúcares com as DCNTs, principalmente a hipertensão arterial sistêmica, as doenças cardiovasculares, o Diabetes Mellitus, doenças respiratórias crônicas, doenças mentais e o câncer. Assim, exige-se um planejamento nas definições das políticas de saúde que inclua ações de prevenção e monitoramento desses fatores de risco, com o intuito de controlar as DCNTs (IBGE, 2014a).

Malta et al. (2015), ao investigarem os fatores de risco e de proteção para as DCNTs na população adulta e idosa das capitais brasileiras, encontraram a prevalência de 50,8% de excesso de peso; 16,2% de inatividade física; 16,4% de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; 19,5% de consumo regular de doces e 23,6% de consumo recomendado de frutas e hortaliças; houve associação entre as variáveis sexo masculino, maior idade e menor escolaridade e a presença dos fatores de risco. Concluíram que os fatores de risco e a prevenção dos mesmos devem subsidiar a formulação de estratégias de promoção da saúde, bem como o planejamento das intervenções.

No Brasil, por meio de ações legislativas, regulatórias, fiscais, e do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com as propostas de entidades internacionais de saúde, têm sido realizados avanços no que se refere à prevenção e/ou controle dos fatores de risco para as DCNTs, porém a maioria dessas ações até então são pouco efetivas no âmbito coletivo e social, reflexo ainda da prática do modelo assistencial curativista e fragmentado da assistência prestada nos serviços de saúde, o que dificulta as mudanças de comportamento da população, refletindo no aumento da suscetibilidade para o acometimento por essas doenças (MALTA et al., 2017; MALTA et al., 2015; VERAS, 2015).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, cerca de 40,0% da população adulta brasileira possuía pelo menos uma DCNT, sendo que essas enfermidades atingiram principalmente o sexo feminino 44,5%, quando comparado ao masculino 33,4% (IBGE, 2014b). Com isso, as DCNTs requerem aumento na demanda dos serviços de saúde que necessitam promover o acesso ao diagnóstico, a melhor qualidade no atendimento, acessibilidade, equidade e

cobertura universal aos seus usuários (SANTOS et al., 2015).

Dados de internações e óbitos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no ano de 2016, relacionados à morbidade hospitalar, segundo faixa etária e capítulo da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID-10), mostram que, no Brasil, foi registrado um total de 11.164.819 internações hospitalares na população geral, dentre as quais, 2.794.669 (25,0%) foram de idosos, destacando as doenças do aparelho circulatório (654.523 casos), seguidas das doenças do aparelho respiratório (399.330 casos). Quanto aos óbitos em hospitais, no mesmo ano, houve um total de 491.597 óbitos, sendo 326.620 (66,4%) de idosos e, em consequência principalmente das doenças respiratórias (72.470 casos), seguidas das doenças circulatórias (72.160 casos) (BRASIL, 2017).

Em 2012, no mundo, foram registradas 38 milhões de mortes por DCNTs e, aproximadamente, 70,0% dos óbitos foram causados principalmente pelas doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas e, para 2030, estimativas apontam para a ocorrência de 52 milhões de mortes por DCNTs, havendo maior concentração delas nos países de baixa e média renda, sobretudo nas regiões dos países do sudeste da Ásia e ocidental do Pacífico (WHO, 2014). Tal fato vem ocorrendo devido às desigualdades de renda, do acesso aos sistemas de assistência à saúde e suporte social que somado às condições de rápida urbanização, mudança de hábitos alimentares e de níveis baixos de atividade física, resultam em complexa carga de doenças e riscos para a saúde (CHATTERJI et al., 2015; MATHERS et al., 2015).

Entre os idosos com mais de 65 anos, na América Latina e América do Norte, no intervalo entre 2010 e 2013, as principais causas de mortes foram as cardiopatias isquêmicas (620,6 por 100.000 habitantes), a doença vascular cerebral (327,5 por 100.000 habitantes) e as demências e a doença de Alzheimer (292,8 por 100 000 habitantes). Apesar de não serem exclusivas dos idosos, as DCNTs são mais prevalentes nesse grupo da população e, geralmente, levam ao adoecimento e vulnerabilidade, agravando as alterações das funções sensoriais e cognitivas, ônus financeiro, sobrecarga das relações familiares, bem como o aumento da fragilidade, comprometendo o desenvolvimento da velhice ativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2017; FRIED, 2016).

Dentre as atuações do Ministério da Saúde para minimizar o impacto

dessas doenças, em 2011 foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs, com metas previstas até o ano 2022, que são baseadas a partir do compromisso global firmado por chefes de estado na assembleia realizada na Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2012a). As principais metas a serem cumpridas, a partir da estratégia pautada no cuidado integral, são reduções de: 25,0% da mortalidade por essas doenças, 25,0% de diagnósticos de hipertensão arterial, 30,0% do consumo de sal e tabaco, 10,0% do consumo abusivo de álcool e da inatividade física, além do aumento em 10,0% da ingestão de frutas, legumes e verduras e frear o crescimento do número de casos de Diabetes Mellitus e da obesidade (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Vale ressaltar que, de acordo com Veras (2015), ações estritamente centradas no tratamento das doenças indicam uma visão superficial da complexidade das DCNTs, especialmente, no que diz respeito à população de idosos que necessita de atendimento diferenciado à saúde, o que implica na utilização de estratégias de prevenção dos fatores de risco e promoção e educação em saúde, ao longo da vida. Ainda, segundo o mesmo autor, o enfoque, na identificação de riscos potenciais à saúde, possibilita intervenção antecipada à existência de doenças crônicas, com a finalidade de aumentar as chances de reabilitação, reduzir o impacto na funcionalidade, retardar o aparecimento de doenças, manter a independência e autonomia, viabilizando o envelhecimento com melhor qualidade, dignidade e bem-estar.

Para Campolina, Dini e Ciconelli (2011), é notório que o aumento da idade e do número de doenças crônicas possa comprometer amplamente os aspectos funcionais, cognitivos e psicológicos do idoso. Sendo assim, geralmente, a velhice é apontada pela sociedade como uma fase de incapacidades, limitações, dependência e morte, correspondendo a uma conotação negativa. Por isso, torna-se imprescindível compreender e promover a ideia de que na velhice as pessoas possam gozar de saúde e bem-estar, sendo ativos, saudáveis e funcionais, mesmo com as mudanças ocorridas com o passar dos anos (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

A demanda que emergiu do envelhecimento populacional e da mudança no perfil epidemiológico resultou em alterações estruturais e organizacionais dos serviços públicos de saúde no Brasil. O Ministério da Saúde em conjunto com as Políticas Públicas de Saúde que são estabelecidas pelos governantes implantou, em

2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Compreendendo a fundamental relevância dos idosos na sociedade, essa iniciativa lançou um conjunto de materiais que por meio do SUS auxilia os serviços e profissionais da saúde na atenção à população idosa, mediante as publicações da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Cadernos de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica que, de uma maneira geral, objetivam qualificar a assistência prestada à pessoa idosa, auxiliar os profissionais no melhor gerenciamento de ações para a saúde do idoso, apresentar instrumentos de avaliação ampla e rápida, bem como auxiliar na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização (BRASIL, 2015; DRUMOND et al., 2013).

Diante da implantação do SUS, o modelo de assistência vigente estabelece três níveis de atenção à saúde da população. A atenção primária por meio da Política Nacional de Atenção Básica é responsável por ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos agudos e crônicos, realizada pela Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde, consideradas “porta de entrada” do usuário. A atenção secundária desenvolve ações de média complexidade, realizadas nas unidades de pronto-atendimento, urgência e emergência, ambulatórios e hospitais, com a presença de equipe multidisciplinar, atuando de forma complementar à atenção primária e terciária, mediante o processo de referência e contrarreferência. Já a atenção terciária, com nível de alta complexidade, possui maior densidade tecnológica e especializada para a assistência à saúde, em clínicas, ambulatórios e hospitais de grande porte (OUVERNEY; NORONHA, 2013; BRASIL, 2007).

Em se tratando da assistência à saúde da população idosa, o atendimento nos ambulatórios de alta complexidade (ambulatório geriátrico) é destinado aos idosos com necessidades específicas de cuidados, para uma avaliação geriátrica multidimensional que possibilite o julgamento clínico adequado pela equipe multidisciplinar de saúde para a formulação do plano assistencial que alcance o diagnóstico, o prognóstico, a prevenção da fragilidade e incapacidades, entre outros (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Na realidade, os profissionais de saúde ainda encontram obstáculos para atender às carências e necessidades da população idosa pela complexidade que envolve a assistência ao idoso, considerando as alterações fisiológicas próprias do

envelhecimento, as características específicas dos sinais/sintomas das DCNTs e suas complicações (CASTRO et al., 2012).

Para Araújo, Valença e Rocha (2012), apesar de os idosos conhecerem os serviços disponíveis pela Unidade Básica de Saúde, a assistência de saúde exclusiva para a população idosa ainda é pouco eficiente, devido às ações inespecíficas para idosos e à falta de profissionais capacitados para atender às demandas dos mesmos, o que pode ser observado em pesquisa realizada pelas autoras com a finalidade de verificar a percepção de idosos sobre a assistência nas Unidades Básicas de Saúde, em um município da região Nordeste. Para tanto, foram entrevistados 109 idosos, 79,8% do sexo feminino, 54,2% com idade entre 66 e 76 anos, 76,2% tinham ensino fundamental completo e 55,0% recebiam de um a três salários- mínimos por mês; 82,6% referiram que dependiam exclusivamente dos serviços do SUS, 64,2% conheciam apenas os serviços assistenciais direcionados à população geral, 53,2% buscaram atendimento médico, 34,0% relataram participar efetivamente das atividades de socialização oferecidas pelo serviço de saúde, 56,8% reconheciam as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada para o sistema de saúde, 54,1% relataram que os serviços de saúde não atendiam totalmente às demandas e necessidades de saúde do idoso.

Em estudo realizado por Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) com 14 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, em Belém-PA, com o objetivo de descrever como elas percebiam a construção do fazer gerontológico, os resultados mostraram que os relatos das participantes enfocaram a falta de estrutura das unidades e de capacitação específica na área da gerontogeriatría, além de destacar que as principais ações com os idosos eram realizadas por meio de programas de saúde não específicos para eles. As autoras mencionaram que, na unidade pesquisada, há a necessidade de um programa de educação permanente para os profissionais de saúde, além da implementação de programas específicos voltados para a saúde da população idosa.

Veras, Caldas e Cordeiro (2013) ainda enfatizam que os modelos de atenção à saúde do idoso devem se basear na identificação precoce das necessidades dessa população, sejam elas ocasionadas por agravos crônicos, condições sociais, econômicas e psicológicas, violência, discriminações, entre outras. Ressaltam que somente a identificação e tratamento das DCNTs, que são práticas recorrentes dos serviços de saúde, não são suficientes para atender à

complexidade da população idosa, sendo necessário conhecer a funcionalidade, os comportamentos, o humor, a espiritualidade, o trabalho e lazer, para uma avaliação mais fidedigna do idoso.

Em geral, a atenção à saúde do idoso ainda é um desafio para a saúde pública, uma vez que as propostas de ações deveriam pautar-se pela assistência individual e integral, incluindo ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação. Acredita-se que para as pessoas longevas devem ser garantidos a igualdade de oportunidades, a participação social, o auxílio às necessidades básicas e a melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010; VERAS, 2009).

É necessário apontar que na velhice, uma parte dos idosos, como consequência do processo de envelhecimento e do surgimento de doenças e agravos à saúde, torna-se suscetível às limitações e vulneráveis em diferentes aspectos: físico, psicológico, social, entre outros. Frente às demandas que possam advir desse processo, destaca-se que recursos psicológicos e emocionais, como enfrentamento, adaptação e diferentes experiências vivenciadas ao longo da vida, funcionam como mecanismos de suporte, atenuando os efeitos indesejáveis do processo de envelhecimento (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014; SPOSITO et al., 2013). Assim pesquisas com objetivos de avaliar e compreender estes recursos podem contribuir para a assistência ao idoso.

1.3 Resiliência e envelhecimento

Com os inúmeros desafios que os idosos vivenciam no transcorrer do curso de vida, a resiliência tem sido explorada na velhice como a capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (FONTES; NERI, 2015).

O termo envelhecimento ativo expandiu-se mundialmente, bem como a discussão da melhor estratégia para garanti-lo, sendo a resiliência, no seu conceito psicológico, considerada como fator fundamental a ser desenvolvido, ao longo da vida (KALACHE, 2017; VOELCKER, 2017). Em 2008, a Sociedade Americana de Gerontologia, no 61º Encontro Científico Anual, realizado em National Harbor, Maryland, nos Estados Unidos das Américas, o tema central foi “Resiliência no envelhecimento populacional: riscos e oportunidades” e em 2017, na cidade do Rio

de Janeiro-RJ, foi realizado o V Fórum Internacional da Longevidade, cujo tema central foi “A construção da resiliência ao longo do curso de vida”, mostrando a relevância dessa temática entre os estudiosos da área da saúde, especialmente da gerontologia e geriatria.

Na década de 1970, a resiliência já era difundida nas áreas das ciências humanas, sociais, filosóficas, psicológicas e também da saúde (YUNES, 2003). Os primeiros estudiosos da temática resiliência eram de origem americana Garmezy (1974), Masten (1985) e Werner e Smith (1982) e europeia Cyrulnik (2001) e Rutter (1971), seguidos mais tardiamente dos pesquisadores da América Latina Kotliarenko (1997), Melillo (2004) e Yunes (2003). Foram estabelecidas diferentes tendências nos diferentes continentes, os pesquisadores americanos focaram na essência pragmática e no traço de personalidade do indivíduo, os europeus seguiram a visão psicanalítica e ética, já os latinos dirigiram-se para a perspectiva comunitária e social (MELILLO; OJEDA; RODRÍGUEZ, 2004). Essas distintas vertentes refletem a dificuldade de elaborar uma definição única e consensual do constructo que envolve a resiliência (ABURN; GOTT; HOARE, 2016).

Na psicologia, Garmezy (1973) foi considerado um dos pioneiros no estudo da resiliência. Nos seus trabalhos iniciais (GARMEZY, 1973; GARMEZY, 1974; GARMEZY; STREITMAN, 1974), que incluíam as competências dos esquizofrênicos e a psicopatologia das crianças em condições estressantes, verificou-se que alguns grupos conseguiam “saltar para trás” e seguir em frente na vida com um comportamento de adaptação positiva e outros não. Também foram identificadas diferenças nos antecedentes pessoais desses grupos, sugerindo que a disponibilidade de recursos psicossociais poderia neutralizar a influência negativa das adversidades. A resiliência não pode ser determinada somente como traço de personalidade, uma vez que sofre influência de fatores internos e externos (JONHSTON et al., 2015; GARCIA-DIA et al., 2013).

Autores como Masten e Garmezy (1985), Rutter (1987) e Werner e Smith (1982) questionaram sobre o equívoco de igualar o conceito de resiliência com a rigidez do termo “invulnerabilidade”, amplamente utilizado para indicar resistência absoluta e ausência de sofrimento frente às diversidades.

Um estudo longitudinal, realizado por Rutter (1987), psiquiatra europeu, que observou crianças, cujos pais sofriam de doença mental, considerando as adversidades a que essas crianças estavam expostas durante a infância, mostrou

que nenhuma manifestação comportamental e doença mental foram notadas. Com isso, indagações sobre como essas crianças conseguiram evitar os efeitos negativos dessa convivência despertaram o interesse do autor no tema resiliência. Assim para esse autor, a resiliência é a capacidade de “resistência” ou adaptação positiva, diante das situações de risco psicossocial para o funcionamento e desenvolvimento, podendo ser observada em algumas situações e em outras não. Nesse sentido, o autor ainda associa a resiliência com os fatores genéticos e ambientais, que oscilam entre os indivíduos e que podem atuar como fatores de proteção ou de risco. Por isso, a resposta da pessoa está sujeita a determinadas situações, contexto e etapa do ciclo de vida, denotando o caráter relativo da resiliência (ABURN; GOTT; HOARE, 2016; JONHSTON et al., 2015; RUTTER, 1987).

Evoluindo com as proposições que cercam a resiliência, Luthar (1993), que realizou seus estudos com crianças e adolescentes, entende a mesma como um processo dinâmico e de natureza multidimensional, mas que também pressupõe a adaptação positiva no contexto significativo de adversidade e que o indivíduo atenda aos resultados desenvolvimentais esperados. A multidimensionalidade e o dinamismo, ou seja, opostos à ideia de um conceito estático, propostos pela autora, foram observados nas crianças estudadas, que quando em situações de vulnerabilidade, manifestaram competências em alguns domínios e demonstraram problemas em outros, fazendo uso de recursos variados (biopsicossociais) Nesse referencial, valorizam-se a interação da pessoa com seu contexto, a efetividade da capacidade de adaptação e a necessidade de exposição ao risco como fatores explicativos da resiliência (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000).

As definições propostas por Garmezy (1973), Luthar (1993) e Rutter (1987) mostram uma semelhança entre os conceitos de resiliência, ou seja, a capacidade do indivíduo responder positivamente a uma situação ou circunstância, contudo pouco foi explorado sobre os mecanismos pelos quais a resiliência pode ser desenvolvida e potencializada nos indivíduos.

Com mais de 30 anos de pesquisas conceituais de resiliência com ênfase na criança e no adolescente, a inclusão de outros grupos etários, como os de adultos e de idosos, aconteceu a partir do início da década de 2000 (HOCHHALTER; SMITH; ORY, 2011). Outra tendência também explorada foram os estudos relacionados aos problemas emergentes da sociedade, tais como, violência, catástrofes ambientais, guerras e adoecimento (FREITAS et al., 2012;

GONÇALVES, 2003; LANDAU; SAUL, 2002; SCOLOVENO, 2016).

Em 2001, o movimento da psicologia positiva ganhou destaque com suas publicações na Associação Americana de Psicologia. A apreciação e motivação da capacidade e do potencial humano eram os objetivos desse movimento, que em suma, buscou provocar a ciência a compreender os fenômenos psicológicos com caráter positivista, ao invés de limitar as pesquisas nas questões epistemológicas. Diante dessa tentativa, a resiliência e outros fatores que sugerem o desenvolvimento e uma vida saudável se propagaram (YUNES, 2003).

A resiliência foi definida por Newman (2002, p.62), diretor executivo de práticas da Associação Americana de Psicologia, como sendo o “processo de se adaptar com sucesso diante de adversidade, trauma, tragédia, ameaças ou fontes de estresse significativo tais como, problemas familiares ou de relacionamento ou estressores financeiros e de trabalho”. As concepções que, ao longo do tempo, a resiliência adquiriu sugerem que o ser humano tenha a capacidade de manifestar resultados desenvolvimentais esperados, mesmo diante de acontecimentos com risco, mantendo suas competências e se recuperando das adversidades (OLIVEIRA, 2015).

Em geral, a resiliência possui elementos considerados inerentes ao seu constructo. Os fatores de risco, os fatores de proteção, o enfrentamento e a adaptação são variáveis mediadoras do comportamento resiliente. Desse modo os fatores de risco são característicos do indivíduo ou do meio no qual ele está inserido, que indicam possíveis resultados negativos, por outro lado os fatores de proteção indicam as habilidades, qualidades e suporte que podem proporcionar resultados positivos (FONTES et al., 2015). A capacidade de enfrentamento tem implicações diretas no processo de adaptação, pois a partir da ação direta do enfrentamento da adversidade ou de uma nova situação, será possível o indivíduo assimilar e lidar com ela, progredindo assim para a adaptação (LEIPOLD; GREVE, 2009).

É notável o rápido crescimento do número de escalas elaboradas para avaliar a resiliência. Windle, Bennett e Noyes (2011) realizaram um estudo de revisão sistemática, para avaliar o rigor psicométrico das escalas que medem resiliência nas populações gerais e clínicas. Foram identificadas 15 escalas de medida de resiliência e, após a análise das propriedades psicométricas determinadas em cada uma das escalas, observou-se que a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (CONNOR; DAVIDSON, 2003), a *Resilience Scale*

(WAGNILD; YOUNG, 1993), a *Resilience Scale for Adults* (FRIBORG et al., 2003) e a *Brief Resilience Scale* (SMITH et al., 2008) obtiveram melhores avaliações psicométricas. Os autores da revisão não consideraram nenhum instrumento como padrão-ouro devido à carência de informações referente a algum aspecto da análise psicométrica.

Na revisão sistemática realizada por Cosco et al. (2016), foi possível analisar as propriedades psicométricas das escalas de avaliação da resiliência para população com mais de 60 anos, foram analisados seis estudos, sendo que a CD-RISC (CONNOR; DAVIDSON, 2003) e sua versão abreviada CD-RISC- 10 itens (CAMBELL-SILLS; STEIN, 2007), a *Resilience Scale* (WAGNILD; YOUNG, 1993) e suas versões de cinco e onze itens proposta por Resnick; Inguito, (2011) e a *Brief Resilience Coping Scale* (SINCLAIR; WALLSTON, 2004) apresentaram níveis aceitáveis de consistência interna, validade convergente, discriminante e de constructo teórico. Os autores do estudo de revisão destacam em seus resultados aliados a outros estudos (AHERN et al., 2006; COHEN et al., 2016; WAGNILD, 2009; WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011) que apoiam fortemente o uso da *The Resilience Scale* na população idosa, seguidas da CD-RISC e a *The Brief Resilience Coping Scale*. Dentre esses instrumentos, foram validadas, traduzidas e adaptadas para a cultura brasileira, a Escala de Resiliência por Pesce et al. (2005) e a CD-RISC por Solano et al. (2016).

A Escala de Resiliência (ER) foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993), a partir de um estudo qualitativo (WAGNILD; YOUNG, 1990), com a narrativa de 24 mulheres que sofreram perdas recentes e que tiveram sucesso ao adaptar-se às adversidades da vida. Por meio dessas narrativas, foram identificados cinco fatores originais para resiliência, a serenidade, a perseverança, a autoconfiança, o sentido de vida e a autossuficiência que correspondiam aos 50 itens da versão inicial da ER. Após um estudo de análise fatorial realizado pelas autoras, com amostra de 810 pessoas, com média de idade de 71,1 anos, sendo a maioria mulher, aposentada, casada e considerava ter boas condições de saúde, os itens da ER foram reduzidos para 25, distribuídos em dois domínios, competência pessoal (autoconfiança, determinação, perseverança, independência e autoeficácia) e aceitação de si e da vida (serenidade, flexibilidade, sentido existencial e pacificação diante das adversidades). Essa versão apresenta resposta em escala do tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), e os escores variam

de 25 a 175 pontos com valores altos, indicando elevada resiliência (WAGNILD; YOUNG, 1993).

Wagnild e Young (1990) ponderam que a resiliência conota o vigor emocional e tem sido usada para descrever as pessoas que apresentam coragem e adaptação frente aos infortúnios da vida. Em 1993, ao desenvolverem a escala, as autoras consideraram a resiliência como uma característica da personalidade, seja ela física ou psíquica, ou até mesmo comportamental e social, que modera os efeitos negativos do estresse e promove a adaptação. No presente estudo, foi adotada essa premissa proposta pelas autoras.

É importante salientar que a construção do conceito de resiliência é um processo dinâmico, assim as escalas que se propõem a mensurá-la são baseadas nos construtos dos autores da sua respectiva época, com isso limitações de uso das escalas podem estar presentes (ABURN, GOTT e HOARE, 2016).

Em 2005, um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz publicou a validação da ER para a cultura brasileira, em seu estudo intitulado “Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência” (PESCE et al., 2005), a pesquisa foi realizada com 997 estudantes da 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 1º e 2º ano do ensino médio, no município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. Embora a validação da ER no Brasil tenha sido realizada com uma população com idades de 12 a 19 anos, estudos avaliando a resiliência na população idosa, por meio da ER, têm sido publicados amplamente (ARAÚJO; FARO, 2016; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012; FONTES et al., 2015; FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009; ORSANO et al., 2013; PESCE et al., 2005), por isso a opção de usá-la neste estudo.

Nessa última década, estudos nacionais envolvendo a resiliência no idoso vêm ocupando cada vez mais espaço no cenário da produção científica. Do ponto de vista da psicologia, Fontes e Neri (2015) consideram idosos psicologicamente resilientes aqueles que não se rendem às situações adversas e, que diante delas, demonstram capacidade de adaptação positiva, lidando com os eventos que ameaçam sua adaptação e recuperando seus níveis de bem-estar subjetivo.

No transcorrer do processo de envelhecimento, os eventos relacionados à saúde e às limitações funcionais, cognitivas, psicológicas, emocionais, sociais e econômicas são mais frequentes. É recorrente a visão tradicional de relacionar a velhice com doenças, perdas e incapacidades, entretanto as investigações sobre

potencialidades pessoais e recursos externos que essa fase da vida pode proporcionar têm sido exploradas, por meio de estudos que retratam o envelhecimento bem-sucedido e a promoção de qualidade de vida na velhice (MACLEOD et al., 2016).

Manter a regulação emocional funciona como atributo psicológico para aqueles idosos que conseguem envelhecer de maneira ativa, minimizando as influências senis por meio de características resilientes e de autoeficácia que são desenvolvidas, ao longo da vida (PAÚL; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2017).

Na avaliação da resiliência de idosas participantes de um centro de convivência, no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, realizado com 117 idosas, foi observado que 100,0% eram aposentadas, 59,0% com idade entre 70 e 80 anos, 45,3% eram viúvas, 80,1%, católicas, 77,8% com um a cinco anos de estudo e 45,3% recebiam de dois a três salários-mínimos; 47,9% usavam de um a dois tipos de medicamentos e 48,7% apresentaram de uma a duas DCNTs; 48,7% referiram de uma a quatro relações sexuais por mês; 90,6% praticavam atividade física e 80,3% com percepção positiva para os cuidados com a saúde física e mental; o escore médio de resiliência foi de 133,72 pontos, considerado elevado (ARAÚJO; FARO, 2016). Para as autoras, as atividades desenvolvidas no centro de convivência colaboraram para a prática de atividade física, a melhora na percepção de saúde física e mental, bem como para o desenvolvimento de potencialidades e habilidades emocionais e sociais que podem contribuir para o comportamento resiliente, auxiliando o idoso na aquisição de melhor qualidade de vida.

De abordagem teórica, Silva et al. (2015) realizaram uma investigação reflexiva da resiliência na práxis da enfermagem, revelando a resiliência das pessoas em condições crônicas como uma lacuna do conhecimento a ser explorada pela ciência do cuidar. Nessa perspectiva, são conhecidas as relações da resiliência como promotora das potencialidades humanas, podendo ser incluída nos programas de educação e promoção da saúde frente ao grupo etário mais acometido pelas DCNTs.

A sobrecarga física, psicológica e social, comuns de serem experimentadas na fase da velhice, pode ser compreendida pelos idosos como uma situação de adversidade, exigindo deles um comportamento positivo na adaptação das condições de vulnerabilidade desta etapa da vida. Dessa forma, as experiências negativas e positivas vivenciadas durante o ciclo da vida, a habilidade para lidar com

problemas e a capacidade de superação frente às situações adversas, agregadas a uma competente rede familiar, social e espiritual, podem contribuir para um padrão diferente de condição de vida na velhice, ou seja, as características resilientes, na atual perspectiva psicológica, são delineadas e construídas ao longo da vida e indicam que ao serem acompanhadas dos fatores de proteção há a possibilidade de melhor qualidade de vida na velhice.

1.4 Qualidade de vida e envelhecimento

As investigações acerca da Qualidade de Vida (QV) ocupam cada vez mais espaço no cenário científico das áreas: social, saúde, economia, política e tecnologia que buscam geralmente compreender a percepção individual, resultados de intervenções, efetividade de tratamentos, impacto do adoecimento entre outros objetivos que visem a melhorar a QV da população.

No campo da saúde, o interesse em explorar a QV é influenciado pelas Políticas Públicas de Saúde que têm como finalidade a busca por melhores condições de vida e bem-estar. Nesse sentido, explorar os hábitos de vida, contexto familiar, condições econômicas, aspectos patológicos, sanitários, culturais, sociais e comportamentais tornam-se tarefas essenciais dos profissionais de saúde, no intuito de favorecer o desenvolvimento saudável que propicie uma avaliação positiva da QV (NORONHA, 2016).

Originalmente, a palavra qualidade foi derivada do latim “qualis” que significa o modo de caracterizar alguma coisa, assim pode assumir ampla conotação (SANTIN, 2002). Há mais de 40 anos são debatidas no meio científico, principalmente pelos epidemiologistas e especialistas das ciências médicas e sociais, as controvérsias que cercam o conceito de QV, principalmente por se tratar de um construto complexo, pessoal, modificado ao longo do tempo e com as experiências de vida (MINAYO; HATZ; BUSS, 2000; CAMPBELL; CONVERSE; RODGERS, 1976).

Na década de 1990, a OMS na tentativa de evoluir com a temática da QV, nos aspectos conceituais e de avaliação, formou um grupo, o *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group), com pesquisadores de vários países que tinham interesse em explorar a QV da população na perspectiva

transcultural (FLECK et al., 1999).

O WHOQOL Group (1995, p. 1.403), definiu QV como:

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores no quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que é afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com características marcantes de ambiente.

Essa definição adotada pelos especialistas da OMS e que foi adotada neste estudo compreende três aspectos intrínsecos ao construto de QV, sendo consideradas: a subjetividade (o indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à QV); a multidimensionalidade (refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões, incluindo três que são básicas: a física, a psicológica e a social) e a bipolaridade (que está relacionada aos aspectos positivos e negativos da QV) (WHOQOL GROUP, 1995).

Observa-se que a subjetividade do conceito de QV implica que a pessoa seja a fonte mais verídica no julgamento sobre sua QV, determinando assim as dificuldades de mensuração e definição desse construto, pois ao longo da vida as percepções individuais podem ser variadas (FLECK et al., 2008; PASCHOAL, 2000). Semelhante a esse ponto de vista, Farquhar (1995) coloca que são inúmeras as formas de avaliação da QV, porém não há medidas consideradas padrão-ouro.

Com a diversidade das variáveis que compõem o conceito de QV, escassez inicial de instrumentos e importância em medi-la, a OMS organizou um projeto, por meio do grupo WHOQOL e elaborou um instrumento genérico denominado WHOQOL-100 (FLECK et al., 1999). Esse instrumento é composto por 100 itens, com caráter transcultural e multidimensional, constituído por seis domínios, físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais, que são distribuídos em 24 facetas específicas e uma faceta geral, com quatro perguntas cada uma, respondidas em escala tipo Likert (FLECK, 2000).

Para diminuir o número de itens desse instrumento, mantendo as propriedades psicométricas satisfatórias, o grupo WHOQOL elaborou a versão abreviada, denominada WHOQOL-BREF. O instrumento é composto por 26 questões, sendo elas, uma questão de QV global, uma questão da satisfação com a própria saúde e o restante das 24 questões representando as 24 facetas do

WHOQOL-100, com quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 1999; FLECK et al., 2000).

Com o avançar dos estudos sobre a QV da população, Bowling e Brazier (1995) e Farquhar (1995) investigaram a QV nos diversos grupos etários, identificando a população idosa com maior satisfação de vida que considera o contato social, saúde, mobilidade, habilidade, circunstâncias materiais e atividades, aspectos relevantes para a manutenção da QV. Diante da necessidade de avaliar a QV dos idosos, considerando as especificidades e variantes dessa população, o grupo WHOQOL deu início em 1999 à elaboração do módulo WHOQOL-OLD, que é aplicado complementarmente ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF. Essa é uma exigência dos pesquisadores da OMS (OMS, 2005).

O WHOQOL-OLD possui 24 itens, respondidos em escala de resposta do tipo Likert, distribuídos em seis facetas, com quatro itens cada, são elas: funcionamento do sensório, autonomia; atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Os escores podem oscilar de 4 a 20 pontos e são transformados em escala de 0 a 100, permitindo expressar o escore bruto da escala em porcentagem, e quanto maior a pontuação melhor a QV (OMS, 2005; POWER et al., 2005). O WHOQOL-100, sua versão abreviada (WHOQOL-BREF) e o WHOQOL-OLD foram traduzidos e validados para a cultura brasileira por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; FLECK et al., 2000; FLECK, et al., 1999).

Amplamente abordada com variáveis subjetivas e complexas, a heterogeneidade da velhice possui particularidades que podem sofrer alteração ao longo do tempo, devendo ser ponderadas pelos instrumentos de aferição da QV (PASCHOAL, 2013; NERI, 2006). Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2006), a inclusão das características dos idosos, por meio dos domínios contemplados pelo instrumento permite uma medida mais fiel da QV dessa população.

Para a OMS (2005), a QV dos idosos é estabelecida durante o processo de envelhecimento, sendo determinada pela conservação da sua autonomia e independência. Essa definição tem forte associação com o termo “envelhecimento ativo”, que é designado pela manutenção da saúde por meio da participação ativa na sociedade, delimitando suas necessidades, desejos e capacidades. Dessa maneira, possibilita a descoberta do potencial para o bem-estar físico, psíquico e social, a fim de melhorar ao longo da sua existência a QV (DAWALIBI et al., 2013).

Os estudos com abordagem da QV no envelhecimento foram iniciados na primeira metade do século passado, direcionando as pesquisas para a percepção da satisfação do estado atual e planejamento do futuro e mais adiante, as investigações buscaram integrar as ações para o envelhecimento bem-sucedido, que integra basicamente as funções das redes sociais na redução dos impactos negativos que podem ocorrer com a velhice (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011).

A expectativa de vida e longevidade prolongadas e as situações que influenciam a QV dos idosos estimulam o interesse dos pesquisadores. Dessa forma, os diversos aspectos dessa investigação têm seu foco na relação entre o indivíduo e o meio em que vive, considerando a complexidade do processo de envelhecimento que pode envolver comprometimento cognitivo, funcional e psicológico (NERI, 2013).

Um estudo correlacional, realizado por Vagetti et al. (2013), com 1.806 idosas participantes de um programa de atividade física da cidade de Curitiba-PR, analisou a associação entre a QV, avaliada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Os resultados mostraram que, em geral, as idosas apresentaram maior valor médio do escore no domínio físico do WHOQOL-BREF ($70,7 \pm 13,0$) e no domínio do funcionamento do sensorio ($79,2 \pm 16,7$) do WHOQOL-OLD e, menor valor médio do escore no domínio das relações sociais ($66,9 \pm 14,7$) do WHOQOL-BREF e na faceta da participação social ($52,7 \pm 24,4$) do WHOQOL-OLD. Em relação aos fatores sociodemográficos (faixa etária, classe econômica, escolaridade, estado civil e situação ocupacional) bem como condições de saúde (classificação do índice de massa corpórea, problemas de saúde e uso de medicamentos) estiveram associados com a qualidade de vida dessas idosas. Destacam-se a relação dos problemas de saúde e os baixos escores em todos os domínios avaliados da qualidade de vida. Os autores referem que é comum entre os idosos a queixa de passarem a maior parte do tempo em seus lares, devido a poucas oportunidades de participarem de atividades na comunidade, o que diminui os relacionamentos pessoais e dificulta a convivência com a sociedade. Acrescentam que programas de sociabilização e de promoção da QV, que encorajam a autoconfiança, o diálogo e a expressão dos sentimentos voltados à população idosa, devem ser proporcionados pela comunidade em conjunto com as ações sociais e de saúde, permitindo que o idoso interaja coletivamente.

Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) realizaram um estudo comparativo

sobre a percepção da QV, de 288 idosos residentes na comunidade de Porto Alegre-RS e 76 idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos em Santa Rita do Sapucaí- MG. A QV foi avaliada pelo instrumento WHOQOL-BREF, os idosos da comunidade apresentaram maiores pontuações nos domínios físico, psicológico e relações sociais, porém somente nos domínios psicológico ($p=0,044$) e relações sociais ($p=0,002$) apresentaram diferenças com significâncias estatísticas. Foi observado que as piores condições socioeconômicas e condições de saúde dos idosos institucionalizados tiveram associação com a percepção de saúde, que era melhor nos idosos da comunidade quando comparada com os institucionalizados.

Achados da literatura científica mostram a natureza multifatorial da QV, que é relacionada a fatores demográficos, clínicos e comportamentais (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; GARIN et al., 2014). Entre os fatores comportamentais, as atitudes resilientes têm sido alvo de interesse das pesquisas que buscam compreender o seu papel e impacto na QV de diversos grupos vulneráveis como, adultos e/ou idosos com doenças crônicas transmissíveis ou não, doenças terminais, em situações de violência, abandono e abuso e pessoas que vivenciaram catástrofes naturais e situações de guerras civis (FANG et al., 2016; ROSENBERG et al., 2015; TIAN; HONG, 2014; JESTE et al., 2013). Apesar disso, ainda há uma escassez de pesquisas voltadas para a avaliação das variáveis resiliência e qualidade de vida relacionando-as com idoso da comunidade e seus respectivos fatores de risco e de proteção.

No estudo de Miranda, Soares e Silva (2016), as variáveis que interferiram negativamente na QV dos idosos estudados foram a fragilidade, a depressão e a institucionalização, e as que atuaram positivamente foram atividade física e apoio social.

No que se refere à depressão no estudo de Trentini (2004), foi encontrada estreita relação entre QV e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança entre os idosos estudados. A autora relata que idosos que avaliaram de forma negativa a QV apresentaram significativamente mais sintomas depressivos. Outros estudos também encontraram associação entre pior QV e presença de sintomas depressivos (AZEVEDO et al., 2017; CHANG et al., 2016; SILVEIRA; PORTUGUEZ, 2017).

1.5 Sintomas depressivos nos idosos

Considerada a “doença do século” pela OMS, a depressão vem se estabelecendo como um problema grave de saúde pública.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2014), os transtornos depressivos (transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e não especificado) são caracterizados pela presença de sintomas como humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam, significativamente, a capacidade de funcionamento do indivíduo, sendo diferenciados pela duração, momento ou etiologia presumida. O transtorno depressivo maior é considerado a condição clássica desse grupo que é determinada por alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), 2014). A CID-10 inclui a depressão no grupo dos transtornos de humor, classificando-a em episódios depressivos (leve, moderado, grave, com ou sem sintomas psicóticos) e episódios depressivos recorrentes e isolados (OMS, 2008).

Na prática clínica, os critérios diagnósticos de depressão, mais utilizados na geriatria, são aqueles estabelecidos pelo DSM-V, sendo eles: humor deprimido (sente-se triste, chora muito), interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição/aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer) e ideação suicida, devendo estar presentes cinco (ou mais) destes sintomas durante o período de duas semanas, além de representar uma alteração a partir do funcionamento anterior (APA, 2014).

Ainda que esses critérios diagnósticos direcionem o profissional de saúde, é essencial que para ser dado o diagnóstico de depressão sejam investigados os

aspectos clínicos, como a história clínica atual e pregressa (paciente e família), ideação suicida, uso de medicações e a rede de relacionamentos (social, familiar e econômica) (SCORALICK et al., 2016; FRANK; RODRIGUES, 2013). Parreira e Bassitt (2014) acrescentam que o registro das alterações de comportamento, humor, sono, apetite, diminuição da autonomia, entre outras mudanças que o idoso possa apresentar deve ser realizado pelas famílias e cuidadores, o que contribui com os profissionais de saúde na identificação e investigação das causas desses sinais e sintomas.

Ainda de acordo com o DSM-V, a presença de sintomas depressivos é clinicamente significativa, por causarem danos à saúde e ao bem-estar, porém podem não apresentar critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo, por se apresentarem isolados ou instáveis, apesar de 25,0% desses casos evoluírem para a depressão maior (APA, 2014). Nos casos de depressão maior, os pacientes podem passar mais tempo apenas com sintomas depressivos, do que com a presença do quadro clínico completo exigido pelos critérios diagnósticos (FRANK; RODRIGUES, 2013).

No que se refere à epidemiologia, a depressão atingiu mais de 300 milhões (4,4% da população total) de pessoas no mundo em 2015, nas diferentes faixas etárias e com maior predomínio entre as mulheres. Na região das Américas, 48 milhões de pessoas foram diagnosticadas com depressão, com maior prevalência entre os adultos/idosos (55-74 anos), acometendo 7,5% das mulheres e 5,5% dos homens, dessa faixa etária (WHO, 2017). Em 2013, no Brasil mais de 11 milhões (5,8%) de pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com depressão, sendo a maior proporção na faixa etária dos 60-64 anos com 11,1% (BRASIL, 2014). As estimativas da OMS reiteram que, para 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade por doença a nível global, predominantemente nos países em desenvolvimento devido à dificuldade em diagnosticar e, consequentemente, em tratar (WHO, 2017).

Weyerer et al. (2013) acompanharam, por três anos, 2.512 idosos da comunidade, residentes em seis cidades da Alemanha, com idade maior que 75 anos, e encontraram que para cada mil pessoas, por ano, a incidência de depressão foi de 36,8 (3,68%) casos entre homens e 46,0 (4,60%) entre mulheres, destacando que a incidência foi consideravelmente maior, 75,2 casos (7,52%), entre os idosos com 85 anos ou mais. O estudo de revisão da literatura de Polyakova et al. (2014),

com o objetivo de verificar a prevalência de depressão em pessoas com 55 anos ou mais de idade, em variados ambientes (comunidade e serviços de saúde), mostrou que a prevalência de depressão foi de 14,4% no ambiente hospitalar, 10,4% na comunidade e 7,7% na atenção primária. Os autores apontam que ser do sexo feminino, ter história de doenças cerebrovasculares, distúrbio de ansiedade generalizada, solidão e estar em atendimento institucional foram fatores de risco para a depressão.

O quadro clínico mais comum da depressão é a presença das alterações comportamentais, de humor e das funções cognitivas. Nos idosos, esses sintomas podem ser acrescidos de hipocondria, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, tendência autodestrutiva, ideação paranoide e pensamento suicida (FRANK; RODRIGUES, 2013). Dessa forma, apesar de ser comum nessa faixa etária, nem sempre a depressão é diagnosticada nos idosos ou o diagnóstico pode ser feito de maneira errônea, por ser confundida com sintomas das DCNTs, além do uso de medicações que podem causar mudanças no padrão comportamental do idoso (WANNMACHER, 2016).

A literatura aponta que, embora a depressão acometa com frequência os idosos, ela apresenta-se de maneira menos grave, porém de forma prolongada (pode durar anos), é considerada mais crônica do que aguda, com consequências severas para os aspectos emocionais, psicológicos, funcionais e cognitivos dos idosos (PARREIRA; BASSITT, 2014). Frank e Rodrigues (2013) consideram, como fatores de risco para transtorno depressivo e sintomas depressivos na população de idosos, a presença de doenças cerebrovasculares e psiquiátricas, a idade avançada (mais de 80 anos), o sexo feminino, viver sem companheiros (viuvez e divorciados), o uso de medicamentos e álcool (benzodiazepínicos, corticosteroides, entre outros), a baixa escolaridade, a institucionalização, a vivência de traumas psicológicos e o déficit de suporte social.

Para rastrear a depressão em idosos, há instrumentos de avaliação e rastreio de sintomas depressivos específicos da população geral e dos idosos. Entre os instrumentos indicados para a população idosa, que são amplamente utilizados no meio acadêmico e clínico, estão a *Geriatric Depression Scale* (GDS), desenvolvida por Yesavage et al. (1983), validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999) e a *Center for Epidemiological Studies for Depression* (CES-D), originalmente desenvolvida por Radloff (1977), validada para nossa cultura na população idosa por

Bastistoni, Neri e Cupertino (2007), ambos os instrumentos apresentaram boa confiabilidade e validade, durante o processo de construção, de tradução, de adaptação e de validação. A utilização dos instrumentos de avaliação e o rastreamento dos sintomas depressivos podem auxiliar na detecção e tratamento precoce da doença e seus agravos.

No presente estudo, optou-se pela utilização da CES-D, uma vez que a mesma além de considerar os sintomas afetivos investiga também a presença de sintomas somáticos que são frequentes nos idosos, em decorrência da maior prevalência de doenças somáticas entre eles (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002), o que foi considerado uma vez que a população de idosos a ser investigada possui um perfil de acometimento por doenças crônicas. Além disso, a CES-D é um instrumento específico para a população idosa e amplamente utilizado na pesquisa gerontológica mundial, sendo validado em diversos países como na Holanda por Beekman et al. (1997), na Alemanha por Dragano et al. (2008), em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2004) e no Japão por Watanabe, Irie e Kobayash (2004).

Um estudo-piloto, realizado no continente asiático, com 108 idosos da comunidade e 33 idosos institucionalizados, com idade média de 67,5 anos ($\pm 6,94$), avaliou a presença de sintomas depressivos por meio da CES-D e da GDS, as características sociodemográficas, os aspectos cognitivos e as relações sociais dos idosos. Os resultados mostraram que os idosos institucionalizados, mais velhos (≥ 70 anos), do sexo feminino, que viviam sem companheiros, com baixa escolaridade e com déficit cognitivo apresentaram maior chance de apresentar sintomas depressivos (QADIR et al., 2014).

Com relação ao tratamento dos transtornos depressivos, em estudo de revisão da literatura (HAIGH et al.; 2017), observou-se que as intervenções psicológicas (terapia cognitiva comportamental, resolução de problemas, aconselhamento e revisão da vida) têm sido eficazes no tratamento para depressão, principalmente na população idosa, no entanto a associação de tratamento clínico com uso de antidepressivos deve ser considerada. Nesse sentido, as evidências indicaram que o tratamento com antidepressivo tem tido melhor resposta em idosos mais jovens, menores de 65 anos, porém na fase aguda a resposta com este tratamento não apresenta diferença entre a faixa etária dos idosos. Ressaltam, ainda, que pela natureza crônica da depressão nos idosos, os tratamentos que visam à terapia cognitiva baseada na atenção plena, como por exemplo, o

“*mindfulness*”, auxiliam na tomada de decisão, melhorando o padrão de resposta sobre os pensamentos negativos, os quais podem torná-los vulneráveis à depressão, bem como suscetíveis às recidivas.

Vale chamar a atenção para o fato de que as situações de vulnerabilidade (físicas, psicológicas, sociais, econômicas, sexual, adoecimento, luto e o abandono familiar) e a presença de sintomas depressivos podem encorajar para tentativa de suicídio e/ou de casos de suicídio com óbito, de tal modo que seja essencial observar mudanças no padrão de comportamento do idoso, para a realização do diagnóstico precoce e o tratamento adequado (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

A esse respeito, Souza, Farias e Passos (2016) ponderam que a assistência de enfermagem à saúde da pessoa idosa com depressão tem sido mais presente nos diferentes níveis de atenção à saúde, com o desenvolvimento da prática de modalidades terapêuticas complementares (musicoterapia, atividades motoras, ioga e acompanhamento terapêutico, entre outras), respeitando o seu contexto e história de vida, com o propósito de manter a autonomia e sociabilidade, com consequências positivas para um comportamento mais ativo e funcional com vistas à preservação da qualidade de vida na velhice.

A proporção e a complexidade da depressão, diante da população idosa que, muitas vezes, é vulnerável pelo processo de envelhecimento humano, pelo convívio com perdas e adoecimento, exigem assistência adequada à saúde física e mental. Diante disso, o enfermeiro, por ter sua atuação direta com o paciente, pautada em ações de promoção à saúde na perspectiva biopsicossocial, assume relevância nos cuidados aos idosos com depressão (SOUZA; FARIAS; PASSOS, 2016). Contudo, estudos ressaltam que os profissionais enfermeiros, ainda, necessitam de capacitação e aprimoramento do conhecimento sobre as condições de saúde do idoso e das especificidades da terapêutica e prevenção de sintomas depressivos, a fim de melhorar o bem-estar e a QV do mesmo (ALMEIDA et al., 2015; PARREIRA; BASSITT, 2014).

1.6 Justificativa

Diante do exposto e considerando:

- a complexidade dos aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento humano que se torna mais evidente com o aumento do número de idosos na população brasileira;
- a prevalência de DCNTs nesta parcela populacional e sua influência no processo de envelhecimento, tais como incapacidades, limitações entre outros;
- a sobrecarga física, a psicológica e a social, experimentadas na velhice, que podem representar para os idosos uma situação de adversidade, exigindo deles comportamentos positivos de adaptação;
- a resiliência considerada como fator fundamental a ser desenvolvido, ao longo da vida;
- as atitudes resilientes têm sido alvo de interesse das pesquisas que buscam compreender a sua relação com a QV na velhice;
- a proporção e a complexidade da depressão em idosos, pelo convívio com perdas e adoecimento, exigem assistência adequada;
- a necessidade de que os profissionais enfermeiros necessitam de capacitação e aprimoramento do conhecimento sobre as condições de saúde do idoso e das especificidades do envelhecimento humano.

Dessa forma, questiona-se: como se caracterizam os idosos com doenças crônicas, atendidos em um ambulatório de geriatria, segundo as características sociodemográficas e condições de saúde, o grau de resiliência, os aspectos da QV e a presença de sintomas depressivos? Qual a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, QV e os sintomas depressivos desses idosos?

Acredita-se que os resultados deste estudo possam auxiliar a equipe multidisciplinar de saúde, no planejamento de ações com enfoque nos mecanismos comportamentais de enfrentamento, adaptação e superação, com o propósito de estimular e fortalecer o desenvolvimento de atitudes positivas, ao longo do processo de envelhecimento, com possibilidades de favorecer a promoção da saúde e da QV na velhice, considerando os aspectos biopsicossociais que envolvem esta fase da vida

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, a QV e os sintomas depressivos dos idosos, atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde;
- Avaliar os escores da QV dos idosos;
- Identificar a presença e a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos;
- Avaliar o grau de resiliência entre os idosos;
- Analisar a relação entre os escores da resiliência, as variáveis sociodemográficas, a QV e os sintomas depressivos.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

O estudo foi conduzido utilizando o método quantitativo de pesquisa. Trata-se de um estudo de corte transversal, do tipo analítico.

O delineamento da pesquisa quantitativa apresenta estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações numéricas precisas e interpretáveis, sob condições controladas, sendo especialmente projetada para gerar medidas acuradas e confiáveis que permitam uma análise estatística (POLIT; BECK, 2014).

No delineamento transversal, todas as medidas são feitas em um único momento no tempo, sem período de seguimento, no qual a população é definida previamente, com objetivo de fornecer evidências empíricas capazes de gerar hipóteses de associação, além de estimar a prevalência de doenças ou agravos à saúde em subgrupos populacionais com características específicas, dentro da mesma população investigada (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Os desenhos correlacionais envolvem a investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, sendo úteis para examinar e analisar a direção, o grau, a magnitude e a força entre elas (BURNS; GROVE, 2005).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista. O hospital destina-se ao atendimento dos usuários do SUS, oferecendo tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, englobando cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas diversas especialidades médicas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2015).

O espaço físico destinado ao Ambulatório de Geriatria está localizado no 2º andar. São atendidos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com diagnósticos médicos de DCNTs, procedentes dos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII, bem como outras regiões do

Estado de São Paulo e do país. As atividades no ambulatório acontecem semanalmente, às terças-feiras, no período das 12h30 às 18h00 e de acordo com informações do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital são atendidos, em média, 130 pacientes por mês. Após a primeira consulta, os atendimentos são agendados, geralmente a cada três meses ou, se necessário, em um período menor de tempo.

Os atendimentos são realizados por médicos residentes da Geriatria e da Clínica Médica sob supervisão de geriatras contratados e docentes da área que, em conjunto, discutem os casos e definem as condutas necessárias. A equipe de enfermagem, na pré-consulta, realiza a triagem (determina a prioridade de atendimento), aferição de sinais vitais e medidas antropométricas e, após a consulta, são realizadas orientações sobre os encaminhamentos de exames e dos próximos retornos, entres outros.

Estudos realizados previamente revelaram que o perfil dos idosos, atendidos neste ambulatório, era predominantemente do sexo feminino, na faixa etária entre 80 e 89 anos, viúvos, com escolaridade entre um e quatro anos de estudo, aposentados, com renda mensal inferior a três salários-mínimos, possuíam em média quatro doenças diagnosticadas, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, independentes para as atividades básicas de vida diária e parcialmente dependentes para atividades instrumentais da vida diária (DORETO, 2015; MINTO, 2013).

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos idosos atendidos no referido ambulatório, no período de maio a outubro de 2017, independente do diagnóstico médico e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e descritos a seguir:

a) Critérios de inclusão: apresentar idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, estar em atendimento no Ambulatório de Geriatria, no momento da coleta de dados ser capaz de se comunicar verbalmente e ter condições para compreender e responder às questões contidas no instrumento (avaliada por meio da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental - MEEM).

MEEM é um instrumento elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) nos Estados Unidos e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994), tem sido amplamente utilizado como instrumento clínico e de pesquisa por possibilitar a detecção de perdas cognitivas, avaliação da evolução de doenças e de resposta ao tratamento. É composto por duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos, e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Os valores mais altos do escore indicam melhor desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e ao registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem – afasia, apraxia e habilidade construcional. Nos trabalhos de Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000) e Brucki et al. (2003), é descrita a influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, sendo indicado que se adotem notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Para este estudo, optou-se por empregar a nota de corte de acordo com os níveis de escolaridade descritos por Bertolucci et al. (1994), ou seja, 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa (1 a 4 anos incompletos) e média (4 a 8 anos incompletos) escolaridades e 26 pontos para alta escolaridade (8 anos ou mais), uma vez que, conforme citado acima, os idosos atendidos nesse ambulatório possuem um perfil de baixa escolaridade. Ressalta-se que, na primeira consulta (caso novo), todos os idosos são submetidos à avaliação pelo MEEM, realizada pelo médico responsável pelo atendimento, porém como não há uma periodicidade nesta avaliação, para inclusão/exclusão nesta pesquisa todos os idosos foram reavaliados.

b) Critério de exclusão: ser residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos, justificado pelo fato de que estudos têm mostrado que idosos institucionalizados apresentam pior percepção da QV e menor disposição para características e comportamentos resilientes (CALLEGARI et al., 2016; QUINTÃO et al., 2013).

Para a seleção da amostra, foi utilizada a amostragem por conveniência, que é um tipo de amostragem não probabilística, na qual a probabilidade de um indivíduo ser incluído não é conhecida (PAGANO; GAUVREAU, 2006). Foi fixado um período de seis meses (maio a outubro de 2017), para a coleta dos dados. Os idosos foram recrutados conforme a ordem do atendimento médico no dia da sua

consulta no Ambulatório de Geriatria, ou seja, sempre às terças-feiras, das 12h30 às 18h00, totalizando 24 dias de coleta.

No período supracitado, foram atendidos 614 idosos, sendo abordados para participar do estudo 210 deles. Destes, 48 se recusaram a participar e 14 foram excluídos (10 não alcançaram o escore mínimo no MEEM, de acordo com sua escolaridade; dois apresentavam déficit auditivo; um por afasia mista e um por ser institucionalizado). Dessa forma, a amostra deste estudo foi constituída por 148 participantes.

3.4 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A), a coleta de dados foi realizada no período acima mencionado, no referido ambulatório, por meio de entrevista semiestruturada com os idosos, dirigida pela própria pesquisadora e por uma assistente de pesquisa, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo (EERP/USP), devidamente treinada para aplicação do instrumento proposto. As entrevistas foram realizadas, no local de espera para as consultas. Para tanto, foi utilizado um instrumento composto por:

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Condições de Saúde: baseado nas seções A – informações pessoais, B – perfil socioeconômico e C – problemas de saúde do instrumento elaborado em 2006, pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, utilizado nos estudos de Fhon (2016), Rezende (2016), Gasparini (2015) e Rossett-Cruz (2009). Neste estudo, foram realizadas algumas adaptações, para atender aos objetivos propostos. Tais adaptações limitaram-se à não consideração de algumas questões referentes a variáveis de não interesse para a presente pesquisa. Ressalta-se que nenhuma modificação foi realizada no enunciado e na opção de respostas das questões. Assim, a versão final utilizada neste estudo ficou assim constituída, seguindo seu sistema de medidas, descritas a seguir.

- Seção A - Informações pessoais

Identificação: número do prontuário no hospital e número do questionário;

Idade: dia, mês e ano de nascimento e em anos completos, posteriormente agrupada em quatro intervalos, 60 a 69 anos, 70 a 79, 80 a 89 e 90 anos ou mais;

Sexo: masculino ou feminino;

Número de pessoas que moram na casa com o idoso: em números e não sabe/não respondeu;

Estado civil: solteiro(a), casado(a)/vive com companheiro(a), viúvo(a) e divorciado(a)/desquitado/separado(a) e não sabe/não respondeu;

Com quem mora/arranjos familiares: sozinho; somente com o cônjuge; cônjuge e filho(s); cônjuge, filhos, genro ou nora; somente com o(s) filho(s); arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos); arranjos intrageracionais (somente com outros idosos); somente com netos; não familiares; outros e não sabe/não respondeu; posteriormente agrupados em sozinho; somente com o cônjuge; com o cônjuge e filho(s); cônjuge, filhos, genro ou nora; somente com os filhos, arranjos trigeracionais; somente com os netos e outros;

Religião: nenhuma, católica, protestante ou evangélica, espírita, judaica e outra e não sabe/não respondeu.

- Seção B - Perfil socioeconômico

Escolaridade: em anos de estudo, sabe ler e escrever e não sabe, não respondeu e, posteriormente, agrupada em quatro intervalos, analfabeto, 1 a 4 anos, 5 a 8 e 9 ou mais;

Renda mensal própria: em reais;

Fonte de renda: aposentadoria, pensão, aluguel, trabalho próprio, doações, outros e não sabe/não respondeu.

- Seção C - Problemas de saúde

Diagnósticos médicos: foram coletados os diagnósticos registrados nos prontuários médicos dos idosos participantes do estudo e, posteriormente, foram agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (CID-10) (OMS, 2007) da seguinte forma, A00-B99 algumas doenças infecciosas e parasitárias, C00-D48 neoplasias (tumores), D50-D89 doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários,

E00-E90 doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, F00-F99 transtornos mentais e comportamentais, G00-G99 doenças do sistema nervoso, H00-H59 doenças do olho e anexos, H60-H96 doenças do ouvido e da apófise mastoide, I00-I99 doenças do aparelho circulatório, J00-J99 doenças do aparelho respiratório, K00-K93 doenças do aparelho digestivo, L00-L99 doenças da pele e do tecido subcutâneo, M00-M99 doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, N00-N99 doenças do aparelho geniturinário, R00-R99 sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, S00-T98 lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e M8370/0 categoria não agrupada [Adenoma córtex da suprarrenal SOE].

2. World Health Organization Quality of Life Bref - WHOQOL-BREF: o projeto WHOQOL foi desenvolvido no início da década de 1990 pelo Grupo de QV da Divisão de Saúde Mental da OMS, com o objetivo de avaliar a percepção do indivíduo, no contexto cultural, sistemas de valores, objetivos pessoais, padrões e preocupações (FLECK, 2000). O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100, ambos são reconhecidos mundialmente e classificados como instrumentos genéricos de avaliação subjetiva de QV (FLECK et al., 1999). No Brasil, o WHOQOL-BREF tem sido amplamente utilizado a partir do trabalho de tradução e validação desenvolvido por Fleck (2000). O instrumento possui 26 questões, duas questões avaliam a QV global (geral) e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. As questões são agrupadas em quatro domínios que avaliam os aspectos específicos da vida pessoal, são eles: a) Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); b) Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais); c) Relações sociais (relações pessoais, suporte social e atividade sexual); d) Meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A escala de resposta é do tipo Likert, com escores de 1 a 5 para cada

questão que são transformados em uma escala linear que varia de 0 a 100, na qual zero corresponde à pior QV e 100, à melhor. A validação da versão brasileira mostrou consistência interna adequada pelo *alpha* de Cronbach de 0,77 nos domínios e 0,91 para as questões, validade discriminante e confiabilidade satisfatória, por meio do teste-reteste (coeficientes de correlação variaram de 0,69 a 0,81). Na validade de critério, seguindo o modelo de regressão linear múltipla, três domínios foram explicados com 44,0% de variância, com exceção do domínio das relações sociais. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros, em 18 países diferentes (FLECK et al., 2000).

3. World Health Organization Quality of Life Old - WHOQOL-OLD: trata-se de um módulo específico de avaliação da QV das pessoas idosas, que obrigatoriamente deve ser aplicado em conjunto com o WHOQOL-BREF ou WHOQOL-100 (OMS, 2006; POWER et al., 2005). Apresenta 24 questões, com escala de resposta do tipo Likert, sendo distribuídas em seis facetas: a) Funcionamento do sensorio (avaliação do funcionamento sensorial e impacto das perdas sensoriais para o idoso); b) Autonomia (relacionada à independência na velhice e à tomada de decisões); c) Atividades passadas, presentes e futuras (compreendem questões sobre conquistas que o idoso teve ao longo de sua vida e o processo em que está e, a partir daí, o que espera para o futuro); d) Participação Social (participações de atividades diárias, cotidianas na comunidade); e) Morte e Morrer (questões relacionadas ao processo de morrer, para que o idoso pense e questione sobre questões existenciais); f) Intimidade (capacidade do idoso em ter relacionamentos íntimos ou pessoais) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OMS, 2006). Cada uma das seis facetas possui quatro itens, podendo obter valores entre 4 e 20 pontos, em cada faceta. A soma dos escores das facetas resulta no escore geral para a QV em idosos, quanto maior a pontuação melhor QV. Na aplicação do instrumento, é solicitado ao idoso que ele pense em seus valores, esperanças, prazeres, preocupações e na sua vida nas duas últimas semanas, para então responder às questões (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

A versão brasileira do questionário foi validada por Fleck, Chachamovic; Trentini (2006), com consistência interna representada pelo coeficiente de *alpha* de Cronbach que variou de 0,71 no domínio da autonomia e 0,88 para QV geral, confiabilidade adequada, por meio do teste-reteste com valores variando nas facetas

de autonomia 0,58 até 0,82 para QV em geral. Em relação à validade de critério, quatro das seis facetas foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla, sendo explicada 51,1% da variável dependente.

4. Center Epidemiologic Survey – Depression – (CES-D): trata-se de uma escala, originalmente, desenvolvida por Radloff (1977), no *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos, com a finalidade de detectar sintomas depressivos em populações adultas, por meio do autorrelato de sintomas ligados à depressão, investiga a frequência de ocorrência de sintomas depressivos na última semana. A escala surgiu da reunião de outros instrumentos como a *Zung's depression scale* (ZUNG, 1965), o *Beck's Depression Inventory* (BECK et al., 1961), o *Raskin's Inventory* (RASKIN et al., 1967) e o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (DAHLSTRON; WELSH, 1960). No estudo original da estrutura fatorial da CES-D, quatro fatores foram identificados: (a) humor depressivo (incluindo itens sobre tristeza, medo, sentimento de vazio, entre outros); (b) afetos positivos (felicidade, sentir-se bem, aproveitar a vida e esperança); (c) sintomas somáticos (cansaço, esforço e dificuldade de concentração); (d) problemas interpessoais (não sentir-se amado e sentir que as pessoas não têm se mostrado amistosas). Possui 20 itens, para cada questão as respostas são em escala tipo Likert, e as pontuações correspondem a: nunca ou raramente (0); poucas vezes (1); na maioria das vezes (2) e sempre (3). O escore é uma soma simples que varia de 0 a 60. O ponto de corte de 16 ou mais pontos é, geralmente, usado para distinguir as pessoas com maior possibilidade de apresentar depressão (RADLOFF, 1977).

No Brasil, Silveira e Jorge (2000) realizaram a validação semântica e do construto da CES-D em uma população de jovens que apresentou consistência interna, medida pelo *alpha de Cronbach* (0,84), na análise estrutural, dois itens apresentaram baixa correlação com os demais, porém foram mantidos os 20 itens da escala original de Radloff (1977). A análise fatorial resultou em uma solução de quatro fatores correspondendo a uma variância explicada de 53,8%, resultado similar a outros estudos com população geral.

A validade interna, de construto e de critério, desta escala para população idosa, foi realizada por Batistoni, Neri e Cupertino (2007). Nesse estudo, a escala foi aplicada em 903 idosos, com média de idade de 72,4 anos e desvio-padrão 8,3; 71,8% eram mulheres, 50,0%, casados e 65,0%, alfabetizados. Foram mantidos os

20 itens e a escala de resposta do tipo Likert da versão da escala validada por Silveira e Jorge (2000). Para comparar os resultados, dos 903 idosos, 446 responderam, também, à versão brasileira da GDS. Na análise fatorial, pelo método dos componentes principais, foram obtidos quatro fatores que explicaram 47,5% da variabilidade total dos dados, são eles: afeto negativo, dificuldade de iniciar comportamento, afetos positivos e queixas interpessoais, sendo que este último fator não foi interpretado por corresponder apenas a dois itens e com pequena variabilidade dos dados. Assim, os três fatores resultantes da análise fatorial foram submetidos à análise da consistência interna pelo coeficiente *alpha* de Cronbach, apresentando 0,80 para o afeto negativo, 0,68 para a dificuldade de iniciar comportamento e 0,63 para o afeto positivo (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

O instrumento evidenciou índices satisfatórios de consistência interna, medida pelo coeficiente *alpha* de Cronbach (0,86) e validade de critério concorrente, realizada por meio de curva ROC, com sensibilidade 74,6% e especificidade 73,0%, para a nota de corte >11. Segundo as autoras, este escore foi o que melhor discriminou entre casos e não casos, pois mostrou melhor capacidade de equilibrar os resultados da sensibilidade e da especificidade. Assim sendo, este escore foi adotado para este estudo, ou seja, aqueles com pontuação >11 serão considerados com presença de sintomas de depressão (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

5. Escala de Resiliência (ER): desenvolvida por Wagnild e Young (1993), a ER foi adaptada e validada ao contexto brasileiro por Pesce et al. (2005). A versão original foi proposta para identificar o grau de resiliência individual, considerando as características positivas da personalidade que melhoram a adaptação individual, é composta por 25 itens, descritos de forma positiva, que representam dois domínios, competência pessoal e aceitação de si e da vida, com resposta do tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), seus escores variam de 25 a 175 pontos com valores altos, indicando elevada resiliência. Amplamente conhecida, traduzida e validada para outras 35 culturas, entre elas, a italiana (GIRTLE et al., 2010), a espanhola (RUIZ-PARRAGA et al., 2012; HEILEMANN; LEE; KURY, 2003); a portuguesa (FELGUEIRAS; FESTAS; VIEIRA, 2010), entre outras na Europa e Ásia. A versão original de Wagnild e Young (1993) apresentou propriedades psicométricas adequadas, como a consistência medida pelo

coeficiente *alpha* de Cronbach que foi de 0,91, os coeficientes de correlação entre os itens foram de 0,37 a 0,75, com a maioria variando de 0,50 a 0,70, e na análise fatorial exploratória, por rotação oblíqua, foram encontrados cinco domínios, porém somente dois fatores provaram ser explicados, com a variância de 44,0%. Na validade concorrente, apresentou associação positiva com os construtos de satisfação com a vida, moral e saúde física e negativa com a depressão.

No Brasil, a adaptação transcultural, desenvolvida por Pesce et al. (2005), utilizou uma amostra populacional de 997 alunos com idades entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo (RJ). Foram mantidos os 25 itens da escala original, utilizando também resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), resultando em escores que oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência, buscando mantê-los em seus sentidos originais.

Na análise fatorial exploratória da versão brasileira, foram estabelecidos três domínios, resolução de ações e valores (que dão sentido à vida, por exemplo, amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida), independência e determinação, autoconfiança e capacidade de adaptação, devido à opção de manter no estudo fatores que explicassem a variância total em mais de 5,0%, seguindo a estratégia utilizada na versão original da escala. Foi explicado 32,8% da variância no método de rotação oblímim e 39,9% na rotação ortogonal varimax. Foram realizados testes de precisão (confiabilidade) e validade das propriedades psicométricas para amostra total de adolescentes, a consistência interna foi mensurada pelo coeficiente *alpha* de Cronbach que evidenciou resultado satisfatório (0,80), a confiabilidade intraobservadores para as variáveis contínuas foi de 0,74 e o Kappa ponderado para as variáveis ordinais, de discreto a moderado. Para a validade de construto, foram consideradas correlações diretas e significativas, com a supervisão dos pais, escala de autoestima de Rosenberg, satisfação com a vida e apoio social e correlação inversa com a violência psicológica (PESCE et al., 2005).

3.5 Pré-teste

Foi realizado o pré-teste, na primeira quinzena de maio de 2017, pela pesquisadora principal e a auxiliar de pesquisa, por meio de entrevistas, utilizando-se o instrumento de coleta de dados, com sete idosos do Ambulatório de Geriatria,

local do estudo, os quais não fizeram parte da amostra final. O objetivo do pré-teste foi verificar a clareza das perguntas, entendimento e compreensão dos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração das entrevistas e a adequada estruturação do instrumento de coleta de dados, levando em consideração a sequência das perguntas, existência de interferência da sequência nas respostas dadas e o espaço deixado para respostas. Foi possível averiguar também a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados para a população a ser estudada, além de propiciar familiaridade do pesquisador e auxiliar de pesquisa com o instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Vale ressaltar que o pré-teste foi realizado após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após sua realização, não foi constatada a necessidade de alterações no instrumento.

3.6 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas no dia e horário de atendimento do Ambulatório de Geriatria, local do estudo. Para identificar os possíveis participantes do estudo, utilizou-se a listagem de agendamento do referido ambulatório, gerada pelo *software* Sistema Integrado de Informações Hospitalares. De posse da lista do dia, a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa abordavam os idosos, momento em que se identificavam, informavam sobre o estudo e convidavam os mesmos para participar da pesquisa. Em seguida, para os que concordavam foi apresentado e discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) com cada um deles e após os esclarecimentos e, caso estivessem de acordo, era solicitada a assinatura e entregue uma via do termo. Então, iniciavam-se as entrevistas, que foram realizadas em sua maioria antes das consultas médicas. Por dia, eram entrevistados em média seis idosos, e a duração média das entrevistas foi de 46,2 minutos.

Ressalta-se que, na listagem de agendamento, era verificada a existência do nome de idosos que já haviam participado da coleta de dados deste estudo anteriormente, com a finalidade de evitar duplicidade de participação. Após o término de cada entrevista, as entrevistadoras realizavam o levantamento dos diagnósticos médicos registrados no prontuário do idoso investigado.

3.7 Processamento e análise de dados

Os dados resultantes deste estudo foram tabulados em uma planilha de dados no programa computacional Microsoft Office Excel®, versão 2016, contendo um dicionário (codebook) e duas planilhas que foram utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e validação, os dados foram exportados para o *software* SAS®, versão 9.4, para a realização das análises estatísticas.

Realizou-se estatística descritiva com os dados. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas.

A análise da consistência interna de cada instrumento utilizado no estudo foi realizada utilizando o cálculo do coeficiente de *alpha* de Cronbach. O valor assumido pelo *alpha* está entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1 estiver seu valor, maior a fidedignidade das dimensões do construto. Segundo Hair et al. (1998), o valor mínimo para o *alpha* de Cronbach deve ser 0,7 para pesquisa preliminar, 0,8 para pesquisa básica e 0,9 para pesquisa aplicada. É considerado 0,7 o mínimo ideal, mas também pode se aceitar 0,6 para pesquisas exploratórias. Entretanto, não existe consenso quanto a esta regra.

Para atender aos objetivos do estudo, foram utilizados os testes: t-Student, coeficiente de correlação de Pearson, Qui-quadrado e a razão de prevalência.

O t-Student consiste na comparação de duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização deste teste, é necessário testar se as variâncias dos dois grupos são estatisticamente iguais, e se os dados seguem distribuição normal. Para tanto, foi utilizado o procedimento PROC TTEST do Software SAS® 9.4.

O coeficiente de correlação de Pearson é definido como:

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}.$$

Ele quantifica a força de associação linear entre duas variáveis, e, portanto, descreve quão bem uma linha reta se ajustaria através de uma nuvem de pontos. Se os pontos caem exatamente sobre uma linha crescente então $r=1$, e se eles caem exatamente sobre uma linha decrescente $r=-1$. Neste estudo, para interpretação da direção e força do coeficiente de correlação, foram utilizados os critérios estabelecidos por Zou et al. (2003), ou seja, -1,0 (negativa e perfeita); -0,8 (negativa e forte), -0,5 (negativa e moderada); -0,2 (negativa e fraca); 0,0 (ausência de associação); 1,0 (positiva e perfeita); 0,8 (positiva e forte); 0,5 (positiva e moderada) e 0,2 (positiva e fraca).

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao teste Qui-quadrado. Tratando-se de um estudo transversal, para estimar a razão de prevalência, foi utilizado um modelo Log-Binomial. O modelo de regressão log-binomial é um modelo linear generalizado onde a função de ligação é o logaritmo da proporção em estudo, e a distribuição do erro é binomial.

Para os testes em que houve a necessidade de dicotomizar as variáveis sociodemográficas de interesse para a análise, as mesmas foram categorizadas e agrupadas da seguinte forma:

Sexo – “feminino” e “masculino”;

Faixa etária (em anos) – “60-79” e “80 ou mais”, dicotomizada nestes dois intervalos, seguindo a classificação de idosos em “mais jovens” e “muitos idosos”, respectivamente, conforme proposto pelo UNITED NATIONS (2015);

Estado Civil – “sem companheiro(a)” (solteiro, viúvo, divorciado, desquitado, separado) e “com companheiro(a)” (casado, vive com companheiro);

Escolaridade – “sem escolaridade” (analfabetos) e “com escolaridade” (1 a 4, 5 a 8 e 9 ou mais anos de estudo);

Com quem mora – “sozinho” e “com outras pessoas” (somente com o cônjuge; cônjuge e filhos; cônjuge, filhos, genro ou nora; somente com os filhos; arranjos trigeracionais; somente com os netos e outros;

Renda mensal – “menor que um salário-mínimo” e “ maior que um salário-mínimo”. O salário-mínimo vigente no país, no período da coleta de dados, era de R\$ 937,00 (BRASIL, 2016).

O nível de significância adotado neste estudo será de 5%, ou seja, valores de p menores que 0,05, foram considerados significativos.

3.8 Aspectos éticos da pesquisa

Em conformidade com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, obtendo a aprovação, protocolo CAAE nº 66567617.7.0000.5393. Foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, instituição coparticipante, com parecer de aprovação, CAAE nº 66567617.7.3001.5440 (ANEXO B).

O TCLE foi elaborado em linguagem clara e compreensiva, contendo informações essenciais sobre a pesquisa. Desta forma, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e da possibilidade de interromper a sua participação na pesquisa, quando considerassem necessário. Também foram informados de que os resultados da pesquisa seriam destinados à elaboração de um trabalho científico, e que o anonimato e o sigilo das informações seriam garantidos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao coordenador da Divisão de Clínica Médica Geral e Geriátrica do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com a finalidade de obter a concordância para a realização do estudo no Ambulatório de Geriatria, a qual foi concedida (APÊNDICE B).

Foram solicitadas autorizações, via mensagem eletrônica, aos autores das validações da versão brasileira de cada uma das escalas, para utilização nesta pesquisa, as quais foram, gentilmente, fornecidas, MEEM (APÊNDICE C), WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD (APÊNDICE D), CES-D (APÊNDICE E) e Escala de Resiliência (APÊNDICE F).

Os dados obtidos no presente estudo estão apresentados a seguir.

4.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

Participaram deste estudo 148 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

A caracterização dos idosos, segundo faixa etária, sexo, estado civil, religião, escolaridade e com quem mora, está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, religião, escolaridade e com quem mora, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	Média (DP)*	Mediana	Amplitude (mínima - máxima)
Faixa Etária (anos)			77,7 (6,8)	77,5	64 - 92
60-69	18	12,1			
70-79	72	48,7			
80-89	50	33,8			
≥90	8	5,4			
Sexo					
Feminino	119	80,4			
Masculino	29	19,6			
Estado Civil					
Casado(a)/vive com companheiro(a)	53	35,8			
Viúvo(a)	78	52,7			
Divorciado(a)/Desquitado(a)/Separado(a)	9	6,1			
Solteiro	8	5,4			
Religião					
Católica	105	70,9			
Protestante ou Evangélica	21	14,2			
Espírita	11	7,4			
Outras	9	6,1			
Nenhuma	2	1,4			

continua...

Variáveis	n	%	Média (DP)*	Mediana	Amplitude (mínima - máxima)
Escolaridade (anos)			3,9 (3,9)	3,0	0 – 20
Analfabeto	28	18,9			
1 a 4	88	59,5			
5 a 8	14	9,5			
9 ou mais	18	12,1			
Com quem mora (número de pessoas)			2,3 (1,2)	2	0 – 6
Sozinho(a)	30	20,2			
Somente com o cônjuge	37	25,0			
Cônjuge e filhos	8	5,4			
Cônjuge, filhos, genro ou nora	2	1,3			
Somente com os filhos	31	21,0			
Arranjos trigeracionais	18	12,2			
Somente com os netos	6	4,1			
Outros**	16	10,8			
Total	148	100,0			

conclusão.

*DP = desvio-padrão

**Outros (idoso mora com: cônjuge e neto; irmão e sobrinho; somente com irmão; irmão e pais; irmão, cunhada e sobrinho; filhos, genro ou nora)

Observa-se que a média de idade dos idosos foi de 77,7 anos e desvio-padrão 6,8, sendo a faixa etária com maior distribuição a de 70-79 anos, com 72 (48,7%) deles. Houve predomínio, 119 (80,4%), de mulheres entre os participantes. A maioria, 78 (52,7%), era de viúvos(as), seguidos de 53 (35,8%) casados(as) e/ou viviam com companheiro(a). Com relação à religião, 105 (70,9%) referiram ser católicos. A média de anos de estudo foi 3,9 e desvio-padrão 3,9; 88 (59,5%) informaram ter de 1 a 4 anos de estudo e 28 (18,9%) eram analfabetos. Nota-se que com o idoso moravam em média 2,3 e desvio-padrão 1,2 pessoa; 37 (25,0%) moravam somente com o cônjuge, seguidos de 31 (20,9%) que residiam com filhos. Ressalta-se que 30 (20,2%) deles moravam sozinhos.

Os dados relativos à renda dos idosos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis renda mensal e fonte de renda, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	Média (DP)*	Mediana	Amplitude (mínimo - máximo)
Renda Mensal (em reais)			1.436,73 (1.142,27)	930,00	0,00 - 11.160,00
Fonte de renda**					
Aposentadoria	114	77,0			
Pensão	34	22,9			
Aluguel	5	3,3			
Trabalho Próprio	3	2,0			
Doações	0	0			
Outras	8	5,4			

*DP = desvio-padrão

**Categorias não mutuamente exclusivas

A maioria, 114 (77,0%), dos idosos relatou como fonte de renda a aposentadoria, seguida de pensão com 34 (22,9%). Vale ressaltar que os idosos poderiam indicar mais que uma fonte de renda. A média da renda mensal foi de R\$ 1.436,73 e desvio-padrão R\$ 1.142,27. O salário-mínimo vigente no país, no período da coleta de dados era R\$ 937,00 (BRASIL, 2016a).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, foram coletados nos prontuários dos idosos participantes deste estudo, os diagnósticos médicos que, posteriormente, foram agrupados, de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do número de diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos idosos (n= 148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis	n	%
Diagnósticos médicos segundo capítulos da CID 10*		
Cap. IX Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	249	22,7
Cap. IV Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90)	195	17,8
Cap. XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	174	15,9
Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	94	8,6
Cap. V Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)	93	8,5
Cap. XIV Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)	61	5,6
Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)	43	3,9
Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e alguns Transtornos Imunitários (D50-D89)	39	3,6
Cap. VII Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)	39	3,6
Cap. XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	29	2,6
Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	23	2,1
Cap. VIII Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide (H60-H96)	21	1,9
Cap. II Neoplasias [tumores] (C00-D48)	18	1,6
Cap. I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)	7	0,6
Cap. XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	7	0,6
Cap. XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	3	0,3
Categoria não agrupada [Adenoma córtex da suprarrenal SOE] (M8370/0)	1	0,1
Total	1.096	100

*categorias não mutuamente exclusivas

Nota-se, entre os idosos estudados, a prevalência das doenças do aparelho circulatório 249 (22,7%), seguidas das endócrinas, nutricionais e metabólicas 195 (17,8%) e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 174 (15,9%). O número de diagnóstico médico por idoso variou entre 2 e 20, com média de 7,4, desvio-padrão 2,9 e mediana 7,0. Ressalta-se que um mesmo idoso poderia estar presente em uma ou mais categorias.

Entre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a presença da hipertensão arterial sistêmica em 123 (83,1%) dos idosos; entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a dislipidemia em 74 (50,0%) e o Diabetes Mellitus em 57 (38,5%); e nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, prevaleceu a osteoporose para 55 (37,1%) e a osteopenia para 33 (22,3%) dos participantes. Vale mencionar que, na categoria dos transtornos mentais e comportamentais, o diagnóstico de depressão esteve presente em 60 (40,5%) dos idosos.

4.2 Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas depressivos dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

A QV dos idosos participantes deste estudo foi avaliada por meio da aplicação das escalas do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. O WHOQOL-BREF possui 26 itens, distribuídos em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e o escore da QV global é estabelecido pelas duas primeiras perguntas do instrumento que correspondem à percepção de QV e da condição de saúde (FLECK, 2000). A pontuação nesta escala varia de 0 a 100, em que zero corresponde à pior QV e 100, à melhor (FLECK et al., 2000). A análise da consistência interna do instrumento, neste estudo, foi realizada por meio do cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach, apresentando valor de 0,80.

A Tabela 4 mostra a distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes, segundo os domínios do WHOQOL-BREF e o escore de QV global.

Tabela 4 – Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148), atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo os domínios do WHOQOL-BREF e o escore de Qualidade de Vida Global, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variável	Média	DP*	Mediana	Amplitude (mínimo - máximo)
Domínios do WHOQOL-bref				
Domínio Físico	50,7	15,4	50,0	14,2 - 89,2
Domínio Psicológico	53,7	12,3	55,0	15,0 - 80,0
Domínio Relação Social	66,2	14,3	66,6	25,0 - 100,0
Domínio Meio Ambiente	61,1	12,7	62,5	25,0 - 100,0
QV Global	56,7	20,3	62,5	0,0 - 100,0

*DP = desvio-padrão

Observa-se que, para o WHOQOL-BREF, a QV global apresentou média de 56,7 e desvio-padrão 20,3. Com relação aos domínios, “Relação social” apresentou a maior média 66,2 e desvio-padrão, 14,3; o domínio “Físico” obteve a menor média 50,7 e desvio-padrão, 15,4.

Com relação ao WHOQOL-OLD, a escala possui 24 itens distribuídos em seis facetas (funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e, intimidade). Cada uma das seis facetas possui quatro itens, podendo obter valores entre 4 e 20 pontos, em cada uma delas. A soma dos escores das facetas resulta no escore geral que representa a QV global em idosos, quanto maior a pontuação melhor a QV (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OMS, 2006). O coeficiente *alpha* de Cronbach calculado foi de 0,74.

A Tabela 5 mostra a distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes, segundo as facetas do WHOQOL-OLD e o escore de QV global.

Tabela 5 – Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as facetas do WHOQOL-OLD e o escore de Qualidade de Vida Global, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variável	Média	DP*	Mediana	Amplitude (mínimo - máximo)
Facetas do WHOQOL-old				
Funcionamento do Sensório	56,4	22,8	56,2	6,2 - 100,0
Autonomia	59,8	17,8	62,5	18,7 - 100,0
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	66,2	15,1	68,7	25,0 - 100,0
Participação Social	58,9	18,0	62,5	18,7 - 100,0
Morte e Morrer	70,9	24,5	81,2	0,0 - 100,0
Intimidade	68,7	17,4	75,0	0,0 - 100,0
QV Global	63,5	12,7	64,5	29,1 - 95,8

*DP = desvio-padrão

No WHOQOL-OLD, a faceta “Morte e Morrer” apresentou maior média 70,9 e desvio-padrão, 24,5 e a faceta “Funcionamento do Sensório”, a menor média, 56,4 e desvio-padrão, 22,8. A média da QV global foi de 63,5 e desvio-padrão, 12,7.

A presença de sintomas depressivos na amostra estudada foi verificada por meio da aplicação da escala CES-D. Possui 20 itens, e o escore é uma soma simples que varia de 0 a 60 pontos (RADLOFF, 1977). O ponto de corte adotado neste estudo foi o proposto por Batistoni, Neri e Cupertino (2007), ou seja, >11 pontos, que identifica os casos. O coeficiente de *alpha* de Cronbach foi de 0,85.

Vale ressaltar que a CES-D é uma escala que possibilita investigar a frequência da ocorrência de sintomas depressivos na última semana, considerando sintomas afetivos e somáticos que são comuns entre os idosos, porém para diagnóstico médico de depressão devem ser analisados os critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais.

A distribuição dos idosos, segundo a presença e ausência de sintomas depressivos, avaliada por meio da CES-D, está descrita na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis presença e ausência de sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variável	N	%	Média (DP)*	Mediana	Amplitude (mínimo - máximo)
CES-D			16,5 (10,7)	16,0	0 – 45
Presença de Sintomas Depressivos	95	64,2			
Ausência de Sintomas Depressivos	53	35,8			
Total	148	100,0			

*DP = desvio-padrão

A pontuação média apresentada na CES-D foi de 16,5 e desvio-padrão, 10,7 pontos. Conforme mostra a tabela acima, 95 (64,2%) dos idosos deste estudo apresentaram sintomas depressivos.

Na Tabela 7, está descrita a prevalência dos sintomas depressivos de acordo com sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, com quem mora e renda mensal. As variáveis foram dicotomizadas para a realização do teste Qui-quadrado e a razão de prevalência.

Tabela 7 – Prevalência dos sintomas de depressão em idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria (n=148), segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis Sociodemográficas	Sintomas Depressivos		Total n (%)	RP (IC 95%)	p-valor*
	Sim n (%)	Não n (%)			
Sexo					
Feminino	84 (56,8)	35 (23,6)	119 (80,4)	1,861 (1,152 ; 3,007)	0,001*
Masculino	11 (7,4)	18 (12,2)	29 (19,6)		
Faixa Etária (anos)					
60-79	59 (39,9)	31 (20,9)	90 (60,8)	1,056 (0,822 ; 1,357)	0,665
80 ou mais	36 (24,3)	22 (14,9)	58 (39,2)		
Estado Civil					
Sem companheiro	63 (42,6)	32 (21,6)	95 (64,2)	1,098 (0,846 ; 1,426)	0,470
Com companheiro	32 (21,6)	21 (14,2)	53 (35,8)		
Escolaridade					
Sem escolaridade	15 (10,1)	13 (8,8)	28 (18,9)	1,393 (0,869 ; 2,232)	0,193
Com escolaridade	80 (54,1)	40 (27,0)	120 (81,1)		
Com quem mora					
Sozinho	22 (14,9)	8 (5,4)	30 (20,3)	1,185 (0,918 ; 1,534)	0,242
Outras pessoas	73 (49,3)	45 (30,4)	118 (79,7)		
Renda					
< 1 Salário-Mínimo	59 (39,9)	20 (13,5)	79 (53,4)	1,431 (1,104 ; 1,856)	0,004*
> 1 Salário-Mínimo	36 (24,3)	33 (22,3)	69 (46,6)		

*p-valor referente ao teste Qui-quadrado, valor significativo p<0,05

Foi possível observar que houve maior prevalência dos sintomas depressivos entre as mulheres (56,8%), os idosos com idade entre 60 e 79 anos (39,9%) que não tinham companheiro (42,6%), que eram escolarizados (54,1%), que residiam com outras pessoas (49,3%) e os que tinham renda inferior a um salário-mínimo (39,9%), sendo a diferença estatisticamente significativa para as variáveis sexo ($p=0,001$) e renda ($p=0,004$).

4.3 Avaliação da resiliência dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

Neste estudo a resiliência dos idosos foi avaliada pela ER que se propõe a identificar o grau de resiliência pessoal, considerando as características positivas da personalidade que melhoram a adaptação individual (WAGNILD; YOUNG, 1993). Composta por 25 itens, distribuídos em três domínios (resolução de ações e valores, independência e determinação e autoconfiança e capacidade de adaptação), os escores da escala variam entre 25 e 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (PESCE et al., 2005). O cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach da ER, neste estudo, foi de 0,85.

Na Tabela 8, estão descritos os valores de médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes (observada e possível) referentes ao escore geral e de cada um dos domínios da ER. Ressalta-se que a média da pontuação dos domínios desta escala não pode ser comparada entre si, uma vez que possuem métricas distintas.

Tabela 8 – Distribuição das médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis escore geral e domínios da Escala de Resiliência, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variável	Média (DP)*	Mediana	Amplitude Observada (mínimo - máximo)	Amplitude Possível (mínimo - máximo)
Escore Geral da Escala de Resiliência	130,6 (18,0)	129,0	85 - 175	25 - 175
Domínios da Escala de Resiliência				
Resolução de Ações e Valores (14 itens)	76,1 (10,7)	76,0	41 - 98	14 - 98
Independência e Determinação (6 itens)	21,1 (6,3)	26,0	12 - 42	6 - 42
Autoconfiança e Capacidade de Adaptação (5 itens)	27,3 (4,1)	27,0	16 - 35	5 - 35

*DP = desvio-padrão

A média no escore geral da ER foi de 130,6 pontos e desvio-padrão, 18,0. Nota-se que a variação observada e a variação possível, nos valores do escore geral e de cada domínio da ER, foram mais acentuadas em relação aos valores mínimos de cada um deles, permanecendo acima dos mesmos. Destaca-se, também, que os valores da média e mediana estão mais próximos dos valores máximos da amplitude possível, tanto no escore geral como nos três domínios.

A análise do coeficiente de correlação de Pearson (r), entre o escore geral da ER e as características sociodemográficas e de saúde (idade, escolaridade, renda e número de diagnósticos), os escores globais do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a pontuação na CES-D estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Coeficiente de correlação entre o escore geral da Escala de Resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, os escores globais do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a pontuação da CES-D, dos idosos ($n=148$) atendidos no Ambulatório de Geriatria, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis	Escala de Resiliência (Escore Geral)	
	r	p-valor*
Idade	- 0,022	0,790
Escolaridade (anos)	0,208	0,010*
Renda	0,194	0,017*
Número de Diagnósticos	0,077	0,349
WHOQOL-BREF	0,242	0,003*
WHOQOL-OLD	0,522	<0,001*
CES-D	- 0,270	0,001*

*valor significativo $p<0,05$

Observa-se correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e a escolaridade ($r=0,208$; $p=0,010$), a renda ($r=0,194$; $p=0,017$) e o WHOQOL-BREF ($r=0,242$; $p=0,003$). A correlação entre o escore geral da ER e o escore geral do WHOQOL-OLD foi positiva, moderada e estatisticamente significativa ($r=0,522$; $p<0,001$). Já a correlação entre o escore geral da ER e a pontuação na CES-D foi negativa, fraca e estatisticamente significativa ($r=-0,270$;

p=0,001).

A comparação, entre as médias dos escores gerais da ER, do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD para as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de sintomas depressivos relativos aos idosos estudados, está descrita na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das médias e desvios-padrão dos escores dos idosos (n=148) atendidos no Ambulatório de Geriatria, segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, com quem mora, renda e sintomas depressivos, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017

Variáveis	Escala de Resiliência		WHOQOL-BREF		WHOQOL-OLD		
	N	Média (DP**)	p-valor*	Média (DP**)	p-valor*	Média (DP**)	p-valor*
Sexo							
Feminino	119	130,3 (18,9)	0,720	55,2 (21,1)	0,034*	63,3 (12,7)	0,675
Masculino	29	131,6 (14,4)		62,9 (15,8)		64,4 (13,1)	
Faixa Etária (anos)							
60 a 79 anos	90	130,1 (18,9)	0,685	55,5 (20,2)	0,373	62,7 (12,8)	0,307
80 ou mais	58	131,3 (16,8)		58,6 (20,5)		64,8 (12,5)	
Estado Civil							
Sem companheiro	95	132,4 (17,9)	0,092	58,5 (19,0)	0,172	64,5 (12,7)	0,200
Com companheiro	53	127,2 (18,0)		53,5 (22,3)		61,7 (12,6)	
Escolaridade							
Com escolaridade	120	130,8 (18,4)	0,720	56,3 (19,7)	0,658	63,5 (13,1)	0,991
Sem escolaridade	28	129,5 (16,5)		58,4 (23,3)		63,5 (11,0)	
Com quem mora							
Sozinho	30	138,3 (17,7)	0,010*	62,9 (18,7)	0,054	67,8 (12,1)	0,037*
Outras pessoas	118	128,6 (17,7)		55,1 (20,5)		62,4 (12,7)	

continua...

Variáveis		Escala de Resiliência		WHOQOL-BREF		WHOQOL-OLD	
	N	Média (DP**)	p-valor*	Média (DP**)	p-valor*	Média (DP**)	p-valor*
Renda							
< 1 Salário-Mínimo	79	127,5 (18,4)	0,029*	53,0 (21,1)	0,015*	60,5 (12,2)	0,002*
> 1 Salário-Mínimo	69	134,0 (17,1)		61,0 (18,7)		67,0 (12,5)	
Sintomas Depressivos							
Sim	95	128,2 (18,2)	0,035*	49,3 (19,8)	<0,001*	59,4 (11,4)	<0,001*
Não	53	134,7 (17,2)		70,0 (13,5)		71,0 (11,6)	

conclusão.

*p-valor referente ao teste *t-Student*, valor significativo $p < 0,05$

**DP=desvio-padrão.

A Tabela 10 mostra que:

- ✓ quanto à resiliência, observam-se maiores médias para os idosos sem companheiros (132,4; $p=0,924$), que moravam sozinhos (138,3; $p=0,010$), com renda maior que um salário-mínimo (134,0; $p=0,029$) e sem sintomas depressivos (134,7; $p=0,035$);
- ✓ no que se refere ao WHOQOL-BREF, verificam-se maiores médias entre os idosos do sexo masculino (62,9; $p=0,034$), que não tinham companheiro(a) (58,5; $p=0,172$), que moravam sozinhos (62,9; $p=0,054$), com renda maior que um salário-mínimo (61,0; $p=0,015$) e sem sintomas depressivos (70,0; $p<0,001$);
- ✓ com relação ao WHOQOL-OLD, notam-se maiores médias para os idosos que moravam sozinhos (67,8; $p=0,037$), com renda maior que um salário-mínimo (67,0; $p=0,002$) e os sem sintomas depressivos (71,0; $p=<0,001$).

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica e de saúde, bem como a avaliação da QV, dos sintomas depressivos e da resiliência, além da análise da relação entre a resiliência e variáveis de interesse.

5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

Participaram deste estudo 148 idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, de um Hospital Geral Terciário. A média de idade dos idosos foi de 77,7 anos, sendo que a maior parte (48,7%) encontrava-se no intervalo entre 70 e 79 anos. Dados similares aos encontrados em outros estudos com idosos brasileiros, em atendimento ambulatorial (FREITAS et al., 2016; SANTOS; SANTOS, 2015; PAULA et al., 2013; SPOSITO et al., 2013).

Um estudo comparativo, realizado em um município do interior paulista, avaliou idosos atendidos em diferentes serviços de atenção ao idoso (instituição de longa permanência, hospital e ambulatório) e encontrou maior média de idade de 75,1 anos (DP=9,2) para os idosos atendidos no serviço ambulatorial (MELO et al., 2017). No entanto, estudos também realizados com idosos, atendidos em ambulatórios de hospitais de ensino, revelaram média de idade menor de 69,7 anos (DP=7,0) (AMORIM; BURGOS; CABRAL, 2017) e 67,1 (DP=7,2) (ESTEVES et al., 2017).

Ainda em relação à faixa etária dos idosos, foram destaque, nesta pesquisa, os idosos com 80 anos ou mais que representaram 39,2% do total de participantes. Tal fato segue a realidade das características do envelhecimento populacional brasileiro, em que a parcela dos “muitos idosos” (≥ 80 anos) apresenta um crescimento expressivo, viabilizado principalmente pelo aumento da expectativa de vida (IBGE, 2015). Dados da Fundação SEADE mostram que, no ano 2018, no Estado de São Paulo, os idosos representam 14,4% do total da sua população, sendo que, destes, 24,2% compõem a faixa etária de 75 anos ou mais e, para 2050, a projeção é de que alcancem o percentual de 33,6%. No mesmo ano, na cidade de Ribeirão Preto-SP, os idosos representam 15,3% da população total e dentre eles os com 75 anos ou mais atingem 25,3% e, para 2050, as projeções indicam que esse

grupo seguirá a tendência da população do seu Estado, alcançando 31,8% (SEADE, 2018).

Estudos nacionais têm mostrando essa realidade, como no estudo de Nogueira et al. (2017), realizado com idosos da cidade de Santos-SP, em que a média de idade foi de 80,2 anos (DP=7,1), e no estudo de Carnaúba et al. (2017) com 859 usuários da rede de saúde pública e privada da cidade de Maceió-AL, no qual a média de idade foi de 72,6 anos (DP=18,2), com maior prevalência na faixa etária de 79 anos ou mais, com 44,0% dos idosos.

No cenário internacional, a presença dos idosos octogenários, nonagenários e centenários também é descrita na literatura (CHO; MARTIN; POON, 2015; LE et al., 2014). Em uma avaliação realizada com idosos americanos do sexo masculino, atendidos em uma clínica geriátrica, a média de idade apresentada foi 83,7 anos (DP=6,1), com a maioria, 58,6%, dos participantes, na faixa etária entre 80 e 89 anos e 16,7% com 90 anos ou mais (KIM et al., 2014). Na Nova Zelândia, Crowe et al. (2017) avaliaram uma coorte com 44.044 idosos da comunidade com média de idade de 82,4 anos (DP=7,4), sendo que 40,4% dos participantes tinham entre 75 e 84 anos e 39,5%, entre 85 e 94. Um estudo italiano com 2.144 idosos, que apresentaram episódio de queda nos últimos anos, encontrou média de idade de 80,6 anos (DP=8,1), sendo a faixa etária com maior participação a de 75-84 anos (39,9%), seguida da igual ou superior a 85 anos (33,8%) (TREVISAN et al., 2017).

A maior longevidade pode se refletir em diferentes padrões comportamentais, socioculturais, espirituais, de crenças e de saúde. Um estudo teórico, que aborda uma ampla discussão da resiliência na idade avançada (85 anos ou mais), apontou que os idosos têm um contexto frequentemente vulnerável, com grande variabilidade de condições físicas e mentais. Por outro lado, os anos de vida a mais acompanhados de ganhos potenciais, maior sabedoria, experiência, oportunidades, um sistema de apoio familiar e social mais amplo, entre outros, podem contribuir para o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento e adaptação frente aos desafios e adversidades (HAYMAN; KERSE; CONSEDINE, 2017).

Em relação ao sexo, nesta pesquisa, a maioria (80,4%) era de mulheres, fato que corrobora a realidade mundial da feminização da velhice. Em 2015, as mulheres representavam 54,0% da população mundial com 60 anos ou mais e 61,0% das pessoas com 80 anos ou mais e, para 2050, as projeções da ONU

apontam que o grupo das mulheres com 60 anos ou mais representará 53,0%, e o das com 80 anos ou mais, 58,0% (UNITED NATIONS, 2015). No Brasil, segundo os dados censitários de 2010, relativos a sexo e à idade, as mulheres representavam 11,0% e os homens, 9,8% do total da população de idosos (IBGE, 2014a). Para 2030, projeções mostram que as mulheres alcançarão 23,0 milhões e os homens 18,5 milhões, e para 2060, haverá 40,0 milhões de mulheres e 32,9 milhões de homens, ambos com 60 anos ou mais (IBGE, 2013).

O predomínio de mulheres na população de idosos, frequentemente, é associado à maior expectativa de vida, principalmente nos centros urbanos, ao menor consumo de álcool e drogas ilícitas, à menor mortalidade por causas externas, além do maior cuidado com a saúde. Por outro lado, a longevidade feminina traz como consequência maior tempo convivendo com: sobrecarga de papéis sociais, adoecimento e limitações, viuvez, restrição econômica e situações de vulnerabilidade (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Quanto ao estado civil, a maioria (52,7%) dos idosos estudados era de viúvos, seguidos de 35,8% casados(a)/vivem com companheiros(a). Resultado que difere dos estudos de Freitas et al. (2016); Santos e Santos (2015) em que houve predomínio de casados/vivem com companheiro e se assemelham aos de Domingues e Neri (2009); Almeida-Brasil et al. (2007).

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, a viuvez torna-se uma consequência esperada entre os idosos, principalmente entre as mulheres. Fato este que, de acordo com Clares et al. (2011), pode ser explicado pela influência de aspectos culturais transmitidos entre as gerações, em que, após ficarem viúvos, os homens, casam-se novamente, de preferência com mulheres mais jovens, enquanto as mulheres continuam viúvas. O estado marital, bem como o processo de enlutamento, são características fundamentais a serem investigadas e consideradas na assistência a esta parcela da população, apesar das ressalvas em considerar a presença do companheiro(a) ora como fator de proteção, ora como fator prejudicial (GOMES et al., 2013).

Com relação à religião, 70,9% dos idosos deste estudo afirmaram ser católicos. Um estudo realizado com 82 idosos da comunidade, na região Nordeste, evidenciou também o predomínio (60,2%) de católicos entre eles, sendo que 37,8% referiram frequentar encontros religiosos mais de uma vez por semana e 43,9% se dedicavam a atividades religiosas individuais mais que uma vez ao dia (SANTOS;

ABDALA, 2014). Os católicos brasileiros estão concentrados na faixa etária acima de 40 anos, decorrente das gerações formadas durante os anos de grande influência da religião (IBGE, 2010).

Ainda em relação aos aspectos religiosos, diante das necessidades advindas do processo de finitude e adoecimento, recorrentes durante a velhice, a busca pelo conforto espiritual nas práticas religiosas torna-se comum, e as mesmas práticas são associadas a melhor apoio social, bem-estar psicológico e qualidade de vida (CHAVES et al., 2014).

Os idosos desta pesquisa tiveram em média 3,9 anos de estudo, sendo que 59,5% estudaram entre 1 e 4 anos, e 18,9% eram analfabetos. Segundo dados do IBGE (2017), a taxa de analfabetismo na população geral alcançou 7,2%, com significativa diferença entre as regiões do país, sendo a maior taxa apresentada pela região Nordeste (14,8%) e a menor pela Sul (3,6%). Já entre os idosos, esta taxa quase triplica (20,4%), tornando-se ligeiramente menor para os homens (19,7%), quando comparada com as mulheres (21,0%).

Um estudo descritivo, realizado no Estado do Rio Grande do Sul, com 424 idosos, que buscou identificar o perfil sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda) e hábitos de vida (etilismo, tabagismo e atividade física) dos mesmos, mostrou que 60,1% deles tiveram menos de cinco anos de escolaridade, e, destes, 68,7% eram homens e 56,2%, mulheres, sendo que os que tinham mais idade eram menos escolarizados (LUZ et al., 2014). Em outro estudo, com idosos em atendimento ambulatorial, com média de idade de 70,4 anos (DP=7,8); 67,4% eram mulheres, 50,3% tinham entre 1 e 4 anos de escolaridade e 17,7% eram analfabetos (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Em relação aos arranjos domiciliares, neste estudo, observou-se que a maior parte 25,0% dos idosos morava com os cônjuges, seguida de 21,0% que moravam somente com os filho(s) e 20,2% que moravam sozinhos. Seguindo esta tendência, dados do IBGE (2016) revelam que a maior parte (35,8%) das pessoas com 60 anos ou mais tem vivido somente com os cônjuges, seguida de 25,3% que moram com cônjuge e filhos e 15,7% que vivem sozinhos. Camarano e Fernandes (2014) apontam as mudanças da constituição familiar, ao longo do século XX, em que países desenvolvidos e em desenvolvimento têm experienciado o aumento das taxas de divórcios, da expectativa de vida, da homossexualidade, da união estável, além da diminuição da fecundidade e dos casais sem filhos.

Na pesquisa realizada, em 2011, por Rabelo e Neri (2015), com 134 idosos em atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, no Estado da Bahia, encontrou-se que 41,0% deles moravam com descendentes, 23,9% moravam com cônjuge e descendentes e 17,9% moravam sozinhos; 72,4% dos idosos afirmaram chefiar sua família e 49,3% informaram contribuir totalmente para o sustento da casa. Na Índia, em um estudo com uma amostra representativa de idosos de 33 estados, 30,0% viviam com cônjuge, filhos e netos e 2,0% viviam sozinhos (SAMANTA; CHEN; VANNEMAN, 2014). Os diferentes arranjos domiciliares, geralmente, são organizados em razão principalmente da dinâmica social, econômica e cultural da sociedade, a qual pertencem os seus integrantes.

Muitas vezes, para os idosos, o convívio com integrantes da família torna-se necessário, principalmente devido às limitações que podem ser comuns com o avançar da idade. Nessa perspectiva, a família com funcionamento satisfatório e harmonioso, além de propiciar componente afetivo entre as gerações, também oferece suporte e apoio nas demandas relacionadas à saúde, além de permitir melhor sensação de bem-estar, segurança e qualidade de vida para os idosos (COSTA; NAKATA; MORAIS, 2015; RABELO; NERI, 2015). Por outro lado, alguns autores ponderam sobre a presença do idoso nos arranjos familiares, devido às condições financeiras que podem gerar uma relação de exploração e negligência, como também a imposição e superioridade dos filhos e agregados sobre os mais velhos, o que resulta em uma convivência de restrições, tensões e na perda de autonomia do idoso (ROY et al., 2018; PAULO; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2013).

A renda mensal média dos idosos estudados foi de 1.436,73 reais (DP=1.142,27), sendo referida como principal fonte de renda a aposentadoria (77,0%), seguida de pensão (22,9%). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio do ano de 2017 mostram que 60,2% dos brasileiros possuíam algum tipo de rendimento, e 14,1% recebiam aposentadoria ou pensão, com diferenças relevantes entre as regiões Norte (8,4%) e Sul (18,1%). Tal fato ocorre em razão do maior número de idosos que habitam os Estados desta região Sul (IBGE, 2017).

O estudo de Antes et al. (2014), com o objetivo de descrever o perfil socioeconômico e a autopercepção de saúde da população de idosos residentes em Florianópolis-SC, analisou os dados derivados de dois estudos observacionais, com corte transversal, populacional de base domiciliar, o Estudo Perfil do Idoso e o EpiFloripa Idoso, realizados em 2002 e 2009, respectivamente. Os resultados

mostraram um aumento do percentual de idosos que recebiam aposentadoria de 71,0% em 2002 para 78,7% em 2009, diminuição dos que tinham trabalho remunerado de 18,8% para 13,4% e dos que recebiam pensão de 41,3% para 28,2%.

Outro estudo realizado por Bento e Lebrão (2013), com a finalidade de verificar os fatores associados à percepção de suficiência de renda de idosos da cidade de São Paulo-SP, analisou os dados provenientes de uma amostra de 1.300 participantes do estudo SABE (Saúde Bem-Estar e Envelhecimento), do ano 2000. Foi encontrado que 31,0% relataram possuir renda para cobrir as necessidades da vida diária, e os idosos de 70 anos ou mais (33,9%) eram mais satisfeitos com a renda disponível; 57,7% dos homens e 69,2% das mulheres tinham somente uma fonte de renda, sendo estes os que tinham menor percepção de suficiência de renda.

Vale ressaltar a necessidade de adequação dos ambientes e mercado de trabalho para atender à demanda de trabalhadores idosos e aposentados que são capazes de desenvolver atividades laborais. A complementação da renda, durante a velhice, agrega uma longevidade mais saudável, com maior capacidade cognitiva e funcional, melhor percepção em se sentir útil e melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Entretanto, para que o mercado de trabalho inclua esse grupo etário, dispositivos sociais como alfabetização e oportunidade de capacitação são fundamentais (PAOLINI, 2015).

Com relação à saúde dos idosos, neste estudo, foi possível observar que a média de diagnósticos médicos foi de 7,4 (DP=2,9), sendo que 83,1% deles tinham hipertensão arterial sistêmica, 50,0%, dislipidemia, 40,5%, depressão, 38,5%, Diabetes Mellitus, 37,1%, osteoporose e 29,0%, doença renal crônica. Importante destacar a prevalência das DCNTs entre os participantes deste estudo, bem como a média elevada das mesmas, tal fato aponta para um maior comprometimento dos aspectos que envolvem a velhice ativa, uma vez que estão mais sujeitos à polifarmácia, a vulnerabilidades, a limitações e à dependência.

Um estudo descritivo, realizado na cidade de São Paulo-SP, no período de abril de 2008 a julho de 2009, com 237 idosos atendidos em um centro de saúde escola e 428 atendidos em hospital público, totalizando 665 participantes, com um dos objetivos de caracterizar o perfil sociodemográfico e de morbidade dos idosos com baixa autoestima, encontrou que entre os idosos com baixa autoestima (6,2%)

a média de diagnóstico médico foi de 2,7 (COZIN et al., 2015). No estudo de Rosa et al. (2016), realizado na região do Vale do Rio Pardo-RS, em que foram analisados 221 prontuários de idosos atendidos em um ambulatório de geriatria, constatou-se que o número médio de doenças foi de 3,4 (DP=2,0).

No âmbito nacional, dados da Rede Fibra (Perfis de Fragilidade de Idosos) realizados com 5.532 idosos das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste, com média de idade de 73,0 anos (DP=6,1), mostraram que, para a amostra total, a média de doença por participante foi de 1,8 (DP=1,4), sendo que para os idosos frágeis a média foi 2,5 (DP=1,5) e para os não frágeis, 1,6 (DP=1,3) (SILVA et al., 2016).

A prevalência de doença crônica em idosos também foi avaliada em outros estudos. No estudo de Cozin et al. (2015), dos idosos com baixa autoestima, 64,5% apresentaram mais que três doenças, sendo as principais a hipertensão arterial sistêmica (27,1%), a dislipidemia (17,6%) e as alterações da tireoide (10,6%). As autoras chamam a atenção para o fato de que a presença de problemas de saúde pode representar para o idoso declínio físico, com implicações em mudanças no seu cotidiano, relacionadas à dieta e à necessidade de utilização de diversas medicações, o que pode comprometer sua autonomia e independência (COZIN et al., 2015). Na cidade de Belo Horizonte-MG, foram entrevistados 257 usuários de um centro de referência à pessoa idosa, 33,0% deles referiram possuir mais de três comorbidades e 9,7% relataram ausência de doenças. Os resultados revelaram, também, que as doenças mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (63,4%), a dislipidemia (26,5%), o Diabetes Mellitus (23,7%) e as doenças osteoarticulares (23,3%) (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016).

Em estudo realizado com 107 idosos atendidos em um ambulatório de um hospital universitário, de um município do Rio Grande do Sul, encontrou-se que 92,5% apresentavam mais que uma comorbidade, 79,4% tinham hipertensão arterial sistêmica, 57,0%, Diabetes Mellitus, 43,9%, cardiopatia e 34,6%, artrite (GAUTÉRIO-ABREU et al., 2015). No estudo de Silva et al. (2016), as doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (58,6%), osteoartrite (32,2%), osteoporose (22,4%), Diabetes Mellitus (19,7%) e doença cardíaca (18,4%).

Acredita-se que a maior prevalência de doenças, nesta pesquisa, possa ser explicada pelo fato de que os idosos estudados estão sendo atendidos em um ambulatório de geriatria de um hospital geral terciário, ou seja, em um nível de

assistência de alta complexidade. A este respeito, Suassuna et al. (2012) argumentam que, em idosos em tratamento ambulatorial geriátrico, existe maior tendência de comprometimento das condições de saúde, uma vez que, por estarem nesta rede, já implica na existência de problema de saúde e necessidade de tratamento.

Considerando o prolongamento do tempo de vida das pessoas e os diversos aspectos que influenciam a saúde dos idosos, acredita-se ser relevante conhecer o idoso em sua totalidade, envolvendo aspectos demográficos, sociais e de saúde, para que se possa desenvolver estratégias e ações para melhorar a qualidade de vida desses idosos.

5.2 Características relacionadas à qualidade de vida e aos sintomas depressivos dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

Compreender as características e implicações da QV ao longo do processo de envelhecimento, bem como planejar estratégias para mantê-la na presença de situações desafiadoras da vida, torna-se fundamental para uma velhice mais ativa. Especificamente para os idosos, aspectos da senilidade em conjunto com condições sociais, familiares e financeiras desfavoráveis podem contribuir para condições de vulnerabilidade, comprometendo sua boa QV. Dessa forma, à equipe multidisciplinar em saúde, incluindo o enfermeiro, cabe o compromisso de planejar ações específicas de cuidado, para essa parcela da população, com a finalidade de favorecer a boa QV na velhice. Para tanto, há a necessidade de se conhecerem as possíveis influências dos fatores de risco biopsicossociais, característicos do processo de envelhecimento.

Em geral, o constructo da QV, proposto pela OMS, é abordado de maneira ampla, compreendendo três principais características: a subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (WHOQOL GROUP, 1995), tal como foi adotado neste estudo. Além dessas características, especificamente a QV, na velhice, agrega dimensões típicas do envelhecimento, como as condições ambientais (contexto físico, ecológico e o construído pelo homem), a competência comportamental (desempenho frente às diferentes situações de vida), a QV percebida (avaliação da própria vida segundo os valores agregados pelas

expectativas pessoais e sociais) e o bem-estar subjetivo (satisfação com a própria vida, global e específica entre as condições ambientais e adaptativa) (PASCHOAL, 2016). Tal complexidade incorpora também os antecedentes pessoais, traços de personalidade, mecanismos de autorregulação (sentido de vida, adaptação, eficácia e controle) que são construídos ao longo da vida e que influenciam o modo de experimentar a velhice (NERI et al., 2013).

Nesse sentido, devido às características intrínsecas do envelhecimento, o grupo WHOQOL da OMS optou por delinear um módulo de avaliação de QV para o idoso, que deve ser aplicado em conjunto com o instrumento de avaliação da QV genérico, ele aborda conteúdos específicos em suas seis facetas, como as habilidades sensoriais, independência e tomada de decisão, satisfação com a vida, participação na comunidade, preocupação com a morte e a capacidade para relacionamentos pessoais e íntimos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

No presente estudo, a QV dos idosos foi avaliada pelos instrumentos WHOQOL-BREF (genérico) e o WHOQOL-OLD (específico). No que diz respeito à pontuação do WHOQOL-BREF, o domínio “Relações Sociais” (relações pessoais, suporte social e atividade sexual) obteve maior média (66,2; DP=14,3) e o “Físico” (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho), a menor (50,7; DP=15,4). Já no WHOQOL-OLD, o domínio “Morte e Morrer” (questões relacionadas ao processo de morrer, para que o idoso pense e questione sobre questões existenciais) apresentou maior média (70,9; DP=24,5) e o “Funcionamento Sensorio” (avaliação do funcionamento sensorial e impacto das perdas sensoriais para o idoso), a menor média (56,4; DP=22,8).

Esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos realizados em serviços de atenção à pessoa idosa e que avaliaram a QV por meio do WHOQOL-BREF. Estudo realizado entre 2012 e 2014, na cidade de Belo Horizonte-MG, com 257 idosos cadastrados em um Centro de Referência à Pessoa Idosa, mostrou que na avaliação da QV, a maior média foi para o domínio “Relações Sociais” (67,9; DP=17,9) e a menor para “Meio Ambiente” 14,4 (DP=1,9) (MIRANDA; SILVA; SOARES, 2016). Outra pesquisa realizada na cidade de Campinas-SP, entre os anos de 2010 e 2011, com 122 idosos participantes do Centro de Referência do Idoso, apresentou maior média na pontuação do domínio “Relações Sociais” (67,3; DP=13,3) e a menor no “Físico” (44,8; DP=18,4) (VARELA et al., 2015).

Em uma avaliação dos fatores associados à QV de idosos, desenvolvida com 277 idosos acompanhados em uma Unidade de Saúde em Ceilândia-DF, observou-se que, na pontuação do WHOQOL-BREF, a maior média foi para o domínio “Relações Sociais” (80,9; DP=16,1) e a menor para “Meio Ambiente” (67,9; DP=12,8). Os autores destacam que conhecer os aspectos da QV dos idosos, bem como os domínios mais afetados, permite aos profissionais de saúde planejarem suas ações de atenção à saúde dos idosos (STIVAL et al., 2014).

Do ponto de vista dos aspectos sociais, as relações interpessoais (família, parentes, comunidade e amigos) e a rede de apoio social são fundamentais aos idosos, diante das habituais limitações e vulnerabilidades decorrentes da velhice. Assim, o convívio social é visto como ferramenta de apoio a esse grupo da população, pois possibilita seu engajamento social, compartilhamento de experiências, estímulo à prática de atividade física, disposição para manter-se saudável, melhorar o enfrentamento de situações desfavoráveis, além de permitir a socialização, a autonomia, a capacidade de sentir-se útil e a sensação de bem-estar (PAULA et al., 2016).

Um estudo realizado por Doreto (2015), com idosos atendidos no mesmo Ambulatório de Geriatria deste estudo, no período de fevereiro a maio de 2015, investigou a rede social, apoio social e a satisfação com o apoio social, identificou-se que os idosos estudados percebiam o apoio social recebido e estavam satisfeitos com o apoio que recebiam, porém alguns tipos de apoio eram menos frequentes como, por exemplo, o da interação social positiva, que corresponde à possibilidade de dispor de alguém para relaxar e fazer coisas agradáveis. A autora refere que a participação em atividades de lazer pode ampliar a rede de contatos e favorecer a interação social e destaca a importância das equipes multiprofissionais de saúde, trabalharem ações que objetivem ampliar o apoio social de interação ao idoso.

Outro aspecto fundamental da QV na velhice relaciona-se aos aspectos físicos e funcionais. A presença significativa dos “muitos idosos” neste estudo pode ter contribuído para percepção mais negativa no aspecto físico, funcional e sensorial, já que são uma parcela entre os idosos mais sujeita à fragilidade. Ademais a presença de DCNTs que estão relacionadas principalmente às limitações e incapacidades físicas causa maior dependência para atividades básicas da vida diária, com impacto direto na perda de autonomia do idoso, e consequente prejuízo na sua QV (VARELA et al., 2015). Nesse sentido, outros estudos de investigação da

QV, realizados com idosos, têm apresentado dados similares com relação ao domínio “Físico” (BATISTA, 2015; PILGER, 2015; VARELA et al., 2015).

Outro estudo realizado no contexto da Atenção Primária à Saúde avaliou a QV dos usuários e de 930 participantes, 200 (21,5%) eram idosos. Entre os idosos os domínios com menores médias foram “Meio Ambiente” (55,8; DP=14,7) e “Físico” (58,9; DP=18,1). Para os autores, as condições de saúde, presença de DCNTs e a dependência de tratamento medicamentoso sugerem diminuição da autonomia e limitações para as atividades diárias, refletindo na percepção negativa da QV, sobretudo no domínio físico (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017).

Neste estudo, no WHOQOL-OLD, a faceta “Morte e Morrer” relacionada à percepção e compreensão do processo de morte obteve maior média. Tal fato tem sido relacionado às questões espirituais e religiosas, bem como à negação de prolongamento da vida diante do sofrimento (CHAVES; GIL, 2015). Logo, os idosos se mostram apreensivos em relação à sensibilidade dolorosa durante o processo de morte, fato encontrado também em outros estudos (CHAVES; GIL, 2015; VARELA et al., 2015).

Um estudo com idosos residentes na área urbana e rural do Peru avaliou a QV e as variáveis sociodemográficas. Com relação à QV, mensurada por meio do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, os idosos da área rural apresentaram maiores médias no domínio “Físico” (63,9; DP=14,1) e na faceta “Morte e Morrer” (71,3; DP=22,8), e menores no domínio “Relações Sociais” (49,1; DP=17,7) e na faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (56,2; DP=13,6). Já os idosos da área urbana tiveram maiores médias no domínio “Psicológico” (57,1; DP= 16,4) e na faceta “Morte e Morrer” (77,1; DP=20,6), e menores no domínio “Relações Sociais” (50,0; DP=16,5) e na faceta “Participação Social” (47,9; DP=12,4). Não foi observada diferença estatisticamente significativa para faceta “Morte e Morrer”, entre os idosos das áreas urbana e rural. Os autores ressaltam que a morte é um processo natural e individual, relacionado aos comportamentos culturais e familiares, o que possivelmente justifica a ausência de diferenças entre os idosos das duas áreas (HERNANDEZ-HUAYTA; CHAVES-MENESES; CARREAZO, 2016).

Nesse sentido, no contexto da institucionalização, 33 idosos residentes na cidade de Fortaleza-CE foram avaliados por Cordeiro et al. (2015) e apresentaram maior média na faceta “Morte e Morrer” (16,8; DP=3,5) e menor na “Intimidade” (10,5; DP=4,3) do WHOQOL-OLD. Para os autores, a boa aceitação da morte, entre

esses idosos institucionalizados, é relacionada ao próprio consentimento de finitude, em que à medida que envelhecem, este evento é esperado.

Para a faceta “Funcionamento do Sensório”, que caracteriza as habilidades sensoriais, os idosos do presente estudo apresentaram menor média. Outros estudos, realizados com idosos, são o de Batista (2015) que mostrou menores médias para as facetas “Morte e Morrer” (37,6; DP=22,7) e “Funcionamento do Sensório” (42,2; DP=16,4); e o de Oliveira, Bertolini e Martins Junior (2013) que revelou menores médias nas facetas “Morte e Morrer” (61,2; DP=28,2) e “Funcionamento do Sensório” (66,2; DP=17,3).

Na pesquisa de Tavares et al. (2016), com 1.029 idosos hipertensos da cidade de Uberaba-MG, considerando os diferentes aspectos relacionados à adesão ao tratamento farmacológico, a variável QV foi avaliada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Na pontuação do WHOQOL-OLD, as autoras destacam que os idosos não aderentes apresentaram menores escores médios nas facetas “Participação Social” (60,4; DP=31,2; $p=0,002$), “Autonomia” (62,0; DP=31,4; $p=0,002$), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (65,2; DP=29,8; $p=0,011$), “Funcionamento do Sensório” (66,1; DP=23,2; $p<0,001$) e “Intimidade” (67,3; DP=19,8; $p=0,003$) e ressaltam que o menor escore, na faceta “Funcionamento do Sensório”, pode estar relacionado ao déficit visual, verificado pelo autorrelato dos participantes que referiram dificuldade para visualizar os horários e nomes das medicações.

Nesse sentido, as perdas sensoriais, resultantes do processo de envelhecimento fisiológico do sistema nervoso, tais como alterações na visão, no paladar, no olfato, na audição e no tato, podem corroborar para a percepção negativa dos aspectos que compõem a QV, bem-estar e satisfação com a vida (MARTORELL-POVEDA; SILVA; PRATS, 2016). Como também, podem resultar em implicações que diminuam sua independência e convívio social.

Em relação ao escore global da QV, medido por meio do WHOQOL-BREF, que indica a percepção subjetiva de QV e saúde, os idosos deste estudo apresentaram pontuação média de 56,7 (DP=20,3). No módulo WHOQOL-OLD, o escore de QV global, que considera as seis facetas do instrumento, a pontuação média foi de 63,5 (DP=12,7). Este resultado da pontuação do escore global de QV do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD tem seguido a realidade de estudos com a população idosa mundial (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; BUSS et al., 2015;

VALERA et al., 2015).

Pesquisa realizada por Ermel (2012) com a finalidade de comparar a QV de idosos na cidade de Marília-SP e do Porto, em Portugal, revelou que para os 349 participantes que moravam no Brasil, 57,9% eram mulheres, com média de idade 72,2 anos (DP=7,7), sendo que o escore de QV global medido pelo WHOQOL-BREF apresentou média de 63,3 (DP=15,1). Os idosos de Portugal, também, eram em sua maioria (69,0%) mulher, com média de idade 79,3 (DP=7,5) e para o escore de QV global do WHOQOL-BREF a média foi de 51,1 (DP=19,2), com diferença estatisticamente significativa entre os países ($p=0,001$). Essa diferença foi atribuída pela autora, pela avaliação subjetiva que cada idoso faz sobre a sua QV, bem como as características da comunidade em que o idoso está inserido.

Para o escore de QV global do WHOQOL-OLD, o estudo de Batista (2015) e de Pilger (2015), realizado com idosos em tratamento hemodialítico, as médias dos escores globais de QV foram de 56,4 (DP=10,3) e 66,3 (DP=10,6), respectivamente.

No que se refere ao escore de QV global, considerando ambas as escalas, Batista (2015) argumenta que, geralmente, em sua maioria, os estudos discutem os domínios/facetos com suas maiores e menores médias e poucos versam sobre o escore global de QV geral e, assim, sugere o desenvolvimento de pesquisas que considerem a QV global dos participantes.

Quanto aos sintomas depressivos, as demandas físicas, sociais e psicológicas relacionadas ao envelhecimento podem comprometer a saúde mental dos idosos. Neste estudo, a presença de sintomas depressivos foi investigada utilizando-se a CES-D. Esta escala não se configura em um instrumento de diagnóstico, mas representa um indicador de possível presença de depressão, uma vez que a depressão deve ser avaliada por meios de critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para uma afirmação segura de sua presença ou não.

Como já mencionado anteriormente, o escore na CES-D varia entre zero e 60 pontos, sendo a presença de sintomas depressivos indicada para aqueles que apresentarem pontuação maior que 11.

Neste estudo, a pontuação média na escala foi 16,5 (DP=10,7) e, a maioria, 64,2%, dos idosos apresentaram sintomas depressivos. Vale mencionar que, para 40,5% dos idosos investigados, foram encontrados registros de diagnóstico médico de depressão, em seus prontuários.

Quanto ao diagnóstico de depressão, há uma prevalência deles entre os idosos, bem como é realidade a tendência dessa condição ser crônica, estar relacionada à morbidade e mortalidade dos idosos, ser subdiagnosticada e de difícil controle e tratamento. Alterações relacionadas ao processo normal de envelhecimento e sintomas decorrentes das DCNTs são semelhantes aos quadros iniciais da depressão que levam à alteração do comportamento e do humor, à insônia e a queixas álgicas atípicas. Nesse sentido, é frequente que o diagnóstico seja tardio, dificultando a recuperação do idoso, o que pode ter maior impacto na sua vida, influenciando negativamente os aspectos psicológicos, cognitivos e funcionais (WAGNER, 2015; MARTINS, 2008).

No estudo de Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008), realizado com 544 participantes de um estudo sobre envelhecimento bem-sucedido com idosos residentes na comunidade, em Juiz de Fora-MG, com o objetivo de investigar relações entre eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia no enfrentamento e depressão que foram avaliadas pela CES-D, os resultados mostraram que a média de idade entre os participantes foi de 72,11 anos (DP=8,29), sendo que 42,1% pertenciam à faixa etária entre 60 e 69 anos e 74,6% eram mulheres; o escore médio na CES-D foi de 10,24 (DP=8,66) e a prevalência de sintomas depressivos foi 32,0%, e o maior risco para depressão foi associado a emoções negativas, eventos incontrolláveis e ter idade de 60 a 69 anos. Outro estudo transversal populacional e de base domiciliar (parte do inquérito *EpiFloripa Idoso*), realizado entre setembro de 2009 e junho de 2010 em Florianópolis-SC, com 1.656 idosos da comunidade, em que a prevalência de sintomas depressivos (desfecho) foi obtida por meio da GDS-15, os resultados mostraram que a prevalência de sintomas depressivos foi de 23,9% (BORGES et al., 2013).

Pesquisa desenvolvida por Ramos et al. (2015) com 639 idosos residentes em Montes Claros-MG, que buscou avaliar a prevalência e fatores associados à presença de sintomas depressivos em idosos, revelou que 27,5% deles apresentaram a presença de sintomas de depressão e entre os fatores relacionados destacaram-se: não ter companheiro(a), não saber ler, ter percepção negativa sobre a própria saúde e ser tabagista.

Em investigações prévias realizadas com idosos atendidos em ambulatórios do mesmo hospital, local de estudo, nos quais foi utilizada a GDS-15 para identificar os sintomas depressivos, foi encontrada a prevalência de 61,2%

(DORETO, 2016) e 55,0% (TREVIZANI, 2016) de sintomas depressivos. Resultados mais próximos aos encontrados nesta pesquisa. Benedetti (2013) encontrou, em seu estudo, 26,5% dos idosos com diagnóstico médico de depressão.

Em uma meta-análise realizada por Castro-de-Araújo et al. (2013), identificaram-se estudos com alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos. A pesquisa envolveu estudos que foram realizados em várias regiões do país, em diferentes instituições de saúde (públicas e privadas), e os resultados encontrados mostraram a presença de sintomas depressivos de 20% a 50% nos idosos que estavam em acompanhamento ambulatorial e de 23% a 42% nos internados. Os autores ponderam para o fato de que os estudos analisados na meta-análise utilizaram diferentes instrumentos para identificar a presença de sintomas depressivos entre idosos, o que pode ter contribuído para a alta prevalência encontrada.

Dados internacionais, referentes a estudos de investigação da sintomatologia depressiva nos idosos, diferem dos resultados apresentados na realidade nacional.

Um estudo de coorte, com 2.598 idosos residentes na comunidade de dois estados americanos na Pennsylvania e no Tennessee, que avaliou os sintomas depressivos no início do estudo (1998), pela CES-D (10 itens) e após um ano (1999), de acompanhamento, pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG - 15 itens), mostrou que a média de idade foi de 74,7 anos (DP=2,9), 51,5% do sexo feminino, 57,2% eram casados, 39,7% eram negros, 23,5% tinham baixa escolaridade e 40,3% não praticavam atividade física. Na avaliação pela CES-D, a média de pontos foi 3,0 (DP=3,3) e 4,8% dos participantes tinham sintomas depressivos segundo este instrumento; já pela EDG a média de pontos foi 1,4 (DP=1,8) e 8,1% dos idosos apresentaram sintomas depressivos. Nessa versão reduzida da CES-D, a pontuação varia entre 0 e 30, valores ≥ 10 pontos indicam presença de sintomas depressivos, e na EDG a pontuação varia entre 0 e 15 e valores ≥ 4 pontos indicando sintomatologia depressiva (WILLIAMS et al., 2015).

Na Inglaterra, 3.009 idosos foram pesquisados pelo estudo ELSA (*The English Longitudinal Study of Ageing*), entre as variáveis de interesse do estudo, os sintomas depressivos foram investigados por meio da avaliação com a CES-D (8 itens) e observou-se média de idade de 65,8 anos (DP=8,7), 54,0% eram mulheres, 16,0% tinham DCNTs, 52% praticavam atividade física com frequência moderada, e

os sintomas depressivos estavam presentes em 11,0% dos idosos investigados (SOUZA-TEODORO et al., 2016).

É possível notar a diferença da presença da sintomatologia depressiva nos idosos que residem em países desenvolvidos. Tal fato pode estar associado a melhores condições de vida encontradas nesses países, uma vez que, em países em desenvolvimento a má distribuição e/ou indisponibilidade de renda, as condições sociais desfavoráveis, o acesso à saúde inadequado, entre outros fatores, aumentam as situações de vulnerabilidade, comprometendo o bom funcionamento dos aspectos biopsicossociais da vida do idoso.

Como destacado anteriormente, no cenário nacional, a avaliação dos sintomas depressivos por meio da CES-D é menos frequente do que com a EDG. Destaca-se a ampla utilização de duas questões da CES-D, “você sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?” e “você não conseguiu levar adiante as suas coisas?”, como indicador de exaustão e/ou fadiga, em estudos que investigam a fragilidade na população idosa (PEGORARI; TAVARES, 2014). A presença da fadiga e/ou exaustão é indicativa de fragilidade nos idosos, podendo predizer situações adversas como as comorbidades, ocorrência de quedas e impacto negativo na QV do idoso, bem como na família e sociedade (PEGORARI; TAVARES, 2014; VIEIRA et al., 2013).

Ainda no que se refere aos sintomas depressivos e às implicações que vão além dos danos na saúde mental dos idosos, sabe-se que as situações e eventos de vida estressantes, os comportamentos de risco, os excessos comportamentais e as emoções negativas, experimentados ao longo da vida são significativos para o desenvolvimento desses sintomas durante a velhice. Quando se têm estratégias eficazes de enfrentamento e autoeficácia no manejo dos eventos estressantes, a percepção das emoções negativas é minimizada, tendo em vista o encorajamento para a manutenção do próprio bem-estar. Assim, é fundamental a identificação precoce dos sintomas depressivos, bem como o planejamento de intervenções que proponham o manejo dos eventos estressantes por meio da utilização dos recursos pessoais e sociais (HU et al., 2018; LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2007).

Neste estudo foi possível observar que houve maior prevalência dos sintomas depressivos entre as mulheres (56,8%), os idosos com idade entre 60 e 79 anos (39,9%) que não tinham companheiro (42,6%), que eram escolarizados

(54,1%), que residiam com outras pessoas (49,3%) e os que tinham renda inferior a um salário-mínimo (39,9%), sendo a diferença estatisticamente significativa para as variáveis: sexo ($p=0,001$) e renda ($p=0,004$). Nota-se que aspectos sociais, demográficos e de convivência com membros da família ou parentes permeiam a presença dos sintomas depressivos. Estudos como os de Fortes-Brugos, Neri e Cupertino (2008) e Ramos et al. (2015), mostrados acima, também apontam alguns destes fatores relacionados à presença de sintomas depressivos.

Um estudo multicêntrico, realizado com 1.967 idosos do Brasil, Canadá, Colômbia e Albânia, avaliou diferentes aspectos do envelhecimento, entre eles a frequência de sintomas depressivos avaliados pela CES-D (20 itens). Os resultados mostraram média de idade de 69,1 anos ($DP=2,9$), e os sintomas depressivos estavam presentes em 19,4% dos participantes, sendo mais prevalentes para as mulheres (26,1; IC95%: 23,6-29,0) do que para os homens (12,0; IC95%: 9,9-14,1), com 2,2 vezes mais chances de apresentarem depressão (IC95%: 1,8-2,7) (VAF AEI et al., 2016).

Em investigação com 144 idosos participantes de um centro de convivência, com média de idade 71,2 anos ($DP=6,6$), maioria (56,2%) de viúvos, 77,8% com menos de quatro anos de escolaridade, 52,8% recebiam de um a três salários-mínimos e 61,8% frequentavam o grupo há mais de seis anos. Os sintomas depressivos avaliados pela CES-D estiveram presentes em 33,3% dos idosos, sendo prevalente na faixa etária 60-69 anos (40,0%) e 62,5% possuíam três ou mais doenças. A metade dos idosos com presença de sintomas depressivos relatou ter experiência com diagnóstico médico prévio de depressão ($p=0,004$) (DOMINGUES; NERI, 2009).

As mulheres tendem a apresentar mais sintomas depressivos do que os homens, especialmente entre os idosos. Estudos têm relatado essa ocorrência, pelo acúmulo de funções (trabalho, mãe, esposa, educadora, entre outras) durante toda a vida da mulher, alterações hormonais após a menopausa, prevalência da viuvez, isolamento social, aposentadoria e maior tempo de sobrevivência (GULLICHI; DURO; CESAR, 2016; ALMEIDA et al., 2015).

Fatores, como não ter companheiro(a), ou seja pertencer ao grupo dos solteiros(as), viúvos(as) e separados(as) e ter renda insuficiente para gastos com a alimentação, medicamentos, saúde e moradia, levam os idosos à sensação de solidão e perda da autonomia, tornando-os mais dependentes da família, gerando

insatisfação com a vida e aumentando os riscos para a presença de sintomas depressivos (AVELINO et al., 2015; SILVA JUNIOR et al., 2017).

Paúl, Teixeira e Ribeiro (2017) realizaram uma análise secundária dos determinantes do envelhecimento ativo, segundo conceito da OMS, composto por seis fatores como, a saúde, o componente psicológico e biológico, o desempenho cognitivo, as relações sociais e a personalidade. Os achados reforçaram que, para os longevos, o componente psicológico tem destaque sobre os demais, pois permite dar sentido à vida diante da sensação de estresse psicológico, da felicidade, do otimismo, do neuroticismo (instabilidade emocional), da QV e da solidão.

A depressão pode atingir a qualidade de vida dos idosos, quando traz como consequências mudanças no estilo de vida, na situação econômica, bem como, quando ficam impossibilitados de trabalhar, experimentam privação nos relacionamentos interpessoais (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). A este respeito, Ramos et al. (2015) ponderam sobre a necessidade de atenção adequada para esta situação, considerando o impacto negativo nos diversos aspectos da vida do idoso e de sua família, uma vez que a depressão pode resultar no comprometimento da saúde física, dificuldade no manejo de doenças quando há outras comorbidades associadas, maior utilização dos serviços de saúde e aumento do risco de morte.

Assim, entre os idosos, a presença dos sintomas depressivos reforça os aspectos negativos da velhice, quando prejudicam a autonomia, funcionalidade e cognição, aumentando os riscos de agravos das doenças e de vulnerabilidades. Logo, estes achados reforçam a necessidade de atenção para identificação dos sintomas depressivos e eventos estressantes nos idosos e a importância da valorização dos recursos pessoais a serem desenvolvidos, sendo imprescindíveis o encorajamento, o cuidado e o apoio da equipe de saúde.

Neste estudo foi realizada a análise de comparação entre as médias dos escores gerais do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD e as variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos.

Foi observado que idosos do sexo masculino apresentaram maior média no escore do WHOQOL-BREF QV (62,9; $p=0,034$), quando comparados às mulheres. Um estudo realizado em Cuiabá-MT avaliou a QV, por meio do WHOQOL-BREF, de pessoas com feridas crônicas. Os 53 participantes do estudo apresentaram média de idade 62,1 (DP=11,2), 52,8% eram mulheres, média no

escore de QV global foi de 57,0 (DP=25,4). Entre os participantes, os homens apresentaram média superior na pontuação da QV global (57,5; DP=23,9), em relação às mulheres (56,7; DP=27,1), sem significância estatística; assim como a média da pontuação dos homens foi superior a das mulheres nos domínios “Psicológicos” e “Relação Social” (ALMEIDA et al., 2018). Nota-se predomínio de mulheres nas investigações da área da saúde, e sua maior sobrevivência pode ter como consequência a presença de condições crônicas, limitações e vulnerabilidade, o que pode interferir na percepção positiva da QV.

De acordo com Sánchez (2003), para os homens a QV subjetiva é melhor do que para mulheres idosas, o que talvez possa estar relacionado com a percepção mais negativa da mulher sobre o envelhecimento. A este respeito Jakobsson et al. (2004) mencionam que as mulheres estão mais sujeitas a problemas físicos e mentais, do que os homens.

Constatou-se que idosos que não tinham companheiro(a) apresentaram maior média no escore do WHOQOL-BREF (58,5; $p=0,172$), quando comparados aos que tinham companheiro(a); assim como idosos que moravam sozinhos apresentaram maior média no escore do WHOQOL-BREF (62,9; $p=0,054$) e do WHOQOL-OLD (67,8; $p=0,037$), quando comparados aos que moravam com outras pessoas.

Resultado diferente foi encontrado no estudo de Almeida-Brasil et al. (2017), em que a maioria não tinha companheiro(a) 51,8% e apresentou pontuação média inferior no escore geral de QV no WHOQOL-BREF (64,4; DP=20,2), quando comparados aos idosos que tinham companheiro(a) (66,0; DP=17,9; ($p=0,219$); não ter companheiro(a) apresentou associação negativa com o domínio “Relação Social” (-2,7; $p<0,05$). Os autores ressaltam que indivíduos sem companheiros(as) tendem a ter pior desempenho nos aspectos estruturais das redes de apoio social, como por exemplo menor contato com familiares e amigos.

Já um estudo realizado nas cidades de São Paulo-SP e São José dos Campos-SP, com 120 idosos da comunidade, entre os anos 2005-2006, que buscou investigar os fatores associados à QV de idosos ativos, mostrou que a média de idade foi de 69,0 (DP=5,0), 85,8% eram do sexo feminino, 60,8% sem companheiro e 66,6% tinham renda de até cinco salários-mínimos. As maiores médias da pontuação no escore global do WHOQOL-BREF estiveram entre os idosos que não eram casados e moravam sozinhos (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009).

O que talvez possa explicar a melhor percepção da QV entre os idosos sem companheiro é o fato de que entre idosos, é frequente a presença de companheiros(as) acometidos por sequelas de doenças incapacitantes, necessitando que o parceiro(a) auxilie nos cuidados com higiene, alimentação e saúde, o que contribui para a sobrecarga física e psicológica do companheiro(a) que comumente exerce a função de cuidador (LEE; MARTIN; POON, 2017).

O contexto domiciliar do idoso é frequentemente associado à presença de outros membros da família (cônjuge, filhos e netos). Diferentemente dos resultados apresentados neste estudo, Santos et al. (2017) avaliaram a QV de idosos participantes (n=26) e não participantes (n=90) de um grupo de promoção da saúde na cidade de Goiânia-GO, totalizando 116 investigados, sendo que 84,5% eram do sexo feminino, com média de idade para os participantes do grupo 71,0 (DP=7,2) e para os não participantes 70,6 (DP=6,9). Os resultados da regressão linear mostraram que o fato de os idosos residirem com mais de três pessoas refletiu positivamente no domínio “Físico” ($p=0,015$) e para os que residiam sozinhos houve associação inversa no domínio “Relações Sociais” ($p=0,014$).

Como mencionado anteriormente, o número de idosos que residem sozinhos vem aumentando progressivamente no país. Tal fato pode estar relacionado não somente às situações de vulnerabilidade dos idosos, mas também com a opção de o idoso morar sozinho, preservando suas particularidades, privacidade e autonomia nessa fase da vida.

Se por um lado a inserção do idoso em domicílios multigeracionais pode ser considerada um benefício, uma vez que pode representar possibilidades de convivência com familiares, apoio familiar recebido (em casos de limitações, dependências) e redução de isolamento; por outro lado, pode ser considerada como um fator de geração de conflitos intergeracionais, que culminam em diminuição da autoestima e desgaste emocional do idoso, prejudicando a qualidade de vida do mesmo (CALDAS, 2003).

Nota-se que, neste estudo, idosos com renda maior que um salário-mínimo apresentaram maior média no escore de WHOQOL-BREF (61,0; $p=0,015$) e do WHOQOL-OLD (67,0; $p=0,002$), quando comparados aos que tinham renda menor que um salário- mínimo.

Os fatores econômicos, como a desigualdade e insuficiência de renda, têm sido relacionados com a percepção negativa da QV na população geral. No

estudo de Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009), os idosos com renda maior que cinco salários-mínimos apresentaram maiores médias tanto na pontuação do escore global do WHOQOL-BREF quanto nos quatro domínios, sendo a diferença estatisticamente significativa nos domínios “Psicológico” ($p= 0,037$) e “Meio Ambiente” ($p<0,001$). Os autores ressaltam que o estilo de vida mais saudável é comum entre os idosos com maior renda, pois comumente são relacionados a melhores hábitos de vida, além da facilidade de acesso a serviços de saúde. Outros estudos também reiteram sobre a relação da renda com a melhor percepção de QV entre os idosos (VARELA et al., 2015; PAULA et al., 2016).

Tem sido notado que uma significativa parcela das famílias brasileiras tem como principal fonte de renda a aposentadoria, mesmo nos domicílios com arranjos multigeracionais, o que compromete parcialmente ou totalmente a renda do idoso, que já tem seu orçamento onerado com gastos referentes aos cuidados com a saúde (MUNIZ; BARROS, 2014).

Com o avançar da idade, o declínio da produtividade e da empregabilidade é uma realidade no país. Assim, Jakobsson et al. (2004) argumentam que os aspectos socioeconômicos são relevantes no cotidiano do idoso, bem como na sua qualidade de vida, uma vez que a situação econômica desfavorável reduz o bem-estar em idosos.

Nesse sentido, destaca-se a relevância da equipe de saúde em atuar mais efetivamente na assistência aos idosos de baixa renda, por meio do planejamento e implementação de ações que visem à manutenção do autocuidado com a saúde, da investigação de membros familiares que possam oferecer suporte social, bem como na ampliação da rede de contato do idoso (MACHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

Observou-se que idosos sem sintomas depressivos apresentaram maior média no escore do WHOQOL-BREF (70,0; $p<0,001$) e do WHOQOL-OLD (71,0; $p=<0,001$), quando comparados aos que tinham sintomas depressivos.

Um estudo realizado na cidade de Passo Fundo-RS, com 120 idosos participantes de centros de atenção à pessoa idosa, que investigou a QV e a prevalência de deficiência cognitiva, ansiedade e sintomas de depressão desses idosos, mostrou que 78,3% eram mulheres, com predomínio (75,0%) de idosos na faixa etária de 60-69 anos, 47,5% eram casados, 33,3% cursaram até o ensino médio, 56,7% tinham renda entre um e dois salários- mínimos, 57,5% tiveram pior

percepção da memória, 25,0% mostraram comprometimento cognitivo, 8,3% mostram sintomas de ansiedade e 15,8% com sintomas depressivos. Com relação à QV, a média no escore geral do WHOQOL-BREF foi de 70,6 (DP=14,9), sendo que os sintomas depressivos foram inversamente correlacionados para os domínios “Físico” ($r=-0,411$), “Psicológico” ($r=-0,547$), “Relação Social” ($r=-0,409$) e “Meio Ambiente” ($r=-0,333$) do WHOQOL-BREF, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,05$) (SILVEIRA; PORTUGUEZ, 2017).

A melhor percepção de QV tem sido também demonstrada entre os idosos sem sintomas depressivos em outros estudos (PONTES, 2013; TAVARES et al., 2016). Com relação aos idosos, algumas características são relacionadas à presença da sintomatologia depressiva, tais como a prevalência no sexo feminino, a baixa escolaridade e renda, e a presença de DCNTs (AVELINO et al., 2015).

5.3 Características relacionadas à resiliência dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

As constantes transformações, frente à realidade incontestável do envelhecimento da população, trazem desafios a serem enfrentados pelos idosos, porém é possível que a longevidade seja vivenciada à luz de uma perspectiva positiva e ativa. Neste sentido, a resiliência, enquanto recurso psicológico que permite o desenvolvimento de atributos para o enfrentamento e a adaptação frente às situações de adversidade da vida, tem se destacado como um fator de proteção e de promoção de saúde e bem-estar a ser desenvolvido pelo indivíduo. Conforme já mencionado anteriormente, para Walgnild e Young (1990), a resiliência expressa o vigor emocional e tem sido usada para descrever as pessoas que apresentam coragem e adaptação frente aos infortúnios da vida. Dessa forma, neste estudo a resiliência dos idosos foi avaliada pela ER que se propõe a identificar o grau de resiliência pessoal, considerando as características positivas da personalidade que melhoram a adaptação individual (WAGNILD; YOUNG, 1993).

A média no escore geral da ER foi de 130,6 (DP=18,0). Segundo Pesce et al. (2005), autores do estudo de validação e adaptação transcultural da ER, quanto maior a pontuação maior o grau de resiliência, sendo que a pontuação varia de 25 a 175 pontos. Até o momento, não há, na literatura, estudo com a população idosa no

contexto nacional que propôs a validação de critério para estabelecimento de nota de corte para a pontuação na ER validada, para o Brasil.

Nas avaliações com idosos da comunidade, Balbé et al. (2014) desenvolveram um estudo com 164 idosas cadastradas em Centros de Saúde do município de Florianópolis-SC, e analisaram os aspectos psicológicos (felicidade, humor, autoestima e resiliência) de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico e mostraram que a média de idade foi de 69,4 anos (DP=6,4), a pontuação na ER foi superior para as idosas ativas 149,7 pontos (DP=14,1), sendo que as idosas sedentárias tiveram pontuação média 147,9 (DP=13,6), sem diferença estatisticamente significativa. Destaca-se, ainda, que para as idosas ativas, a correlação da resiliência com a autoestima foi positiva, moderada e significativa ($r=0,429$; $p<0,001$). Autores concluem que a prática de atividade física favoreceu os ganhos psicológicos, permitindo que as idosas estivessem mais bem-humoradas, com disposição para a vida e felizes. Araújo e Faro (2016) avaliaram a resiliência em 117 mulheres idosas que participavam de atividades em Centros de Convivência para Idosos, em quatro cidades do Vale da Paraíba-SP, e encontraram que 59,0% tinham idades entre 70 e 80 anos, 45,3% eram viúvas, 77,8% com escolaridade entre um e cinco anos; a pontuação média na ER foi de 133,7 pontos.

Entre os idosos atendidos em serviços de saúde, Teixeira et al. (2015), com o objetivo de avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde de 498 idosos de Carlos Barbosa-RS, encontraram média de idade de 70,95 ($\pm 6,59$) anos, 66,87% eram mulheres, 64,06%, casadas e 53,21% viviam na área urbana. A média do escore da ER foi de 141,06 ($\pm 13,30$) e não houve associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Ferreira, Santos e Chaves (2012) avaliaram a capacidade de resiliência, a autoestima e o apoio social de 65 idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, em Natal-RN, e os resultados mostraram que 83% eram do sexo feminino, com média de 71 anos (DP=7), 40% eram viúvos e 66% estudaram até cinco anos; 80% recebiam entre um e três salários-mínimos. Quanto à resiliência, a média na ER foi de 134,1 (DP= 12,7). Em um ambulatório de oncologia clínica, na cidade de São Paulo, um estudo buscou determinar se o estresse percebido, o apoio social e a resiliência estavam associados à QV dos seus pacientes. No total foram avaliados 144 adultos e idosos em tratamento quimioterápico, com média de idade 56,9 (DP=11,4). A resiliência foi avaliada pela ER, e os participantes apresentaram

pontuação média de 139,4 pontos (DP=15,2). Ressalta-se que a resiliência e o apoio social reduziram o impacto do estresse emocional dos pacientes com câncer (COSTA et al., 2016).

Com objetivo de avaliar a resiliência de idosos com Diabetes Mellitus em um hospital de ensino em João Pessoa-PB, foi realizado um estudo, com 96 idosos, a maioria (55,2%) do sexo feminino, 54,2% casados ou com companheiro(a), 71,9% eram aposentados e 36,5% tinham ensino fundamental incompleto. A resiliência foi avaliada pela ER, e os idosos apresentaram pontuação média de 121,1 (DP=18,1). As autoras ressaltam que a percepção negativa do estado de saúde relacionou-se com a insatisfação com a vida, e que investigações da resiliência nesse contexto hospitalar são escassas. Esse resultado reforça o possível impacto do adoecimento e dos agravos de saúde no grau de resiliência dos idosos (SILVA et al., 2017).

Em geral, os estudos internacionais, que avaliaram a resiliência dos idosos, por meio da ER, utilizam além da versão original com 25 itens, as diferentes versões abreviadas da escala, sendo a mais frequente a escala com 14 itens, com pontuação variando entre 14 e 98 pontos, em que a pontuação (>90) indica alta resiliência, (61-89) indica resiliência moderadamente baixa a moderada e (<60) resiliência baixa (COSCO et al. 2016).

Assim sendo, Wells, Avers e Brooks (2012) avaliaram freiras norte-americanas (média de idade de 72,5; DP=9,6), com o objetivo de investigar o grau de resiliência e suas relações com desempenho físico, autopercepção de saúde física e mental e sintomas depressivos. A pontuação média na ER-14 (pontuação 14 a 98) foi de 82,6 (DP=11,9). Um estudo realizado, em dois hospitais nos Estados Unidos da América, descreveu o padrão de enfrentamento de 96 mulheres (esposas) de pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio. Os resultados revelaram que a média de idade foi 65,8 anos (DP=7,2), e 77,0% tinham cursado até ensino médio; a resiliência foi avaliada pela ER e a média da pontuação foi de 139,4 pontos (DP=20,7). Os autores ressaltam que as esposas mais resilientes relataram maior apoio social, percepção positiva da experiência cirúrgica e utilizaram mais estratégias de enfrentamento (MARNOCHA; MARNOCHA, 2013).

Também nos Estados Unidos, um estudo que buscou analisar a relação da resiliência, com os sintomas e incapacidades consequentes da Doença de Parkinson, investigou 83 pacientes de um ambulatório da Universidade de Maryland,

com média de idade de 66,3 anos ($DP=10,6$), mostrou que a maioria, 60,0%, era do sexo masculino e 76,0% eram casados; quanto à resiliência, a pontuação média na ER foi 83,5 ($DP=16,7$). Ressalta-se que a ER utilizada foi a versão reduzida com 15 itens (15-105 pontos). Para os autores, a resiliência é um recurso fundamental diante do convívio com a doença crônica progressiva, sugerem ainda necessidade de avanços nos estudos de promoção da resiliência (ROBOTTOM et al. 2012).

Considerando a perspectiva de desenvolvimento na velhice, a resiliência pode propiciar aos idosos atitudes positivas em situações desfavoráveis, tais como desafios e demandas específicas do envelhecimento (FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009).

A resiliência vem se moldando desde a proposta do seu conceito inicial que consistia em ser uma característica intrínseca e inata do indivíduo. Com relação à saúde, a resiliência se mostra como a capacidade de o indivíduo enfrentar adversidades sem sucumbir a elas, transcendendo o impacto negativo dos eventos estressores do curso da vida (EDWARD, 2013). Em geral, as ideias mais recentes estabelecem a resiliência enquanto um processo dinâmico, construído ao longo da vida, diante de situações desafiadoras que foram enfrentadas, superadas e adaptadas, e que pode ser desenvolvido por meio de aprendizagem dos mecanismos e características resilientes. Portanto, as avaliações que propõem mensurar a resiliência determinam apenas o grau daquele momento do curso da vida (LEMOS; MORAES; PELANDA, 2016).

Neste estudo foi realizada a análise do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre o escore geral da ER, as características sociodemográficas, os escores globais do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a pontuação na CES-D; bem como a comparação entre as médias dos escores gerais da ER, as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de sintomas depressivos relativos aos idosos estudados.

A esse respeito, os aspectos que compreendem o comportamento resiliente e os grupos etários, segundo os achados da literatura, ainda são inconclusivos. Mesmo diante da tendência em pontuar que, na população com idade mais avançada, as características resilientes sejam mais desenvolvidas (FONTES; NERI, 2015). Nesse sentido, ao considerar o conceito de perspectiva dinâmica da resiliência, o comportamento resiliente não necessariamente ocorre de maneira linear e progressivo, não sendo uma característica absolutamente relativa à

experiência de vida que alcançamos com o passar da idade (LEMOS; MORAES; PELANDA, 2016). Neste estudo, a correlação do escore geral da ER com a idade foi negativa, fraca e sem significância estatística, sugerindo que os idosos “mais jovens” (60-79 anos) tiveram maior grau de resiliência. Na comparação entre as médias da pontuação da ER, segundo a variável faixa etária, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Coelho e Ramos (1999) ponderam que idosos “mais jovens” possuem elevada plasticidade, diferentemente dos idosos chamados de “muito idosos” (80 anos ou mais) que experimentam redução gradual da capacidade adaptativa.

Observou-se que houve correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e a escolaridade ($r=0,208$; $p=0,010$). O grau de escolaridade pode ser um fator que influencia a maneira como se vivencia a velhice, que vai além do comprometimento cognitivo somente, uma vez que apresenta também implicações nos aspectos funcionais, psicológicos e socioeconômicos dos idosos e, neste sentido, a resiliência foi explorada por estudos nacionais, em diferentes contextos, como nas situações com traumas (VILETE et al., 2014), indivíduos depressivos (MOSQUEIRO; ROCHA; FLECK, 2015) e dor crônica (SILVA et al., 2017), sendo que a escolaridade repercutiu significativamente a resiliência.

Segundo ILC-BRASIL (2015), em geral, o baixo grau de escolaridade relaciona-se às situações de vulnerabilidade que agrupam, frequentemente, as minorias sociais (mulheres, deficientes, idosos, imigrantes, índios e negros). Por outro lado, o maior grau de escolaridade influencia nos comportamentos de educação e promoção à saúde e ao autocuidado que corroboram para um estilo de vida saudável, que pode fortalecer as dimensões psicológicas (autonomia, domínio do ambiente, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, propósito na vida e autoaceitação), com vistas a minimizar o impacto negativo das dimensões sociais (RYFF et al., 2012). Especificamente, entre os idosos, a baixa escolaridade predispõe as condições econômicas desfavoráveis, pois ao longo da vida estiveram no mercado informal, sem possibilidade de planejamento e investimento para garantir aposentadoria tranquila (ILC-BRASIL, 2015).

Houve correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e a renda ($r=0,194$; $p=0,017$) e na comparação entre as médias, idosos com renda maior que um salário-mínimo apresentaram maior média na ER

(134,0; $p=0,029$), quando comparados aos com renda menor que um salário-mínimo.

No estudo, Balbé et al. (2014), no grupo das idosas que praticavam atividade física, as médias da pontuação da ER foram menores para as que tinham renda inferior a dois salários-mínimos (146,0; DP=16,4) quando comparadas às idosas com renda maior ou igual a quatro salários-mínimos 151,9 (DP=14,1), sem significância estatística ($p=0,280$). Para o grupo das idosas sedentárias, a mesma tendência seguida, ou seja, as médias da pontuação da ER foram menores para as que tinham renda inferior a dois salários-mínimos 148,0 (DP=14,5) e maior para as com renda maior ou igual a quatro salários-mínimos (DP=11,3), sem significância estatística ($p=0,563$). Os autores pontuam que a resiliência não esteve relacionada com o poder aquisitivo das idosas, e que apesar das condições desfavoráveis que a insuficiência de renda pode acarretar na vida das pessoas, elas são capazes de superar a adversidade e exercerem papéis produtivos.

Segundo Wagnild (2003) na perspectiva do envelhecimento ativo, a resiliência pode ser utilizada como fator de proteção na presença de eventos estressores comuns da velhice, como a viuvez, a baixa escolaridade e a saúde precária, porém comportamentos resilientes podem estar presentes nos grupos de baixa renda.

Na região metropolitana de Porto Alegre-RS, um estudo, com 86 idosos da comunidade que analisou a relação da resiliência com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas, revelou que 77,9% eram mulheres, com média de idade de 70,4 anos, 53,5% com renda entre um e dois salários-mínimos e 75,6% eram aposentados deles; pontuação média de 84,9 (DP=7,2) na ER com pontuação padronizada (0-100); os idosos com renda entre um e quatro salários-mínimos obtiveram média 85,0 (DP=7,5), sendo discretamente inferior 85,1 (DP=4,6) quando comparada aos idosos com renda igual ou maior que cinco salários-mínimos, sem significância estatística ($p=0,954$). Para as autoras do estudo, a resiliência pode ser uma característica dos idosos tanto da classe social mais baixa, quanto da mais alta, chamam a atenção para a escassez de estudos relacionando a resiliência e os aspectos econômicos, porém mencionam que há estudos em andamento, no contexto do envelhecimento, explorando esta variável (FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMINON, 2009).

Em geral, a renda e as condições socioeconômicas, entre outros fatores, determinam as opções de moradia, alimentação, educação e saúde que estão

diretamente relacionados ao bem-estar e à QV. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2016), os idosos têm contribuído parcialmente ou totalmente para o montante da renda familiar mensal, tal fato é notado principalmente nas famílias de baixa renda, em que a aposentadoria, muitas vezes, é a única fonte de renda da família (BRASIL, 2016). Nesse sentido, muitas vezes, é por este motivo que os arranjos familiares incluem o idoso ou o casal de idosos, convivendo no mesmo domicílio com os filhos, netos, genros e noras, e não só pela possibilidade de receberem cuidados e apoio dos mais jovens (CAMARANO; FERNANDES, 2014).

Neste estudo, observaram-se maiores médias na pontuação da ER para os idosos sem companheiros (132,4; $p=0,924$), quando comparados aos que tinham companheiros, bem como para os que moravam sozinhos (138,3; $p=0,010$), quando comparados aos que moravam com outras pessoas. Resultados diferentes foram encontrados nos estudos de Balbé et al. (2014); Ferreira, Santos e Maia (2012); Oltramari (2010); Recabal et al. (2012) que revelaram maiores médias para idosos com companheiro(a), bem como para os que moravam com outras pessoas. Ressalta-se que não foram encontradas na literatura pesquisas realizadas com amostras de idosos avaliados pela ER, que apresentassem resultados semelhantes a estes.

Considerando o contexto da velhice, os arranjos domiciliares quase sempre estão relacionados ao histórico de vida pessoal, às condições socioeconômicas e culturais. Nesse sentido, arranjos domiciliares que permitam a interação do idoso com os demais membros da família e a rede de suporte social são fatores que podem contribuir para a promoção das características resilientes (SILVA JUNIOR et al., 2017). Nesta pesquisa, os idosos moravam em média com 2,3 pessoas ($DP=1,2$), e os arranjos domiciliares prevalentes foram os de idosos que moravam com o cônjuge e de idosos que residiam somente com os filhos.

Porém, tem sido destaque o aumento do número de idosos que residem sozinhos em seus domicílios, associado a melhores condições de saúde, independência financeira e autonomia para as atividades da vida diária, além de fatores como a diminuição do número de filhos por casal, ocorrência de divórcios e viuvez (CAMARANO; FERNANDES, 2014; CAMARGO; RODRIGUES; MACHADO, 2011). De acordo com Alves e Cavenagh (2012), esta tendência deve se manter para as próximas décadas, sendo que o arranjo domiciliar que deve apresentar o

maior crescimento é o das pessoas morando sozinhas, especialmente idosas.

A este respeito, Rabelo e Neri (2015) ressaltam que o fato de o idoso morar sozinho pode não significar condições de abandono, conflitos familiares, solidão e sofrimento psicológico, pois pode refletir uma perspectiva de valorização da independência e privacidade, durante essa fase da vida.

Na Bélgica, um estudo com idosos frágeis buscou compreender quais as características dos mecanismos de enfrentamento diante da experiência de fragilidade. As circunstâncias destacadas são de natureza multifatorial, como o nível de escolaridade, a condição financeira, incluindo principalmente os recursos individuais (traço de personalidade, estratégias de enfrentamento e resiliência), ambientais e sociais (cuidadores, vizinhança e participação social) (DURY et al., 2018).

Houve correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e WHOQOL-BREF ($r=0,242$; $p=0,003$) e correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa para o WHOQOL-OLD ($r=0,522$; $p<0,001$). Estudos utilizando os mesmos instrumentos de avaliação da resiliência e QV, em idosos com DCNTs, e aspectos funcionais e cognitivos preservados são escassos na literatura, nacional e internacional. Dessa forma, estudos que utilizaram outros instrumentos para avaliar a resiliência e a QV de idosos também mostraram a tendência de que quanto maior o grau de resiliência melhor a percepção da QV em idosos (LAIRD et al., 2017; ROBOTOM et al., 2012).

No estudo de Robottom et al. (2012), com pacientes de um ambulatório (66,3 anos; DP=10,6), em que foi utilizada a ER versão reduzida com 15 itens (pontuação 15-105) para avaliar a resiliência e o Short-Form (SF-12) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, eles encontraram correlação positiva e fraca entre a resiliência e o domínio físico ($r=0,3$; $p=0,006$) e o domínio mental ($r=0,29$; $p=0,011$). Laird et al. (2017), em seu estudo com 337 idosos (70,4anos; DP=7,0), utilizaram a CD-RISC para avaliar a resiliência e o SF-36 para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, encontraram correlação positiva e moderada entre a resiliência e a QV ($r=0,60$; $p=0,01$).

Na velhice, a autopercepção da QV frequentemente está associada à saúde, à funcionalidade, ao bem-estar psicológico, às relações interpessoais e aos recursos materiais (NERI et al., 2013). Para Pena e Santo (2006), a percepção da QV na velhice está intimamente relacionada ao significado do ser idoso, levando em

consideração as alterações biopsicossociais do processo de envelhecimento humano. Assim sendo, para uma melhor adaptação nesta fase da vida, a reserva da capacidade de resiliência é relevante para o idoso que precisa estar preparado para o enfrentamento de eventuais adversidades (SILVA et al., 2012).

A este respeito, Kalache (2017) pondera que a perspectiva do envelhecimento ativo, que envolve os aspectos físicos, sociais e psicológicos e que têm impacto na maneira como se vivencia a velhice, também é vinculada à QV, e concorda que dentre esses aspectos, uma importante dimensão a ser devolvida ou mantida é a resiliência, pois se trata de uma ferramenta de desenvolvimento de reservas necessárias para se adaptar às situações vulneráveis, a fim de manter a satisfação com a vida durante a velhice. Portanto, o investimento nas características do *self*, agregadas às experiências vivenciadas ao longo da vida, fortalece os mecanismos de regulação remanescentes nos idosos.

Desse modo, Cosco, Howse e Brayne (2017) pontuam sobre a perspectiva do envelhecimento saudável, sendo a resiliência complementar a este constructo, pois ambos permeiam o bom funcionamento dos domínios cognitivos e emocionais, da saúde e do engajamento da velhice ativa. Os autores ressaltam que o modelo de resiliência é ainda mais fácil de ser colocado em prática, pois é mais aplicável ao contexto subjetivo, que permite ao indivíduo construir reservas (individuais, sociais e ambientais) que auxiliam na capacidade de enfrentamento.

Diante dessa perspectiva, um estudo de revisão apontou que alto grau de resiliência entre os idosos está relacionado ao desenvolvimento de características mentais (a adaptação, o enfrentamento, a gratidão, as emoções positivas, a esperança, entre outros), sociais (o envolvimento com a comunidade, família e amigos, suporte social, entre outros) e físicas (a mobilidade, a independência, a funcionalidade, entre outros). Os estudos reiteram que esse potencial para resiliência está associado à percepção positiva da QV, felicidade, saúde e bem-estar, sendo caracterizado como um recurso importante no envelhecimento bem-sucedido (MACLEOD et al., 2016).

Neste estudo a correlação entre o escore geral da ER e a pontuação na CES-D foi negativa, fraca e estatisticamente significativa ($r=0,270$; $p=0,001$), e na comparação entre as médias idosos sem sintomas depressivos apresentaram maior média na ER (134,7; $p=0,035$), quando comparados aos que tinham sintomas depressivos.

As doenças crônicas se configuram em relevante fator de risco para a depressão em idosos, devido ao seu potencial para aumentar a vulnerabilidade dos mesmos (BOYLE et al., 2004). A este respeito Fontes et al. (2015) ponderam que, de maneira geral, idosos em atendimento ambulatorial possuem doenças crônicas, relativo grau de dependência, bem como sintomas depressivos. Acrescentam que idosos mais velhos que sobreviveram ao câncer apresentam mais características resilientes, quando comparados aos mais jovens, mostrando melhores resultados em saúde mental, humor, bem-estar psicológico, bem-estar social e espiritualidade.

Na China, um estudo foi realizado com 385 idosos da comunidade, com o objetivo de avaliar o efeito da resiliência na relação entre os eventos estressantes da vida e os sintomas depressivos. A resiliência foi avaliada por meio da CD-RISC (25-125 pontos), e os sintomas depressivos pela GDS-15. Os resultados revelaram média de idade de 72,1 anos (DP=5,8), 58,2% eram mulheres; o escore médio da resiliência foi de 84,9 (DP=11,1), 4,4% apresentaram sintomas de depressão; houve correlação negativa e fraca entre a resiliência e os sintomas depressivos ($r=-0,038$; $p=0,000$) (LIM et al., 2015). Em outro estudo realizado na China, utilizando esses mesmos instrumentos para avaliar a resiliência e os sintomas depressivos, foram avaliados 474 idosos da comunidade de Guangzhou, sendo que 62,8% tinham entre 60 e 74 anos, o escore médio na CD-RISC foi 57,9 (DP=13,2) pontos, a média de pontos na GDS-30 foi de 8,3 (DP=6,1); a correlação entre a GDS-30 e a CD-RISC foi negativa e fraca ($r=-0,456$; $p<0,001$). No Brasil, Fontes et al. (2015) avaliaram 59 idosos em atendimento ambulatorial, na cidade de Campinas-SP, com o objetivo de descrever as relações entre funcionalidade, sintomatologia depressiva e cognição em idosos resilientes e não resilientes, utilizando a ER e a EDG-15. Os resultados revelaram média de idade de 75,7 (DP=7,7) pontos; houve correlação negativa e moderada ($r=-0,688$, $p=0,01$) entre a resiliência e sintomas depressivos; quanto à comparação entre as médias, os idosos com baixa resiliência (≤ 66 pontos-mediana) apresentaram maior pontuação na GDS (6,4; DP4,2), quando comparados aos com elevada resiliência (2,6; DP=2,6), com significância estatística ($p=0,001$).

Em estudo realizado por Mehta et al. (2008), os resultados mostraram que a depressão estava fortemente correlacionada com o sintoma de apatia nos idosos com idade igual ou superior a 80 anos, porém entre os com menos de 80 anos, os escores de resiliência, apatia e incapacidade contribuíram igualmente para a variabilidade na EDG, além da resiliência estar associada ao manejo da vida diária e

dos sintomas depressivos.

Autores como Lima e Bueno (2009) mencionam que as mulheres estão mais sujeitas a apresentarem depressão, o que pode ser justificado pelo fato de as mesmas apresentarem maior suscetibilidade e vulnerabilidade para os problemas de saúde física e mental, de maneira que o isolamento social e os transtornos emocionais decorrentes da aposentadoria, da viuvez e das alterações fisiológicas possam propiciar o aparecimento de sintomas depressivos.

A ansiedade e a depressão são os distúrbios emocionais mais observados na população idosa, talvez pelo fato de que devido às características encontradas nas pessoas que vivenciam a fase da velhice, como o isolamento social, as alterações cognitivas, os preconceitos, a burocracia no processo da aposentadoria, entre outros, elas sejam acometidas mais facilmente (LUFT et al. 2007; MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004; SANTANA; BARBOZA, 2007).

Nesse sentido, o estilo de vida sugere a disponibilidade de características resilientes que irão auxiliar no processo de envelhecimento, sendo a enfermagem capaz de mediar sua promoção, utilizando suas teorias e modelos de prática profissional (RECABAL et al., 2012).

Conhecer como se relacionam e se associam variáveis como resiliência, QV e depressão, em pacientes idosos atendidos em serviços ambulatoriais, pode resultar em informações que auxiliem a equipe multidisciplinar no planejamento de ações com enfoque nas necessidades desses idosos, com a finalidade de promover melhor assistência não só ao idoso, mas também a seus familiares.

O estado emocional do idoso pode contribuir para o desenvolvimento de melhores características resilientes, o que resulta em melhor saúde física e mental, promoção mais efetiva de bem-estar, prazer, segurança, e melhor entendimento e aceitação das mudanças ocorridas com o envelhecimento. Dessa forma, embora os idosos estudados estejam vivenciando uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por mudanças e adversidades, parecem estar se adaptando e lançando mão de recursos e mecanismos comportamentais de enfrentamento, adaptação e superação.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou analisar a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, a QV e os sintomas depressivos dos idosos, atendidos em um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

Os resultados encontrados permitiram verificar que:

- Participaram deste estudo 148 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria;
- A média de idade dos idosos foi de 77,7 anos, a maioria era do sexo feminino, viúvos(as), católicos e aposentados, com renda mensal média de R\$ 1.436,73 reais e escolaridade média de 2,3 anos. A maior parte morava com o cônjuge, seguida daqueles que residiam com os filhos;
- No que se refere aos diagnósticos médicos, houve prevalência da hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, depressão e Diabetes Mellitus, e a média de diagnóstico foi de 7,4;
- Quanto à QV, a pontuação média no escore global do WHOQOL-BREF foi de 56,7, o domínio da “Relação social” apresentou a maior média com 66,2 pontos e a menor no domínio “Físico” 50,7; no WHOQOL-OLD, a pontuação média no escore global foi de 63,5, com maior média na pontuação da faceta “Morte e Morrer” 70,9 pontos e menor na faceta “Funcionamento do Sensório” 56,4 pontos;
- A pontuação média na CES-D foi de 16,5 pontos, a maioria dos idosos apresentou sintomas depressivos;
- Houve maior prevalência dos sintomas depressivos entre os idosos do sexo feminino, com idade entre 60 e 79 anos, sem companheiro(a), escolarizados, que residiam com outras pessoas e que tinham renda inferior a um salário-mínimo;
- A pontuação média no escore geral da ER foi de 130,6 pontos;
- Foi encontrada correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e as variáveis: escolaridade, renda e o escore global do WHOQOL-BREF; houve correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre o escore geral da ER e o escore global do WHOQOL-OLD; verificou-se correlação inversa, fraca e estatisticamente significativa entre o escore global da ER e a CES-D;
- A análise do teste de comparação de médias, entre os escores gerais da ER

para as variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, revelou maiores médias para os idosos sem companheiros, que moravam sozinhos, com renda maior que um salário-mínimo e sem sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa para as variáveis com quem mora, renda e sintomas depressivos;

- A comparação de médias, entre os escores globais do WHOQOL-BREF para as variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, indicou maiores médias para os idosos do sexo masculino, que não tinham companheiro, que moravam sozinhos, com renda maior que um salário-mínimo e sem sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa para as variáveis: sexo, renda e sintomas depressivos;
- Na comparação de médias entre os escores globais do WHOQOL-OLD para as variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, observaram-se maiores médias para os idosos que moravam sozinhos, com renda maior que um salário-mínimo e sem sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa para todas as variáveis.

O presente estudo apresentou limitações tais como:

- Os dados se referem apenas aos idosos atendidos no ambulatório, ou seja, as características são peculiares para a amostra aqui estudada, assim generalizações devem ser vistas com cautela, a fim de evitar equívocos. Além disso, apesar de ter sido entrevistado o maior número possível de idosos, não foi realizado cálculo amostral, logo a amostra não é representativa;

Considerando os resultados apresentados, acredita-se que os mesmos mostram a relevância de se conhecer a relação entre a resiliência, as características sociodemográficas e de saúde, a qualidade de vida e os sintomas depressivos dos idosos, em contexto ambulatorial, com a finalidade de obter subsídios necessários, para o planejamento da assistência aos idosos, com enfoque nos mecanismos comportamentais de enfrentamento, adaptação e superação e com o propósito de estimular e fortalecer o desenvolvimento de atitudes positivas, ao longo do processo de envelhecimento, com possibilidades de favorecer a promoção da saúde e da QV

na velhice.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

- ABURN G.; GOTT, M.; HOARE K. What is resilience? an Integrative Review of the empirical literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 5, p. 980-1000, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12888/abstract>. Acesso em: 02 dez. 2017.
- AHERN, N. R. et al. A review of instruments measuring resilience. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 29, n. 2, p. 103-25, 2006.
- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Factors associated to quality of life in active elderly. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.
- ALMEIDA, A. V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-31, jan./jun. 2015.
- ALMEIDA, W. A. et al. Factors associated with quality of life of people with chronic complex wounds. **Revista Cuidado Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 9-16, 2018.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2006. p. 149-77.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. **Cadernos de estudos sociais**, v. 27, n. 2, p. 91-114, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)**. 5th ed. Washington, DC: APA, 2014.
- AMORIM, T. C.; BURGOS, M. G. P. A.; CABRAL, P. C. Perfil clínico e antropométrico de pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório. **Sci Med.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/26616/15773>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- ANTES, D. L. et al. Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: análise comparativa dos estudos perfil do idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 1, p. 189-202, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00189.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- ARAÚJO, C. L. O.; FARO, A. C. M. Estudo sobre a resiliência em idosas do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, n. 42, p. 81-98, abr. 2016.

ARAÚJO, V. R.; VALENÇA, A. M. G.; ROCHA, A. V. Saúde do idoso na atenção básica de saúde no município de João Pessoa: o olhar do usuário. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 195-204, 2012.

AVELINO, M. A. A. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014.

AZEVEDO, C. et al. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-8, 2017.

BALBÉ, G. P. et al. Aspectos psicológicos em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. **ConScientiae Saúde**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 126-133, 2014.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325-39, 2015.

BATISTA, M. A. **Fragilidade e qualidade de vida de idosos com doença renal crônica**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, n. 1, p. 561-571, 1961.

BEEKMAN, A. T. F. et al. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. **Psychological Medicine**, v. 27, n. 1, p. 231-235, 1997.

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidade para o autocuidado de idosos em atendimento ambulatorial**. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

BENTO, J. A.; LEBRÃO, M. L. Suficiência de renda percebida por pessoas idosas no município de São Paulo/Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2229-2238, 2013.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORGES, L. J. et al. Sintomas depressivos em idosos. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Introduction. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10,

p. 1337-8, 1995.

BOYLE, S. H. et al. Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 66, n. 5, p. 629-632, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1. ed. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 466, de 2012**. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2012b.

_____. **Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016**. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8948.htm. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf>. Acesso em: 5dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 15 dez. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Guia de políticas, programas e projetos do governo federal para população idosa: compromisso nacional para o envelhecimento ativo**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010. (Série B, textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS por causas externas – por local de internação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Suicídio, saber agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017. 15p.

BRUCKI, S. M. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003.

BURNS N.; GROVE, S. K. **The Practice of Nursing Research: conduct, critique, and utilization**. 5ed. Elsevier Saunders: St. Louis, 2005.

BUSS, A. et al. Effectiveness of educational nursing home visits on quality of life, functional status and care dependency in older adults with mobility impairments: a randomized controlled trial. **Journal of evaluation in clinical practice**, Londres, v. 22, n. 1, p. 213-221, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12457>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, n. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.

CALLEGARI, C. et al. Resilience in older adults: influence of the admission in nursing home and psychopathology. **Neuropsychiatry**, London, v. 6, n. 4, p. 117-123, 2016. Disponível em: <<http://www.jneuropsychiatry.org/abstract/resilience-in-older-adults-influence-of-the-admission-in-nursing-home-and-psychopathology-11462.html>>. Acesso em: 10 maio 2018.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. **Mudanças nos arranjos familiares e seu impacto nas condições de vida: 1980 e 2010**. In: CAMARANO, A. A. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. cap. 3, p. 117-153. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, A. A. et al. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 1.ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap 1, p. 25-73. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions**. New York: Russell Sage Foundation, 1976.

CAMPBELL-SILLS, L.; STEIN, M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. **Journal of Traumatic Stress**, v. 20, n. 6, p. 1019-1028, 2007.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919-25, 2011.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.

46, n. 4, p. 301, 2000.

CARNAÚBA, C. M. D. et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 353-363, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CARVALHO, V. F. C.; FERNANDES, M. E. D. Depressão no idoso. In: PAPALÉO-NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento: uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2000. 524 p. il. p. 122-42.

CASTRO-DE-ARAÚJO, L. F. S. et al. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n.2, p. 201-207, 2013.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-84, 2012.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-BRASIL). **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro, 2015. 1ed. 119p. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Campinas: Alínea; 2011. cap. 2, p. 30-40.

CHAN, M. Prefácio. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CHANG, Y. C. et. al. Levels of depressive symptoms may modify the relationship between the WHOQOL-BREF and its determining factors in community-dwelling older adults. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 28, n. 4, p. 591-601, 2016. Disponível em: <[doi:10.1017/S1041610215002276](https://doi.org/10.1017/S1041610215002276)>. Acesso em: 05 Abri. 2018.

CHATTERJI, S. et al. Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications. **Lancet**, v. 385, n. 9967, p. 563-575, 2015.

- CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.
- CHAVES, E. C. L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 648-655, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00648.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- CHO, J.; MARTIN, P.; POON, L.W. Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. **The Gerontologist**, Oxford, v. 55, n. 1, p. 132-143, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/1/132/574916>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1763-8, 2011. Número especial.
- CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T.; QUEIROZ, T. A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de FortalezaCE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 988-994, 2011. Número Especial.
- COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**. v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.
- CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R.T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v.18, n. 2, p. 76-82, set. 2003.
- COSCO, T. D. et al. Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n. 16, p. 1-6, 2016.
- COSCO, T. D.; HOWSE, K.; BRAYNE, C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, New York, v. 26, n. 6, p. 579-583, 2017. Editorial. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B01CB48F513E65E424A8E664CFEFE1DB/S2045796017000324a.pdf/healthy_ageing_resilience_and_wellbeing.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- COSTA, A. L. S. C. et al. Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in brazilian patients with colorectal cancer. **Cancer Nursing**, New York, p. 1-9, 2016.
- COSTA, F. M.; NAKATA, P. T.; MORAIS, E. P. Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p.818-825, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00818.pdf>. Acesso em:

20 mar. 2018.

COZIN, S. K. et al. Autoestima de idosos atendidos em ambulatórios de geriatria. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 11-7, 2015.

CROWE, M. et al. The prevalence of pain and its relationship to falls, fatigue, and depression in a cohort of older people living in the community. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 73, n. 11, p. 2642-2651, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jan.13328>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CYRULNIK, B. **Los patitos feos**. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. 5. ed. Gedisa: Madri, 2001.

DAHLSTRO, W. M.; WELSH, G. S. **An MMPI handbook**: A guide to use in clinical practice and research. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1960.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; ALMEIDA, M. H. M.; LEBRÃO, M. L. As Atividades Avançadas de Vida Diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 225-232, set-dez. 2014.

DOMINGUES, P. C.; NERI, A. L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 14, n. 3, p. 164-173, 2009.

DORETO, D.T. **Rede e apoio social entre idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria**. 2015. 182 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

DRAGANO, N. et al. Two models of job stress and depressive symptoms: results from a population-based study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, p. 72-78, 2008.

DRUMOND, C. H. et al. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 320-27, jul./set. 2013.

DURY, S. et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. **BMC Public Health**, Londres, v. 18, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5088-3>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

EDWARD, K. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. **British Journal of Nursing**, London, v. 22, n. 13, p. 741-744, 2013.

ELIOPOULOS, C. Mudanças comuns no envelhecimento. In: ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. Tradução de R. M. GARCEZ, 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 5, p. 78-95.

ERMEL, RC. **Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil – Portugal**. 2012. 195 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2012.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R. B.; GUIMARÃES, M. A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.

ESTEVES, M. et al. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 18-28, 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50n1/AO3-Qualidade-de-vida-de-idosos-hipertensos-e-diabeticos.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018

FANG, X. et al. Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. **Aging Mental Health**, v. 19, n. 11, p. 1015-1021, jul. 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2014.1003287>. Acesso em: 02 jan. 2018.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, n. 1, p. 502-8, 1995.

FELGUEIRAS, M. C.; FESTAS, C.; VIERIA, M. Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. **Cadernos de saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2010.

FHON, J. R. S. **Queda e sua relação com fatores sociodemográficos e de saúde em idosos de uma comunidade brasileira: estudo de seguimento**. 2016. 179p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 328-34, 2012.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-8, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-83, 2000.

- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development of the WHOQOL-OLD module in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006.
- FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- FONTES, A. P. et al. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-17, 2015.
- FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1475-95, 2015.
- FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-63, 2009.
- FORTES-BURGOS, A. C.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.
- FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. cap. 25, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 477-495.
- FREITAS, C. M. et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1577-1586, 2012.
- FREITAS, C. V. et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n1/pt_1809-9823-rbagg-19-01-00119.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- FRIBORG, O. et al. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 12, n. 1, p. 65-76, 2003.
- FRIED, L. P. Investing in health to create a third demographic dividend. **The Gerontologist**, v. 56, n. 2, p. 167-177, 2016. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S167/2605367. Acesso em: 02 dez. 2017.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE).

Informações dos municípios paulistas. 2016. Disponível

em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. **Perfil dos municípios paulistas: projeção da população por faixas etárias quinquenais.** 2018. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/>>. Acesso

em: 01 abr. 2018.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio: resumo executivo.** Nova York: UNFPA; Londres: HelpAge Internacional, 2012. Disponível

em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

GARIN, N et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the spanish older population. **Public Library of Science**, v. 9, n. 11, p. 1-12, nov. 2014. Edição Especial. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222819/>. Acesso em 02 jan. 2018.

GARCIA-DIA, M. J. et al. Concept Analysis: resilience. **Archives of Psychiatric Nursing**, New Work, v. 27, n. 1, p. 264–270, 2013.

GARMEZY, N. Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk. In: DEAN, S. R. **Schizophrenia: the first ten dean award lectures.** New York: MSS Information Corp, 1973, p. 163-204.

GARMEZY, N. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: ANTHONY, E. J.; KOUPERNIK, C. **The child in his family: Children at Psychiatric risk: III.** New York: Wiley, 1974. p. 547.

GARMEZY, N.; STREITMAN, S. Children at risk: the search for the antecedents of schizophrenia, part I. conceptual models and research methods. **Schizophrenia Bulletin**, v. 8, n. 8, p. 14-90, 1974.

GASPARINI, E. M. T. **Uso de dispositivos assistivos por idosos mais velhos domiciliados e sua relação com a capacidade funcional e com a fragilidade.** 2015. 118p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GAUTÉRIO-ABREU, D. P. et al. Pessoas idosas em atendimento ambulatorial: motivos que levam a adesão/não adesão aos medicamentos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1094-1103, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71443247022>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

GIRTLE, N., et al. Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Piza, v. 28, n. 1, p. 669-678, 2010.

GOMES, M. M. F. et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e

2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 566-578, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a14v29n3.pdf> >. Acesso em: 30 mar. 2018.

GONÇALVES, B.; FAGULHA, T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **European Journal of Psychological Assessment**, v. 20 n. 4, p. 339-348, 2004.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-18, 2010.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S. D.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016.

HAIGH, E. A. P.; BOGUCKI, O. E.; SIGMON, S. T.; BLAZER, D. G. Depression among older adults: a 20-year update on five common myths and misconceptions. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 107-122, jan. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748117303573/pdf?md5=8f9342ee95e3afa810df4099d7b3ba9f&pid=1-s2.0-S1064748117303573-main.pdf>. Acesso em 15 jan. 2018.

HAIR, J. F.; ANDRESON, R. E.; TATHAM, R. L. et. al. **Multivariate data analysis**. Ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HAYMAN, K. J.; KERSE, N.; CONSEDINE, N. S. Resilience in context: the special case of advanced age. **Aging & Mental Health**, Reino Unido, v. 21, n. 6, p. 577-585, 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2016.1196336?needAccess=true>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. **An aging world: 2015**: international population reports. Washington, DC: United States Census Bureau, 2016. Disponível em: <<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

HEILEMANN, M. V.; LEE, K.; KURY, F. S. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 11, n. 1, p. 61-72, 2003.

HELPAGE INTERNACIONAL. **Global agewatch index 2015**: insight report. Londres, 2015. 28 p. Disponível em: < <http://www.helpage.org/global-agewatch/=reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/> >. Acesso em: 10 jul. 2017.

HERNANDEZ-HUAYTA, J.; CHAVES-MENESES, S.; CARREAZO, N. Y. Salud y calidad de vida en adultos mayores de um área rural y urbana del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 33, n. 4, p. 680-688,

2016. Disponível

em:<<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551/2448>>.

Acesso em: 05 abr. 2018.

HOCHHALTER, A. K.; SMITH, M. L.; ORY, M. G. **Successful aging and resilience: applications for public health and health care**. In: RESNICK, B.; GWYTHYER, L. P.; ROBERTO, K. A. Resilience in aging: concepts, research, and outcomes. New York, NY: Springer, cap. 2, p. 15-29, 2011.

HU, T. et al. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: a cross-sectional observation study. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, Mumbai, v.14, n. 1, p. 72-77, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em números**. Rio de Janeiro, 2016b. v. 24. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2016_v24.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. **Estatística de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro 2016a. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Educação 2016**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101434.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2017: rendimentos de todas as fontes 2017**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:<<https://www.poder360.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Pnad-Continua-Rendimentos2017.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

_____. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv86444.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World employment and social outlook**: trends 2015. Geneva: International Labour Office, 2015. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_337069.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of life research**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 125-136, 2004.

JESTE, D. V. et al. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 170, n. 2, p. 188-196, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593664/>. Acesso em: 30 dez. 2017.

JOHNSTON, M. C et al. Physical disease and resilient outcomes: a systematic review of resilience definitions and study methods. **Psychosomatics**, v. 56, n. 2, p. 168-180, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318214001650?via%3Dihub>. Acesso em: 15 dez. 2017.

KALACHE, A. Direitos adquiridos, envelhecimento ativo e resiliência: a importância desses conceitos ao longo da vida. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 159-160, 2017. Editorial.

_____. The longevity revolution: creating a society for all ages. **Adeleide Thinker in Residence 2012-2013**. Adeleide: Government of South Australia; 2013. 103p. Disponível em: <<http://www.flinders.edu.au/sabs/fcas-files/Publications/The%20Longevity%20Revolution.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2017.

KIM, H. et al. Frailty assessment in the geriatric outpatient clinic. **Geriatr. Gerontol. Int.**, Japão, v. 14, n. 1, p. 78-83, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12057>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

KOHLI, M. The institutionalization of the life course: looking back to look ahead. **Research in Human Development**, v. 4, n. 34, p. 253-271, 2007.

KOTLIARENCO, M. A. El juego como possibilidade de refuerzo a la resiliência. In: SANTOS, S. M. P. **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. Petrópoles: Vozes, 1997. p. 33-51.

LAIRD, K. T. et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. **International Psychogeriatrics**, London, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

LANDAU, J.; SAUL, J. Facilitando a resiliência de família e da comunidade em resposta a grandes desastres. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 4, n. 4, p. 56-78, 2002.

LE, T. et al. Trust in health information sources differs between young/middle and oldest old. **American Journal of Health Promotion.**, Washington, v. 28, n. 4, p. 239-241, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061972/pdf/nihms589011.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014.

LEE, K.; MARTIN, P.; POON, L. W. Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians, **Aging & Mental Health**, v. 21, n. 11, p. 1214-1221, 2017.

LEIPOLD, B.; GREVE, W. Resilience: a conceptual bridge between coping and development. **European Psychology**, v. 14, n. 1, p. 40-50, 2009.

LE MOS, C. M. M.; MORAES, D. W.; L. C. PELLANDA. Resiliência em pacientes portadores de cardiopatia isquêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 106, n. 2, p. 130-135, 2016.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIM, M. L. et al. Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 19, n. 11, p. 1005-1014, 2014. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2014.995591>>. Acesso em: 15 maio. 2018.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LOPES, M. J. et al. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 1-9, jan-fev.2013. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

LUFT, C. B. et al. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

LUTHAR, S. S. Annotation: methodological and conceptual issues in the study of resilience. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Columbia, v. 34, n. 4, p. 441-53, 1993.

LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, v. 71, n. 3, p. 543-62, May/Jun. 2000.

LUZ, E. P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 303-314, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00303.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MACLEOD, S et al. The impact of resilience among older adults. **Geriatric Nursing**, v. 37, n. 1, p. 266-272, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216000689?via%3Dihub>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-64, jan./mar. 2013.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, abr-jun, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, supl, 2017.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1098-1106, 2013.

MARNOCHA, S.; MARNOCHA, M. How older female spouses cope with partners' coronary artery bypass graft surgery. **Nursing Research and Practice**, p. 1-7, 2013. Disponível em: < <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/923137/>>. Acesso em: 10 maio. 2018.

- MARTINS, R. M. A depressão no idoso. Educação, ciência e tecnologia. **Millenium**, n. 31, 2008. Disponível em: <www.ipv.pt/millenium/Millenium34/9.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2018.
- MARTORELL-POVEDA, M. A.; PRATS, J. B.; SILVA, E. N. Principais mudanças anatômicas e fisiológicas relacionadas ao envelhecimento. In: MENEZES, M. R. et al. **Enfermagem gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. São Paulo: Manole, 2016. cap. 5, p. 79-92.
- MASTEN, A.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B.; KAZDIN, A. **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum, 1985.v. 8, p. 1-52.
- MATHERS, C. D. et al. Causes of international increases in older age life expectancy. **The Lancet**, v. 385, n. 9967, p. 540-548, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60569-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60569-9.pdf). Acesso: 20 nov. 2017.
- MEHTA, M., et al. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 238-243, 2008.
- MELILLO, A. Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. In: MELILLO, A.; SUÁREZ-OJEDA, E. N.; RODRÍGUEZ, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Buenos Aires: Paidós, 2004. p. 63-75.
- MELILLO, A.; SUAREZ-OJEDA, E. N.; RODRÍGUEZ, D. **Resiliencia y subjetividade: los ciclos de la vida**. Buenos Aires: Paidos, 2004.
- MELO, B. R. S. et al. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0388.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, 2016.
- MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed in patients. **Journal of Affective**

Disorders, Amsterdam, v. 179, n. 1, p. 128-133, 2015.

MUNIZ, T. S.; BARROS, A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.1, p. 103-116, 2014.

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2006. p. 11-35.

NERI, A. L. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013. p. 15-26.

NEWMAN, R. The road to resilience. **American Psychological Association (APA)**, Washington, DC, v. 33, n. 9, p. 62, 2002. Disponível em: <<http://www.apa.org/monitor/oct02/pp.aspx>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

NOGUEIRA, L. V. et al. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 90-93, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875550/152_90-93.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

OLIVEIRA, E. T. **Análise e desenvolvimento do conceito de resiliência no envelhecimento**. 2015, 103p. Dissertação Mestrado. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

OLIVEIRA, T. C.; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 85-94, mar. 2015.

OLTRAMARI, G. **Influência da resiliência na dor crônica de idosos**. 2010. 56 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

_____. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID – 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de

classificações internacionais, org.; coordenação da tradução BUCHALLA, C. M. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 2003.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**: Informe de um Comitê de Expertos. Genebra, 1974. (Série de Informes Técnicos, 548).

_____. Saúde nas Américas, Edição de 2017. **Resumo do panorama regional e perfil do Brasil**. Washington, 2017. 58p. Disponível em: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/SA-2017-pt.pdf>. Acesso em 02 dez. 2017.

_____. **WHOQOL-OLD**: manual. 2006. 19p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 15 Dez. 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Pensions at a glance 2013**. Paris: 2013. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/pensions-at-a-glance-2013_5k43b02jf4tg.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fpension_glance-2013-en&mimeType=pdf>. Acesso em: 10 maio. 2018.

ORSANO, F. E. et al. Atividade física e sua influência na resiliência de idosas. **Brazilian Journal of Biomotricity**, v. 7, n. 1, p. 28-36, 2013.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde**: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro, 2013. p. 143-182.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. Tradução da 2ªed. Norte-americana. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

PAOLINI, K. S. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 177-182, 2016. Disponível em: <www.rbmt.org.br/export-pdf/47/v14n2a16.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap 1, p. 2-12.

PARREIRA, J. A. R.; BASSITT, D. P. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 202-10, 2014.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

_____. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. cap. 7, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 185-195.

PAÚL, C.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, O. Active aging in very old age and the relevance of psychological aspects. **Frontiers in Medicine**, v. 4, n. 181, p. 1-7, 2017.

Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00181/full>.

Acesso em: 02 jan. 2018.

PAULA, G. R. et al. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 222-229, 2016.

PAULO, M. A.; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. C. H. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 25-43, 2013. Suplementar 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30s0/03.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 874-882, 2014.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2006.

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap 83, p. 947-958.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-48, mar./abr. 2005.

PILGER, C. **Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico**. 2015. p.157. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 260-273, 2017.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 160-7, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: método, avaliação e utilização**. 59 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research**: appraising evidence for nursing practice. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2014.

POLYAKOVA, M. et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 152-154, p. 28-38, 2014.

PONTES, M. L. F. **Qualidade de vida e fragilidade em idosos que residem em comunidade**. 2013. 173 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

POWER, M. et al. Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 2197-214, 2005.

QADIR, F. et al. A pilot study of depression among older people in Rawalpindi, Pakistan. **BMC Research Notes**, v. 409, n. 7, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1756-0500-7-409?site=bmcresearchnotes.biomedcentral.com>. Acesso em: 05 jan. 2018.

QUINTÃO, S. M. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião. **Revista Portal de Divulgação**, v. 32, n. 3, p. 18-31, 2013.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, p. 385-401, 1977.

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

RASKIN, A.; SCHULTERBRANDT, J.; REATING, N. Factors of psychopathology in interview ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. **Journal of Consultant Psychology**, Washington, v. 31, n. 3, p. 270-278, 1967.

RECABAL, J. E. C. et al. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 18, n. 3, p. 73-81, 2012.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setor**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 87-124, 2016.

REZENDE, M. A. D. **A fragilidade e sua relação com a mortalidade dos idosos de uma comunidade brasileira**. 2016. 124p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

RESNICK, B. A.; INGUITO, P. L. The Resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, n. 1, p. 11-20, 2010.

- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- ROBOTTOM, B. J. et al. What determines resilience in patients with Parkinson's disease?. **Parkinsonism and Related Disorders**, Kidlington, v. 18, p. 174-177, 2012. Número especial. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353-8020\(11\)00318-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353-8020(11)00318-X)>. Acesso em: 10 maio. 2018.
- ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 170-178, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5652/pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- ROSA, A. S. K. C. et al. Identificação de prescrição inapropriada em ambulatório de Geriatria utilizando os Critérios Stopp e Start. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 871-879, 2016.
- ROSENBERG, A. R. et al. Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. **Cancer**, v. 121, n. 23, p. 4250-4257, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.29651/epdf>>. Acesso 30 dez. 2017.
- ROSSET-CRUZ, I. **Avaliação geriátrica global de idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo**. 2009. 156p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- ROY, N. et al. Choosing between staying at home or moving: a systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. **PLoS ONE**, v. 13, n. 1, p. 1-32, 2018. Número especial. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189266>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- RUIZ-PÁRRAGA, L. M. et al. Factor structure and psychometric properties of the resilience scale in a spanish chronic musculoskeletal pain sample. **Journal of Pain**, Philadelphia v. 13, n. 11, p. 1090-1098, 2012.
- RUTTER, M. Parent-child separation: psychological effects on the children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 12, n. 4, p. 233-260, 1971.
- _____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **America Journal of Orthopsychiatry**, Washigton, v. 57, n. 3, p. 316-31, Jul. 1987.
- RYFF, C. D.; FRIEDMAN, E. M.; MOROZINK, J. A.; TSENKOVA, V. Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. Springer Publishing Company; 2012;32(1):73–92.

- SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 97-116.
- SAMANTA, T.; CHEN, F.; VANNEMAN, R. Living arrangements and health of older adults in India. **Journals of Gerontology: Social Sciences**, v. 70, n. 6, p. 937-947, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/70/6/937/2604981>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- SÁNCHEZ, A. C. S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**. v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.
- SANTANA, A. J.; BARBOZA FILHO, J. C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007.
- SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. **Kinesis**, Santa Maria, v.27, n. 1, p.116-86, 2002.
- SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 273-283, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403842247005.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- SANTOS, L. F. et al. Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2017.
- SANTOS, M. A. S. et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 389-98, jul./set. 2015.
- SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838840010>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- SAS Institute Inc., SAS/STAT® User's Guide, Version 9.4, Cary, NC: SAS Institute Inc., 2013.
- SCOLOVENO, R. A concept analysis of the phenomenon of resilience. **Journal of Nursing Care**, London, v. 5, n. 4, p. 1-6, 2016.
- SCORALICK, F. M. et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. cap. 26, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 321-325.

- SILVA, C. R. R. et al. Resiliência em pessoas idosas com Diabetes Mellitus. **Anais Congresso Internacional Do Envelhecimento Humano**, 5. 2017, Maceió: Realize Eventos e Editora, 2017. 10p. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/cieh/resumo.php?idtrabalho=746>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- SILVA, E. A. P. C. et al. Resiliência e saúde: uma análise da qualidade de vida em idosos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 111-118, 2012.
- SILVA, S. L. A. et al. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3483-3492, 2016.
- SILVA JÚNIOR, E. G. et al. A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2017.
- SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. In: GORESTAIN, L. H. S. G. A.; ZUARDE, A. W. (Orgs.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia**. São Paulo: Lemos. p. 125-135, 2000.
- SILVEIRA, M. M.; PORTUGUEZ, M. W. Análise da qualidade de vida e prevalência de declínio cognitivo, ansiedade e sintomas depressivos em idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 2, p. 261-268, 2017.
- SINCLAIR, V. G.; WALLSTON, K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. **Assessment**, v. 11, p. 94-101, 2004.
- SMITH, B. W. et al. The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 15, n. 3, p. 194-200, 2008.
- STIVAL, M. M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014.
- SOLANO, J. P. C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. **São Paulo Medicine Journal**, São Paulo, v. 134, n.5, p.400-6, 2016.
- SPOSITO, G. et al. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3475-3482, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n12/3475-3482/pt.>>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- SOUZA, J. G.; FARIAS, F. L. R.; PASSOS, S. C. Enfermagem no cuidado à saúde mental da pessoa idosa. In: MENEZES, M. R. et al. **Enfermagem gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. São Paulo: Manole, 2016. cap. 18, p.333-358.

- SUASSUNA, P. D.; VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; CALDAS, C. P. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 643-650, 2012.
- TAFNER, P.; BOTELHO, C.; ERBISTI, R. Transição demográfica e o impacto fiscal na previdência brasileira. In: CAMARANO, A. A. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. cap. 18, p. 539-570.
- TALLMANN, A. E. C. et al. Envelhecimento e bem-estar psicológico: uma revisão integrativa. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 599-605, 2013.
- TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n. 1, p. 134-141, 2016.
- TEIXEIRA, M. F. N. et al. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 220-33, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010017> >. Acesso em: 21 abr. 2018.
- TIAN, J.; HONG, J. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. **World Journal Gastroenterology**, v. 20, n. 48, p.18439-18444, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277984/>. Acesso em: 30 dez. 2017.
- TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. 2004. 224p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- TREVISAN, C. et al. Factors influencing short-term outcomes for older patients accessing emergency departments after a fall: The role of fall dynamics. **Gait & Posture**, v. 58, n. 1, p. 463-468, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2017.09.011>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- TREVIZANI, F. A. **Atividades de autocuidado de idosos com Diabetes mellitus tipo 2**. 2014. 183f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World population ageing 2015**. New York, 2015.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Relatório de atividades - 2015**. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.
- VAFAEI, A. et al. Depression, sex and gender roles in older adult populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). **PLoS ONE**, São Francisco, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2016. Disponível

em:<<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146867>>.
Acesso em: 15 abr. 2018.

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-69, maio 2013.

VARELA, F. R. A. et al. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n. 5, p. 423-430, 2015.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

_____. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-213, 2013.

VIEIRA, R. A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, 2013.

VILETE, L. et al. Resilience to trauma in the two largest cities of Brazil: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, n. 257, p. 1-13, 2014.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 1-9, jan./fev. 2013. Número especial.

VOELCKER, I. Conseguir superar e tirar forças das entranhas do teu ser: resiliência e gerontologia. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 605-606, 2017. Editorial.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Reserach**, v. 217, n. 1, p. 37-49, 1983.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número especial.

WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 1-5, 2015.

WAGNILD, G. A review of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, Washington, v. 17, n. 2, p. 105-13, 2009.

WAGNILD, G.; YOUNG, H. Resilience among older women. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 22, n. 4, p. 252-5, 1990.

_____. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, Washington, v. 1, n. 2, p. 165-78, 1993.

WANNMACHER, L. **Abordagem da depressão maior em idosos**: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

WATANABE, M.; IRIE, M.; KOBAYASHI, F. Relationship between effort-reward imbalance, low social support and depressive state among Japanese male workers. **Journal of Occupational Health**, v. 46, p. 78-81, 2004.

WELLS M.; AVERS, D.; BROOKS G. Resilience, physical performance measures, and self-perceived physical and mental health in older Catholic nuns. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, La Crosse, v. 35, n. 3, p. 126-131, 2012.

WERNER, E.; SMITH, R. **Vulnerable but invincible**: a study of resilient children. New York: McGraw-Hill, 1982.

WEYERER, S. et al. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. **Age Ageing**, v. 42, n. 2, p. 173-80, 2013.

WILLIAMS, J. A. et al. Low 25-Hydroxyvitamin D concentrations predict incident depression in well-functioning older adults: the health, aging, and body composition study. **Journals of Gerontology**, Washington, v. 70, n. 6, p. 757-763, 2015.

Disponível em:

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/70/6/757/581044>. Acesso em: 10 abr. 2018.

WINDLE, G.; BENETT, K.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 9, n. 8, p. 1-18, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Ageing**: a policy framework. Geneva: 2002. 59p. Disponível

em: <http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/>. Acesso em: 10 maio. 2018.

_____. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: 2017. 20p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva,

2014. 280p. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
Acesso em: 02 dez. 2017.

_____. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. **69º Assembléia Mundial da Saúde**, abr. 2016. 37p. Disponível em: <
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. 4 ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000

ZOU, K. H.; TUNCALI, K.; SILVERMAN, S. G. Correlation and simple linear regression. **Radiology**, Reston, v. 227, n. 3, p. 617-622, 2003.

ZUNG, W. W. K. A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatric**, Chicago, v. 12, n. 1, p. 63-79, 1965

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial

Estamos realizando um estudo com os idosos atendidos no ambulatório de Geriatria deste Hospital. Os objetivos do estudo são: conhecer as características dos idosos considerando sexo, idade, estado civil, entre outros; conhecer a capacidade de superação e adaptação diante das dificuldades e das situações estressantes da vida; verificar a qualidade de vida e identificar a presença de sintomas depressivos entre os idosos. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem como finalidade proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar voluntariamente deste estudo. A sua participação constará em responder, por meio de uma entrevista, às questões relacionadas aos aspectos pessoais e sociais (idade, data de nascimento, estado civil, anos de estudo, entre outros), a sua capacidade de compreensão e memória (realização de alguns testes, cálculo e desenho); questões sobre sua qualidade de vida (condições físicas, dor, segurança, lazer, entre outras); questões sobre sintomas de depressão (interesses, aborrecimentos, humor, medo, entre outros) e questões sobre a sua capacidade de adaptação frente às situações estressantes da vida (enfrentamento, disposição, crenças, sentido de vida, determinação, entre outros). A entrevista será realizada pela pesquisadora, num período de, aproximadamente, 40 minutos, no próprio ambulatório, em uma sala disponível.

Solicitamos, também, sua permissão para consultar em seu prontuário médico informações sobre o diagnóstico médico.

Sua participação poderá trazer desconforto emocional pela exposição de aspectos pessoais e psicológicos. Neste caso a pesquisadora realizará um acolhimento para escutá-lo e confortá-lo no presente momento e caso não tenha condições de continuar respondendo a entrevista, a mesma poderá ser interrompida.

O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo em qualquer momento, sem que isso cause nenhum prejuízo para o seu tratamento e/ou atendimento neste Hospital.

O (a) senhor(a), também, poderá solicitar novos esclarecimentos sobre o

estudo a qualquer momento, se achar necessário. Nossos telefones para contato são: (16) 3315-0534 (Sueli) e (16) 98159-7858 (Gabriella). O Sr.(a) poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197, no período das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, situado na Av. Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto, SP.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação. O Sr.(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em relação aos benefícios espera-se que os resultados deste estudo possam ajudar os profissionais de saúde no planejamento de ações que favoreçam a superação e a adaptação dos idosos diante das dificuldades e das situações estressantes da vida, o que poderá contribuir para a manutenção da saúde mental e da qualidade de vida na velhice.

Este termo de consentimento consta em duas vias que serão assinadas pelos pesquisadores, pelo senhor(a), sendo que uma via lhe será entregue e a outra ficará sob guarda do pesquisador.

Atenciosamente,

Gabriella Santos Lima

Aluna do Programa de Pós Graduação em
Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av.
Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto. Coren - 393377

Profa. Dra. Sueli Marques

Professor Doutor do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo. Coren - 61337

Eu _____ declaro estar
ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa,

Assinatura Participante

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HCRP/FMRP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14049-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 23 de março de 2017

Prezado Senhor,

Encaminhamos o projeto de pesquisa **“Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre os idosos em tratamento ambulatorial”** para ser apreciado com a finalidade de obter sua permissão para que o mesmo seja realizado com os idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria. Os objetivos do estudo são: analisar a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, a qualidade de vida e os sintomas depressivos dos idosos. Acreditamos que conhecer os aspectos que envolvem a resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos dos idosos possa subsidiar o planejamento de ações para o cuidado multidisciplinar e integral a essa população.

Sueli Marques

Profa. Dra. Sueli Marques

Depto. De Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Gabriella Santos Lima

Gabriella Santos Lima

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Júlio César Moriguti

Prof. Dr. Júlio César Moriguti

Coordenador da Divisão da Clínica Médica
Geral e Geriatria, Departamento da Clínica
Médica Geral - HCFMRP - USP

Prof. Dr. Júlio C. Moriguti
Geriatria - Cl. Médica
CRM 55622

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Zimbra

gabriellasl@usp.br

Re: Autorização uso MEEM

De : bertolucci paulo <bertolucci.paulo@unifesp.br>

Seg, 24 de Out de 2016 20:31

Assunto : Re: Autorização uso MEEM

Para : gabriellasl@usp.br

Cara Gabriela

Fique à vontade para usar o MEEM e entrar em contato.

Att

Paulo Bertolucci

Citando gabriellasl@usp.br:

>
> Prezado Profº. Drº. Paulo Henrique Ferreira Bertolucci,
> Meu nome é Gabriella, sou enfermeira, mestranda da Escola de
> Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo Programa de Enfermagem
> Fundamental, tendo como orientadora a Profª Drª Sueli Marques.
> Nosso projeto será desenvolvido em um ambulatório de geriatria e
> para alcance dos objetivos pretendo utilizar o Mini-exame do Estado
> Mental, validado em seu estudo, que irá complementar minha
> avaliação da resiliência, depressão e qualidade de vida dos idosos.
> Gostaria de solicitar sua autorização para utilizar o Mini- Exame do
> Estado Mental na minha dissertação, como também sua colaboração
> caso eu encontre dúvidas a respeito da utilização e análise do
> instrumento.
> Qualquer dúvida estou a disposição.
> Grata desde já!
> Aguardo retorno.
> Atenciosamente,
> --
>
> Gabriella Santos Lima
> Mestranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental
> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - Universidade de São
> Paulo (USP)
> Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo Brasil -
> CEP: 140040 - 902
>

APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO WHOQOL-BREF E WHOQOL-OLD

Zimbra

gabriellasl@usp.br

Re: Autorização uso WHOQOL-OLD e BREF

De : Marcelo Pio de Almeida Fleck <mpafleck@gmail.com> Ter, 25 de Out de 2016 08:11

Assunto : Re: Autorização uso WHOQOL-OLD e BREF

Para : gabriellasl@usp.br

Prezada Enf Gabriella

Agradeço seu e-mail. O WHOQOL tem uso liberado para pesquisa. Informações e o download dos instrumentos bem como os manuais dos instrumentos estão disponíveis em nosso novo site: www.ufrgs.br/qualidep

Estou à disposição para demais informações

Att

Marcelo Fleck

Em 24 de out de 2016, às 15:24, gabriellasl@usp.br escreveu:

Prezado Dr. Marcelo Fleck,

Meu nome é Gabriella, sou enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo Programa de Enfermagem Fundamental, tendo como orientadora a Profª Drª Sueli Marques. Nosso projeto será desenvolvido em um ambulatório de geriatria e para alcance dos objetivos pretendo utilizar o instrumento WHOQOL-OLD e BREF que irá complementar minha avaliação da resiliência, depressão e qualidade de vida dos idosos.

Solicito sua autorização para utilizar o WHOQOL-OLD e BREF na minha dissertação, como também sua colaboração caso eu encontre dúvidas a respeito da utilização e análise do instrumento.

Qualquer dúvida estou a disposição.

Grata desde já!

Aguardo retorno.

Atenciosamente,

APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA CES-D

Zimbra

gabriellasl@usp.br

Re: Autorização uso CES-D

De : Samila Batistoni <samilabatistoni@gmail.com>

Sex, 28 de Out de 2016 09:48

Assunto : Re: Autorização uso CES-D**Para :** gabriellasl@usp.br

Sim Gabriela, vc pode usar. O ponto de corte é o mesmo, ou seja, maior que 11 é a mesma coisa de igual ou maior que 12.

OK?

Samila

Em quinta-feira, 27 de outubro de 2016, <gabriellasl@usp.br> escreveu:
Boa Noite Profª Drª Samila Batistoni,

Agradeço pela presteza e agilidade nas informações.

Fiquei com uma dúvida, conforme foi dito no email anterior a escala ser praticamente de domínio público, significa que estou autorizada a utiliza-la em minha dissertação?

Em relação a pontuação notei que em alguns artigos que utilizaram a CES-D em idosos, ora citam o escore maior ou igual 11 e ora citam o escore 12, saberia me informar da divergência dessas informações?

Obrigada!

Abraços

De: "Samila Batistoni" <samilabatistoni@gmail.com>**Para:** gabriellasl@usp.br**Enviadas:** Terça-feira, 25 de Outubro de 2016 21:19:37**Assunto:** Re: Autorização uso CES-D

Prezada Gabriela,

A escala CES-D é praticamente de domínio publico. Será muito interessante utiliza-la. O que fiz em minhas publicações foi comparar sua capacidade discriminativa quando comparada à GDS-15. Quando comparada à GDS-15 a pontuação que mais se aproxima é o escore maior ou igual a 11 pontos. Para populações em geral (não só de idosos) o escore para depressão é o maior ou igual a 16 pontos.

Abraços,

Samila Batistoni

Em 25 de outubro de 2016 08:51, <gabriellasl@usp.br> escreveu:

Prezada Profª. Drª. Samila Sather Tavares Batistoni,

Meu nome é Gabriela, sou enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo Programa de Enfermagem Fundamental, tendo

APÊNDICE F - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

Zimbra

gabriellasl@usp.br

Re: Autorização uso Escala de Resiliência**De :** Simone Goncalves de Assis <sgassis@globo.com>

Seg, 31 de Out de 2016 16:32

Assunto : Re: Autorização uso Escala de Resiliência**Para :** gabriellasl@usp.br**Cc :** rpesce@claves.fiocruz.br, renata pesce
<renata.pesce@gmail.com>

Gabriella,

Nosso grupo aqui do Claves realizou a adaptação transcultural da escala há anos atrás, quando publicamos o livro. Na época pedimos por email ao autor da escala autorização para a versão em português. Desde então temos utilizado em nossos trabalhos.

Não nos cabe autorizar o seu uso, pois nós não temos autoridade legal para tanto. Claro que estimulamos seu uso a quem nos pergunta a respeito. Muitos grupos e alunos têm utilizado aqui no Brasil sem problemas.

Mas se quiser obter autorização, só mesmo o autor da escala poderá fazê-lo. Na época consegui localizá-lo por email listado no artigo da escala original. Não sei se posteriormente a autorização que recebemos do autor, a escala foi entregue para ser comercializada por alguma empresa. Apenas neste caso creio que você teria problema em utilizá-la aqui.

abs

Simone Assis

Em 31/10/2016 13:50, gabriellasl@usp.br escreveu:

Prezada Dr^a Renata Pires Pesce,

Meu nome é Gabriella, sou enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo Programa de Enfermagem Fundamental, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Sueli Marques. Nosso projeto será desenvolvido em um ambulatório de geriatria e para alcance dos objetivos pretendo utilizar a Escala de Resiliência, validada em seu estudo "Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência", que irá complementar minha avaliação da depressão e qualidade de vida dos idosos.

Gostaria de solicitar sua autorização para utilizar a Escala de Resiliência na minha dissertação, como também sua colaboração caso eu encontre dúvidas a respeito da utilização e análise do instrumento.

APÊNDICE F - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

Zimbra **gabriellasl@usp.br**

RE: Authorization Resilience Scale

De : Gail Wagnild <gwagnild@resiliencecenter.com> Ter, 25 de Out de 2016 11:26
Assunto : RE: Authorization Resilience Scale
Para : gabriellasl@usp.br

Hello,
 Thank you for your email. You will need to purchase a licensing agreement to use the measure. This is available on the website (www.resiliencescale.com) for \$75 USD.
 Sincerely,

Gail Wagnild, PhD
 Owner and CEO
 The Resilience Center
www.resiliencescale.com
 406.670.6597

From: gabriellasl@usp.br [mailto:gabriellasl@usp.br]
Sent: Tuesday, October 25, 2016 4:47 AM
To: gwagnild@resiliencecenter.com
Subject: Authorization Resilience Scale

Dear Gail M Wagnild, RN, PhD
 My name is Gabriella, I am a nurse, master's student at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, as guidance PhD Sueli Marques. Our project will be developed in a geriatric outpatient clinic and to achieve the goals I intend to use the Resilience Scale, originated to your study "Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale", validated in Brasil, by Renata Pesce "Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale", which will complement my assessment of depression and quality of life elderly.

I would ask your permission to use the Resilience Scale in my dissertation, as well as their collaboration if I find questions about the use and analysis of the instrument.
 Any doubt I am available.
 Awaiting return.
 Sincerely yours,

--
 Gabriella Santos Lima
 Mestranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - Universidade de São Paulo (USP)
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo Brasil - CEP: 140040 - 902

APÊNDICE F - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

Zimbra

gabriellasi@usp.br

Re: The Resilience Center**De :** gabriellasi@usp.br

Sáb, 03 de Dez de 2016 13:38

Assunto : Re: The Resilience Center**Para :** Gail Wagnild <gwagnild@resiliencecenter.com>

Dear Gail Wagnild,

Thank you for submitting the license and attachments for the resilience scale.
I count on your collaboration for any doubts.
Thank you for your availability!

Gabriella Santos Lima
Mestranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - Universidade de São Paulo (USP)
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo Brasil - CEP: 140040 - 902

De: "Gail Wagnild" <gwagnild@resiliencecenter.com>**Para:** gabriellasi@usp.br**Enviadas:** Sábado, 3 de Dezembro de 2016 12:50:31**Assunto:** The Resilience Center

Hello,

Thank you for purchasing a licensing agreement to use the RS in y our research. Your User's Guide is attached and the password is: [REDACTED]

Print ready copies of the RS/RS14 are attached.

Please note that the scales cannot be modified or adapted in any way, which is made clear in the licensing agreement.

If you plan to use the measure online for your research project, you must agree to the following requirements:

- a. The scale must be password protected and not open to the public. It must only be available to your research participants.
- b. The copyright must appear at the bottom of the scale.
- c. The scale must be removed as soon as the study is completed.
- d. The scale cannot be used in additional research or in your organization for purposes other than the research study for which you have a licensing agreement.

Your licensing agreement is attached.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 65 16 3315.3382 - 65 16 3315.3381 - Fax: 65 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 091/2017, de 03.05.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 226ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 66567617.7.0000.5393

Projeto: Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial

Pesquisadores: Gabriella Santos Lima
Sueli Marques (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Sueli Marques

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA HCRP/FMRP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 08 de Maio de 2017

Projeto de pesquisa: “RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL”

Pesquisador responsável: Gabriella Santos Lima e Profa. Dra. Sueli Marques

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético de EMENDA emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador Técnico Científico da
Unidade de Pesquisa Clínica - HCFMRP-
USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das
Clínicas de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto

Telefone: 16 3602-2228 / email: cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA HCRP/FMRP **COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial

Pesquisador: Gabriella Santos Lima

Versão: 1

CAAE: 66567617.7.3001.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial que tem como pesquisador responsável Gabriella Santos Lima, foi recebido para análise ética no CEP USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP em 26/04/2017 às 17:44.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br