

Qualidade de vida de idosos inseridos em um programa de atendimento em saúde e associações com as características do paciente, da doença, da terapêutica e suporte social

Giovana Caldas Pereira*
Beatriz Pavan Campos*
Marcela Reis Pedrasini Shimazaki*
Claudia D'Arco*
Ivonete Sanches Giacometti Kowalski*
Maria Inês Nunes*
Carla Maria Maluf Ferrari*

Resumo

O aumento da expectativa de vida entre indivíduos acima de 65 anos, vem modificando a pirâmide etária da população brasileira. Qualidade de vida (QV) é um parâmetro importante para avaliação do estado de saúde. O objetivo do estudo foi descrever a QV de idosos inseridos em um programa de atendimento ao idoso, evidenciar associações com as características do paciente, doença, terapêutica e suporte social contribuindo para melhor assistência a idosos que frequentam o serviço. Tratou-se de estudo, descritivo, quantitativo, transversal, correlacional com 85 indivíduos com 60 anos ou mais, alfabetizados, independentes nas atividades da vida diária, sem deficiência cognitiva/psíquica diagnosticada e que frequentavam o Centro Social Nossa Senhora do Rosário há no mínimo um mês. Para coleta das variáveis independentes utilizou-se um instrumento elaborado pelas autoras; além do teste de Morisk-Green e Índice de Complexidade Terapêutica (ICFT). A QV foi avaliada pelo WHOQOL-breve. 89,4% eram mulheres; 38,8% apresentavam 60 a 70 anos; 77,6% até 3 comorbidades, a mais frequente foi hipertensão (77,65%); 49,41% fazia uso de polifarmácia, o ICTF variou de 2,5 a 48,0 pontos para um a doze medicamentos/dia; 57,65% adquiriam a medicação pelo SUS; 64,80% apresentaram média/baixa adesão; 43,53% declararam como boa percepção de saúde. Quanto aos domínios do WHOQOL-breve, obteve-se como maior média no domínio social (75,5), seguido do psicológico (68,3), físico (67,1) e (64,8) no meio ambiente. Os resultados deste estudo destacaram que o sexo feminino, presença de doenças, a complexidade terapêutica e percepção de saúde ruim estão associados com menores índices de qualidade de vida desta população.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Idosos. Saúde do Idoso. Suporte Social.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que a parcela dos idosos com 80 anos ou mais constituirão um grupo etário de maior importância numérica¹. No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica vem

modificando a pirâmide etária da população em decorrência do aumento da expectativa de vida entre indivíduos com idade acima de 65 anos¹.

O aumento da expectativa de vida pode ser considerado como uma verdadeira conquista na medida em que se agregue

DOI: 10.15343/0104-7809.202145493507

*Centro Universitário São Camilo – CUSC. São Paulo/SP. Brasil
E-mail: giovanacaldas1@gmail.com

qualidade aos anos adicionais de vida. Sendo assim, neste cenário, as políticas de saúde destinadas aos idosos devem considerar sua capacidade funcional, ou seja, a autonomia e independência do indivíduo idoso, além da participação na sociedade, cuidado e autossatisfação, além de abranger a sua atuação no âmbito social e de elaboração de novos significados nesta fase da vida, incentivando a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde desta população^{2,3}.

O envelhecimento populacional acarretou transformações na incidência e prevalência das doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)³. Estas doenças têm contribuído com a elevação dos índices de óbitos, pois o aumento da sua incidência não fez com que surgissem políticas públicas que, realmente, atendessem suas reais necessidades³. Em 2015, a World Health Organization (WHO) evidenciava que cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por DCNTs. No Brasil, em 2009, aproximadamente 72,4% dos óbitos foram devido a estas doenças demonstrando que as políticas públicas de saúde vigentes já não conseguiam diminuir os agravos e mortes decorrentes das doenças crônicas mais comuns nos idosos⁴.

Doenças crônicas não são caracterizadas como doenças transmissíveis, mas são identificadas como um conjunto de múltiplos fatores de risco, não infecciosos, de longa duração e que pode levar ao desenvolvimento de incapacidades. E, entre os idosos as DCNTs mais prevalentes são as osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardio e cerebrovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas e o câncer, além das degenerativas como as demências, doença de Parkinson e outras. Algumas pessoas apresentam mais de um diagnóstico de doença crônica, agravando ainda mais sua qualidade de vida⁵.

De acordo com Campolina *et al.*⁵, qualidade de vida passou a ser incorporado como parâmetro importante para a avaliação dos estados de saúde a partir da década

de 60. É definida como qualidade de vida subjetiva, ou seja, a percebida pelas pessoas, e o que caracteriza o conceito de qualidade de vida são os seus aspectos de subjetividade e multidimensionalidade. A subjetividade relaciona-se a avaliação que o indivíduo faz do seu próprio estado de saúde, tomando como base em uma avaliação que o indivíduo faz de si mesmo. A multidimensionalidade diz respeito ao fato de esta avaliação focar diversos domínios da natureza humana: físico, psíquico, emocional, social, econômico, espiritual e outros⁶.

Fazer uso do termo qualidade de vida implica em um processo de avaliação de como se vive e qual o contexto em que se processa esse viver. Envolve um amplo encadeamento de ideias, afetado de uma maneira complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência e relacionamentos sociais⁷.

Vários instrumentos têm sido elaborados com a finalidade de acrescentar parâmetros subjetivos à avaliação integral dos indivíduos. A literatura classifica como instrumentos genéricos e específicos. Os genéricos são aqueles que tentam avaliar de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida dos pacientes, e os específicos são aqueles que avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida⁶.

Portando, devido as frequentes preocupações quanto ao desenvolvimento de instrumentos que avaliassem as medidas de impacto da doença, comprometimento das atividades diárias, e a severidade das doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituiu um grupo, chamado Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), o qual foi responsável pelo desenvolvimento do instrumento denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), que avalia a qualidade de vida, considerando a inter-relação do meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. O instrumento possui duas versões, o WHOQOL-100 e o

WHOQOL – Breve. O WHOQOL-Breve foi desenvolvido diante da necessidade de um instrumento que demandasse pouco tempo para o preenchimento, e que preservasse as características psicométricas do instrumento original⁸.

Neste contexto, nota-se que a transição demográfica, decorrente do envelhecimento da população, vem alterando a estrutura da pirâmide etária, e aumentando a expectativa de vida da população. Entretanto, com estas modificações, a incidência de doenças, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), elevou-se, o que pode acarretar inaptidão para realização das atividades de vida diária, e piora do bem-estar e satisfação com a saúde. A partir disto, a qualidade de vida destes indivíduos tornou-

se uma das grandes preocupações mundiais, sendo pauta de estudos e desenvolvimento de instrumentos para avaliação. Desta forma, o envelhecimento populacional, repercute na sociedade como um todo, e está relacionado ao maior número de doença crônicas, observando, portanto, maior procura dos serviços de saúde. As dificuldades decorrentes deste processo, como incapacidades, somado aos aspectos socioeconômicos, como renda, suporte social e relações de trabalho, impactam a qualidade de vida destes indivíduos².

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi descrever a qualidade de vida de idosos com doenças crônicas em um programa de atendimento, buscando evidências as associações com as características do paciente, doença, terapêutica e suporte social através do instrumento WHOQOL-Breve.

MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo, transversal, correlacional objetivando descrever a qualidade de vida de indivíduos idosos com doença crônica não transmissível evidenciando associações com as características do paciente, doença, terapêutica e suporte social.

Foi realizado no Centro Social Nossa Senhora do Rosário do Pompeia, CNPJ 60.809.837/0001-08, localizado no bairro da Pompéia, na Região Oeste do Município de São Paulo, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CoEP), do Centro Universitário São Camilo, nº CAEE 78591717.2.0000.0062, A instituição é uma associação filantrópica de utilidade pública, reconhecida pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, mas sua manutenção é feita por contribuições espontâneas de voluntários e paroquianos. Contam com serviços de atendimento psicológico, social, farmacêutico, odontológico, serviços de enfermagem, nutrição, fisioterapia, especialidade médica, núcleo de convivência para idosos, bazar permanente, atendimento jurídico, curso de

alfabetização, educação em saúde (grupos de memória, canto e movimento e bingo) e além dos programas assistenciais, programa de atendimento domiciliar ao idoso (PADI), viva leite e cesta básica. Inicialmente criado em 1998 com o objetivo de prestar atendimento domiciliar especializado aos idosos moradores da comunidade e suas famílias, residentes de uma área delimitada nas proximidades da Paróquia Nossa Senhora do Rosário. Apresenta uma população cadastrada estimada de 600 pessoas, incluindo os idosos em atendimento domiciliar.

A amostra foi ampliada e faz parte do estudo de Ferrari *et al.*⁹, totalizando 85 idosos, os quais estavam cadastrados no Centro Social Nossa Senhora do Rosário da Pompeia. O cálculo da amostra foi com base em 5% de erro e com nível de segurança de 95%¹⁰.

Foi utilizado como critério de inclusão Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, independentes nas suas atividades de vida diária (AVD), com ausência de problemas cognitivos e/ou psiquiátricos diagnosticados, que frequentavam as atividades oferecidas

na instituição há pelo menos 1 mês, que não estavam incluídos no programa de atendimento domiciliar e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios foram estabelecidos, tendo em vista os instrumentos utilizados na coleta de dados que requeriam que os participantes tivessem capacidade instrucional e cognitiva para compreender e responder as questões.

Durante a coleta, foram aplicados os seguintes instrumentos descritos a seguir:

Instrumento para coleta de dados

Questionário elaborado pelas autoras para coleta dos dados da maioria das variáveis independentes (Apêndice A), quanto as características demográficas, informações relacionadas a doença e tratamento; apoio familiar e relacionado a assistência que recebem no centro Social Nossa Senhora do Rosário. Para a coleta de dados das variáveis independentes adesão e complexidade terapêutica foram aplicados respectivamente os testes de Morisky- Green¹¹ e o instrumento de complexidade da farmacoterapia (ICFT)¹².

Instrumento de qualidade de vida WHOQOL-breve

O WHOQOL-Breve foi validado no Brasil por Fleck⁸ apresentando bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. Esse instrumento contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais (relações pessoais, o suporte e apoio social e a atividade sexual), psicológico (sentimentos positivos, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais), físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidade de recreação/lazer, ambiente

físico e transporte). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. O instrumento é a versão abreviada do WHOQOL-100, que consiste em 100 perguntas. O método WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural¹³.

Operacionalização da coleta de dados

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa após terem participado das atividades ou consultas oferecidas pelo Centro Social. Aqueles que, inicialmente aceitaram participar da pesquisa foram encaminhados ao local disponibilizado para a entrevista, em um primeiro momento o entrevistador esclareceu sobre o que é a pesquisa, qual sua finalidade e a garantia de não serem expostos a qualquer risco pessoal, ou perda de qualquer benefício recebido no Centro Social, assim como, também lhe foi explicado a finalidade e o benefício da pesquisa. Após essa explicação, o entrevistador reiterou as informações lendo juntamente com o participante o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e obteve-se o seu consentimento final mediante a assinatura do TCLE, sendo que, uma cópia ficou disponibilizada ao entrevistado e outra permaneceu com o entrevistador.

Os locais para a realização da entrevista foram disponibilizados pelo Centro Social Nossa Senhora do Rosário, para que ocorresse a entrevista individualmente e sem interferências. Foi feito desta forma conforme orientações dos responsáveis da instituição coparticipante. No momento da entrevista foram aplicados os instrumentos de coleta de dados.

Análise dos dados

Os dados deste estudo foram submetidos a provas estatísticas, conforme orientação do especialista na área.

Estatísticas descritivas foram realizadas para todas as variáveis, visando a caracterização geral da amostra do estudo e descrição da qualidade de vida dos pacientes. Primeiramente foram realizados testes de associação entre os domínios e valor total do questionário

(WHOQOL-Breve) e as variáveis independentes. As relações entre os domínios do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-Breve) com as variáveis de interesse foram avaliadas com coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis numéricas, coeficiente de Kendall para variáveis ordinais e os testes t, Wilcoxon-Mann-WhitneyKruskal-Wallis ou modelo de ANOVA para as variáveis categóricas. A verificação da normalidade residual foi feita inspecionando o gráfico QQ e para homocedasticidade foi utilizado o teste de Levene. Um modelo de regressão foi ajustado utilizando LASSO para selecionar as variáveis preditoras.

RESULTADOS

A casuística do estudo compôs-se de 85 idosos cadastrados que participavam das atividades oferecidas na instituição e que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo. Destes, 76 (89,41%) eram mulheres e 9 (10,59%) homens. Destes, 33 (38,82%) participantes estavam na faixa etária de 60 e 70 anos, 24 (28,24%) entre 71 e 80 anos, 25 (29,41%) entre 81 e 90 anos, e 3 (3,53%) acima de 91 anos; 60 (70,59%) se declararam brancos, 21 (24,71%) pardos/ morenos, e 4 (4,71%) negros; 38 (44,71%) se declararam viúvos (as), 21 (24,71%) casados (as), 8 (9,41%) solteiros (as), 10 (11,76%) divorciados (as), 7 (8,24%) separados (as), e 1 (1,18%) namorando; 84 (99%) declararam possuir uma religião, sendo 66 (77,65%) católicos, 12 (14,12%) evangélicos e 6 (7,06%) espíritas, e quanto ao nível de escolaridade da população estudada, 33 (38,82%) apresentavam ensino fundamental incompleto.

Em relação a presença de comorbidades 77,65% apresentavam até 3 comorbidades, entre as mais mencionadas foram hipertensão entre 59 indivíduos (69,41%) aumento do colesterol entre 39 (45,88%) indivíduos e diabetes entre 23 (27,05%) dos entrevistados; 49,41% fazia uso de polifarmácia. Ao se analisar a adesão por meio do teste de Morisky-Green obteve-se que 35,29% possuíam alta

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado sob o número CAEE 78591717.2.0000.0062, pela Comissão de Ética em Pesquisa (COEP), os entrevistados foram previamente informados e esclarecidos sobre o objetivo do estudo e que não haveria prejuízo em relação a assistência que recebiam no Centro Social Nossa Senhora do Rosário, caso optassem em não participar do estudo. Os que optaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e receberam uma cópia do termo e tiveram a garantia do sigilo absoluto de sua identidade.

adesão, seguidos de 50,59% dos pacientes com média adesão e 14,12 % com baixa adesão, com uma média de 19,25 pontos (mínimo de 2,5 e máximo de 48 pontos) no questionário de ICFT.

Com relação a aquisição de medicação, 49 (57,65%) adquiriam pelo SUS, 18 (21,18%) na igreja, 15 (17,65%) compravam e 3 (3,52%) por meio de farmácia popular. Quando os indivíduos não conseguiam a medicação, a maioria 55 (64,71%) declarou que compravam e não ficavam sem tomar seus medicamentos, 9 (10,59%) ficam sem tomar, 3 (3,53%) conseguiam com amigos e parentes e, um indivíduo respectivamente informou adquirir em outro centro social, igreja e farmácias populares e 15 (17,65%) dos entrevistados não responderam.

Aos entrevistados, foi questionado se os mesmos apresentavam apoio familiar e de amigos, 44 (51,76%) relatam ter apoio, enquanto 41 (48,24%) não possuem. Com relação a frequência, entre os que relataram receber apoio, 27 (31,76%) sempre tem auxílio, 12 (14,12%) quase sempre tem auxílio e 9 (10,59%) raramente tem auxílio.

Ao serem questionados quanto a realização de terapia não farmacológica, 46 (54,12%) participantes declararam realizar, e entre elas a atividade física variada esteve entre

18 (21,18%) indivíduos; ginástica entre 3 (3,53%) indivíduos; dieta e controle alimentar entre 13 (15,29%) dos entrevistados; caminhada entre 6 (7,06%), fisioterapia entre 5 (5,88%) indivíduos entrevistados; 2 (2,35%) eletroestimulação dos músculos pélvicos, 1 (1,18%) yoga, 2 (2,35%) pilates, 3 (3,53%) acupuntura, e 1 (1,18%) hidroginástica.

No que diz respeito ao atendimento no Centro Social, 68 (80%) relatam ser muito bom, 15 (17,65%) bom e 2 (2,53%) não opinaram. Os entrevistados também relataram sobre a percepção de saúde, sendo que 10 (11,76%) declararam como ótima; 4 (4,71%) muito boa; 37 (43,53%) boa; 28 (32,94%) razoável; 3 (3,53%) ruim; 3 (3,53%) muito ruim

Com relação a avaliação do índice de qualidade de vida dos indivíduos, na tabela 1 apresentou-se os dados estatísticos da pontuação total, e de cada domínio do WHOQOL- Breve, o qual evidenciou maior média (75,49) no domínio Social e os menores domínios foram físicos (67,1) e meio ambiente (64,8).

Na tabela 2 observa-se correlação ($r=2,003$) entre o sexo feminino e o domínio físico com $p=0,048$, observando que apesar do número expressivo de mulheres nesta pesquisa, a média da qualidade de vida no domínio físico foi maior em indivíduos do sexo masculino.

Na tabela 3 associou-se o WHOQOL-breve com as variáveis numéricas do estudo, observando-se que a correlação mais forte foi entre os aspectos físicos e a complexidade terapêutica. O valor $r -0,315$ indica uma relação de fraca a moderada entre essas variáveis, quanto maior a complexidade terapêutica, menor é a média de qualidade de vida no aspecto físico, sendo estatisticamente significativa ($p=0,003$).

Ao associar o WHOQOL- breve com as variáveis categóricas (tabela 4) nota-se que a

correlação mais forte ($r=0,406$) foi entre os aspectos físicos com a percepção da saúde: quanto melhor a percepção de saúde, maior o valor atribuído na qualidade de vida neste domínio ($p= <0,001$). Essa relação também ocorreu com o WHOQOL total com força ligeiramente menor. Além disso, observa-se também correlações mais fracas e positivas, porém estatisticamente significantes entre domínio físico e escolaridade ($p=0,014$) e frequência de consultas ($p= 0,033$); domínio psicológico com percepção de saúde ($p<0,01$) e frequência de consultas ($p=0,008$); assim como correlação significativa entre o domínio social com percepção de saúde ($p=0,025$) e o meio ambiente também com percepção de saúde ($p= 0,001$) e frequência de consultas ($p=0,010$).

Na tabela 5, nota-se menor média de qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos entre os idosos com mais de 03 comorbidades, com um valor de p limítrofe ($p=0,05$).

Nota-se na tabela 6 que indivíduos que conseguiram a medicação em unidades do SUS e por meio de recursos próprios apresentaram menor índice de qualidade de vida nos domínios psicológico com p significativa 0,012. O mesmo ocorreu ao associar este aspecto ao WHOQOL total, com correlação estatisticamente significativa ($p=0,042$).

Na tabela 7 está representada a regressão logística ajustada. A única variável selecionada para o WHOQOL breve foi percepção de saúde, a cada categoria que ela sobe, a qualidade de vida aumenta em 04 unidades ($p<0,001$).

A construção do modelo de regressão linear para a variável resposta qualidade de vida foi realizado utilizando a técnica LASSO para as variáveis preditoras. O R^2 ajustado foi 0,2006, indicando que o modelo explica 20% da variância do WHOQOL breve.

Tabela 1 – Estatística descritiva da pontuação total e de cada domínio do WHOQOL-breve. São Paulo, 2019-2020.

Domínios	Média (DP)	IC 95%	Mediana	Mínimo – Máximo
Físico	67,1 (14,9)	64,0-70,2	67,9	28,5-96,4
Psicológico	68,3 (13,9)	65,3-71,3	70,8	29,2-95,8
Social	75,5 (13,5)	70,8-79,2	75,0	41, 7-100,0
Meio Ambiente	64,8 (13,3)	62,0-67,7	65,6	25,0-96,9
WHOQOL-total	66,3(10,1)	64,1-68,5	67,0	44,0-93,0

Tabela 2 – Associação dos domínios do WHOQOL BREVE com a variável sexo. São Paulo 2019-2020.

WHOQOL	Sexo	n	Media -dp	IC 95%	min-max	r	p-valor
Físico	Feminino	76	66,07-14,59	62,74-69,4	28,57-96,43	-2,003	0,048*
	Masculino	9	76,19 -11,71	67,19 –85,19	53,57-96,43		
Psicológico	Feminino	76	67,60 -14,07	64,38-70,81	29,17-95,83	-1,422	0,159*
	Masculino	9	74,54 -11,50	65,7-83,37	54,17-87,5		
Social	Feminino	76	75,55 -13,56	70,83-79,17	41,67-100	375,5	0,623**
	Masculino	9	75,00 -13,18	66,67-87,5	58,33-100		
Meio ambiente	Feminino	76	64,31 -13,56	61,21-67,41	25-96,88	-1,002	0,310*
	Masculino	9	69,10 -10,40	61,09-77,1	46,88-81,25		
WHOQOL	Feminino	76	69,10-10,42	63,4-68,1	44-93	-1,502	0,137*
	Masculino	9	65,75 -10,29	64,52-77,71	61-84		

*Paired t-test ** Wilcoxon-Mann-Whitney test

Tabela 3 – Associação do WHOQOL-breve com as variáveis numéricas. São Paulo 2019-2020.

WHOQOL	Variável	N	r	95%Cl.lo	95%Cl.hi	p-valor*
Físico	Idade	85	-0,079	-0,287	0,136	0,473
Físico	Complexidade terapêutica	85	-0,315	-0,495	-0,109	0,003
Físico	Renda	57	0,117	-0,148	0,366	0,387
Físico	Dependentes renda	85	-0,005	-0,218	0,209	0,967
Psicológico	Idade	85	-0,031	-0,243	0,183	0,776
Psicológico	Complexidade terapêutica	85	-0,140	-0,343	0,075	0,201
Psicológico	Renda	57	0,113	-0,152	0,363	0,401
Psicológico	Dependentes renda	85	-0,043	-0,254	0,172	0,697
Social	Idade	85	0,037	-0,178	0,248	0,739
Social	Complexidade terapêutica	85	-0,040	-0,251	0,175	0,719
Social	Renda	57	0,219	-0,044	0,454	0,102
Social	Dependentes renda	85	-0,081	-0,289	0,135	0,462

continua...

...continuação tabela 3

WHOQOL	Variável	N	r	95%CI.lo	95%CI.hi	p-valor*
Meio Ambiente	Idade	85	0,175	-0,040	0,374	0,110
Meio Ambiente	Complexidade terapêutica	85	-0,099	-0,306	0,117	0,368
Meio Ambiente	Renda	57	0,201	-0,063	0,439	0,134
WHOQOL	Idade	85	0,025	-0,189	0,237	0,817
WHOQOL	Complexidade terapêutica	85	-0,201	-0,397	0,012	0,065
WHOQOL	Renda	57	0,187	-0,077	0,427	0,163
WHOQOL	Dependentes renda	85	-0,105	-0,311	0,111	0,341

*Pearson's product-moment correlation

Tabela 4 – Associação dos domínios do WHOQOL Breve com as variáveis categóricas escolaridade, percepção de saúde e frequência das consultas. São Paulo 2019-2020.

WHOQOL	variável	N	r	95%CI.lo	95%CI.hi	p-valor*
Físico	Escolaridade	82	0,209	-0,009	0,407	0,014
Físico	Percepção saúde	85	0,406	0,211	0,570	< 0,001
Físico	Freq.consultas	85	0,175	-0,040	0,374	0,033
Psicológico	Escolaridade	82	0,088	-0,131	0,300	0,304
Psicológico	Percepção.saúde	85	0,290	0,082	0,474	< 0,001
Psicológico	Freq.consultas	85	0,218	0,005	0,412	0,008
Social	Escolaridade	82	0,145	-0,074	0,351	0,106
Social	Percepção.saúde	85	0,202	-0,012	0,398	0,025
Social	Freq.consultas	85	0,156	-0,060	0,357	0,070
Meio.Ambiente	Escolaridade	82	0,166	-0,053	0,369	0,052
Meio.Ambiente	Percepção de saúde	85	0,272	0,063	0,459	0,001
Meio.Ambiente	Freq consultas	85	0,212	-0,002	0,406	0,010
WHOQOL	Escolaridade	82	0,178	-0,040	0,380	0,033
WHOQOL	Percepção saúde	85	0,348	0,146	0,522	< 0,001
WHOQOL	Freq. Consultas	85	0,242	0,030	0,433	0,003

*Kendall's rank correlation tau

Tabela 5 – Associação dos domínios do WHOQOL BREVE com a variável comorbidade. São Paulo 2019-2020.

Variable	Comorbidades	Nº	Media (dp)	min-máx	IC95%	r	p-valor
Físico	Nenhuma	5	60,00-19,30	39,29-82,14	36,04-83,96	3,1131	0,050*
	Até 3	66	69,21-13,74	28,57-96,43	65,83-72,59		
	Mais de 3	14	59,95-14,84	35,71-78,57	51,38-68,52		
Psicológico	Nenhuma	5	64,17-12,36	50-79,17	48,82-79,51	3,1017	0,050*
	Até 3	66	70,27-13,03	37,5-95,83	67,06-73,47		
	Mais de 3	14	60,71-16,40	29,17-87,5	51,24-70,18		
Social	Nenhuma	5	75,00-16,67	58,33-91,67	58,33-91,67	0,8925	0,640**
	Até 3	66	75,13-13,91	41,67-100	70,83-79,17		
	Mais de 3	14	77,38-10,56	50-91,67	75-83,33		

continua...

...continuação tabela 5

Variable	Comorbidades	Nº	Media (dp)	min-máx	IC95%	r	p-valor
	Até 3	66	66,05-12,32	37,5-96,88	63,02-69,08	1,6501	0,198*
	Mais de 3	14	62,05- 14,02	34,38-84,38	53,96		
Meio ambiente	Nenhuma	5	56,25-21,54	25-81,25	29,51-82,99		
	Até 3	66	66,05-12,32	37,5-96,88	63,02-69,08		
	Mais de 3	14	62,05- 14,02	34,38-84,38	53,96		
	Nenhuma	5	61,00- 14,11	44-78	43,48		
WHOQOL	Até 3	66	67,59- 9,48	48-93	65,26	2,4	0,097*
	Mais de 3	14	62,21- 11,21	44-76	55,74		

* One-way ANOVA ** Kruskal-Wallis rank sum test

Tabela 6 – Associação dos domínios do WHOQOL BREVE com a variável como consegue a medicação. São Paulo 2019-2020.

WHOQOL	Como consegue medicação	N	Média – DP	Min- Max	95%CI.lo	r	p-valor
Físico	Unidade de saúde/SUS	49	65,16– 13,96	35,71- 96,43	61,15- 69,17	2,666	0,100*
	Farmácia popular	3	67,86– 6,19	60,71- 71,43	52,49- 83,22		
	Igreja	18	74,60– 11,02	46,43- 89,29	69,12- 80,08		
	Recursos próprios	15	64,52– 19,07	28,57- 96,43	53,97- 75,08		
Psicológico	Unidade de saúde/SUS	49	64,29– 12,62	29,17- 95,83	60,66- 67,91	3,892	0,012**
	Farmácia popular	3	72,22– 15,78	54,17- 83,33	33,04- 111,41		
	Igreja	18	75,93– 12,67	54,17- 95,83	69,63- 82,22		
	Recursos próprios	15	71,67– 15,53	37,5- 91,67	63,07- 80,26		
Social	Unidade de saúde/SUS	49	74,32– 13,80	41,67- 100	70,83- 79,17	1,401	0,705***
	Farmácia popular	3	75,00– 0,00	75- 75			
	Igreja	18	78,70– 13,77	50- 100	70,83- 87,5		
	Recursos próprios	15	75,56– 13,54	58,33- 100	66,67- 83,33		
Meio Ambiente	Unidade de saúde/SUS	49	61,99-13,37	25- 96,88	58,15-65,83	1,91	0,134**
	Farmácia popular	3	64,58– 9,02	59,38- 75	42,17- 86,99		
	Igreja	18	69,27– 11,51	46,88- 84,38	63,55- 74,99		
	Recursos próprios	15	68,75– 14,32	46,88- 87,5	60,82- 76,68		
WHOQOL	Unidade de saúde/SUS	49	63,90– 9,67	44- 93	61,12- 66,67	2,858	0,042**
	Farmácia popular	3	67,33– 7,37	59- 73	49,02- 85,64		
	Igreja	18	71,72– 8,92	54- 83	67,28- 76,16		
	Recursos próprios	15	67,53– 11,86	48- 84	60,96- 74,1		

* One-way ANOVA (Welch correction) ** One-way ANOVA *** Kruskal-Wallis rank sum test

Tabela 7 – Regressão linear para o WHOQOL-breve. São Paulo, 2019 -2020

Parâmetro	Coefficiente	SE	95%CI.lo	95%CI.hi	p-valor
(Intercepto)	51,08	3,57	43,98	58,18	< 0,001
Percepção de saúde	4,09	0,9	2,31	5,88	< 0,001

DISCUSSÃO

A partir da década de 1970, o Brasil teve seu perfil demográfico transformado, passando de uma sociedade rural, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, para uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e uma nova estrutura familiar brasileira¹⁴.

Sabe-se que envelhecer é um processo pautado em grandes transformações, que geram mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico da população. Em 2010, a expectativa de vida era de 10,8% na população brasileira, ampliando gradativamente sua participação na composição etária. E, segundo o IBGE, estimava-se que esta participação aumente para 23,8% até 2040¹⁴.

Entre as características do envelhecimento da população brasileira está o aumento da proporção de mulheres, quando considera a população total de cada sexo¹⁵. Neste estudo obteve-se uma amostra quase que predominantemente de mulheres 89,41%.

No ano de 2000, para um grupo de 100 mulheres havia cerca de 81 homens. E, entre idosos com mais de 80 anos isto foi acentuado, chegando a 100 mulheres para cada 61 homens¹⁶.

Para tanto, é necessário compreender que a dinâmica da população idosa masculina e feminina apresentam ritmos diferentes, e características distintas de mortalidade ligadas ao sexo. As mulheres idosas convivem com doenças não fatais, mas incapacitantes, como a artrite e a hipertensão. Enquanto os homens idosos estão mais expostos às doenças letais, como as isquêmicas do coração¹⁶.

Neste estudo 44,71% da população declarou-se viúva. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), verificou no censo de 2010, um aumento na proporção de viúvos, divorciados, e solteiros, quando comparados com o censo 2000. Isso indica que existe um número crescente de pessoas vivendo sem um companheiro conjugal. Além disso, o último censo do IBGE em 2016, inferiu que o Brasil possuía oito milhões de

viúvos em 2010, o que representava cerca de 4% da população. A proporção de brasileiros viúvos cresce com a idade, ao mesmo tempo em que decresce a de casados¹⁷.

Desta forma, sabe-se que as mulheres idosas representam maior número quando se fala em viuvez. Fato este, que pode ser explicado pela tradição, onde a mulher tende a se casar com homens mais velhos, e quando associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta-se a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Outra explicação seria o fato de que os viúvos, se casam novamente com mais frequência que as viúvas. Essa situação é a mesma para os divorciados¹⁵.

A religiosidade, foi uma característica muito frequente na população estudada (99% possuíam religião). Esta pode contribuir em diversos âmbitos, como a sensação de bem-estar, redução dos níveis de angústia, inutilidade, além de proporcionar o desenvolvimento de resiliência frente as situações e dificuldades encontradas inerentes ao envelhecimento, como perdas e limitações físicas e emocionais¹⁸.

Um outro fator importante no envelhecimento, é o papel social do idoso. Neste estudo 71,76% dos indivíduos estavam aposentados, situação que apresenta algumas vantagens como o descanso e lazer, mas também graves desvantagens, como desvalorização, desqualificação, diminuição de renda e limitação das redes sociais. Sabe-se que esta situação ocupacional pode influenciar na qualidade de vida e saúde, pois sentem-se marginalizados e excluídos da sociedade e é o trabalho que permite o ato de existir enquanto cidadão e auxiliar no estabelecimento de redes de relações¹⁹.

Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), requerem monitoramento e cuidados contínuos, além de trazerem limitações e consequências às atividades de vida diárias. Dentre as DCNT mais comuns, há a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes

Mellitus (DM) e doenças do coração²⁰. Neste estudo entre as doenças mais citadas foram hipertensão e diabetes.

Sabe-se que as DCNT, requerem monitoramento e cuidados contínuos, pois influenciam na qualidade de vida dos idosos, o qual podem ter maior probabilidade de apresentar incapacidades funcional e mental, acarretando limitações para a realização das atividades básicas da vida diária, dificultando o autocuidado. Estas dificuldades ou limitações podem levar os idosos a depender de terceiros²¹, além de propiciam o uso de diversos medicamentos, o que pode configurar a polifarmácia e ser uma barreira para a adesão ao tratamento²².

Os medicamentos são utilizados para fins diagnósticos, de prevenção, cura, ou para alívio dos sintomas, e quando bem administrado, pode ser uma ferramenta de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de ser um possível aliado na melhora da qualidade de vida. Entretanto, estima-se que um terço da população mundial não tem acesso aos medicamentos, ocasionando uma demanda reprimida, uma vez que, grande parcela da população não possui capacidade financeira para arcar com os gastos medicamentosos. Devido a estas desigualdades socioeconômicas, a qualidade de vida e longevidade são afetadas, pois o indivíduo convive assiduamente com as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) e a dificuldade de aquisição da medicação²³.

A adesão ao tratamento é uma tarefa difícil aos idosos com multimorbidades, pois devidos suas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, aumenta-se o risco de ocorrência de interações medicamentosas e eventos adversos²⁰. Portanto, os principais fatores que favorecem a adesão são a clareza das recomendações, o desejo e a capacidade do idoso de cumprir as recomendações propostas, a satisfação deste com o serviço de saúde, o número de medicamentos a longo prazo, o custo e o acesso a eles. E, dentre os fatores que dificultam, tem-se o conjunto de habilidades

complexas chamadas de complexidade da farmacoterapia, como a leitura de bulas e instruções, cumprimento do esquema posológico e sua incorporação às atividades diárias²¹.

Em diversos estudos foi observada a associação entre os altos níveis de complexidade e falta de adesão ao tratamento proposto, verificando a importância de simplificar os regimes terapêuticos e de evitar a polifarmácia, visando impedir a ocorrência de interações e eventos adversos, e aumentar a adesão ao tratamento²². O número de medicamentos, a frequência das doses e as instruções para a administração prescritas, são características avaliadas no regime terapêutico para inferir sobre a complexidade terapêutica²².

Quando os entrevistados foram questionados sobre o apoio social, 44% relataram ter o apoio, sendo um fator positivo para ambos os indivíduos desta ação, pois contribui para melhor adesão ao tratamento e estabelece vínculos devida à existência de interações sociais²⁴.

Alguns estudos evidenciam que a maior disponibilidade de apoio social influencia positivamente nos sistemas biológicos, o estado de saúde geral e o bem-estar psicológico dos pacientes. Além disso, verificou-se que indivíduos que possuíam maior nível de apoio social apresentavam, conseqüentemente, melhor qualidade de vida²⁵.

Nas análises de associação dos domínios e valor total do instrumento observou-se que mulheres apresentaram associação estatisticamente significativa ($p=0,048$) com menor média no índice de qualidade de vida no domínio físico do WHOQOL-breve (tabela 2), provavelmente isto ocorre devido as mulheres estarem mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais Pereira, *et al.*²⁶, além de que reportam com mais frequência sentimentos negativos, baixa autoestima e depressão²⁷.

Neste estudo, também se obteve associação significativa ($p=0,003$) com a variável numérica complexidade terapêutica (tabela

3), indicando quanto maior a complexidade terapêutica, menor é a média de qualidade de vida no aspecto físico.

O número de medicamentos, a frequência das doses e as instruções para a administração prescritas, são características avaliadas no regime terapêutico para inferir sobre a complexidade terapêutica¹⁸. O consumo de medicamentos envolve riscos, e isto pode se acentuar na população idosa, devido as alterações fisiológicas (diminuição da massa muscular e água corporal, que interfere na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos), o desconhecimento sobre sua condição atual de saúde, uma dieta inadequada e déficits sensoriais e motores. Esses fatores podem afetar a qualidade de vida do idoso, predispondo a desconfortos, devido aos efeitos adversos das drogas, alterações no sono e na atividade de vida cotidiana²⁸.

A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais gera sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções. A interação entre estes fatores afeta a percepção de saúde em idosos, podendo influenciar sua qualidade de vida²⁹.

A satisfação com a saúde pode estar relacionada à diversos fatores como independência, a autonomia, o comportamento de busca e de viver plenamente³⁰, e na avaliação da percepção de saúde por idosos, com frequência, levam em consideração a correlação entre qualidade de vida e aspectos de saúde, compreendendo, sobretudo, que saúde não é entendida apenas como ausência de doença. Entre indivíduos idosos, ter uma doença controlada ou conseguir tomar os remédios, realizar atividade relacionadas a saúde, lazer e trabalho remetem a possibilidade de manutenção da autonomia e vinculação às suas experiências anteriores de vida³¹. A variável percepção de saúde foi a que apresentou associação significativa entre todos os domínios do WHOQOL-breve e no escore total do questionário (tabela 4).

Idosos com maior número de doenças apresentam piores índices de qualidade de vida. O baixo escore no componente físico

em indivíduos com doenças crônicas pode estar relacionado a dor, ao desconforto, a dependência no uso de medicamentos e a necessidade de realizar o tratamento da doença nos serviços de saúde. Além disso, a existência de comorbidades pode contribuir para o advento de sentimentos negativos, afetando também, o domínio psicológico³⁰. Nesta pesquisa a associação de presença de comorbidades com os domínios físicos e psíquicos foi marginalmente significativa (tabela 5).

Sabe-se que a grande parcela dos idosos convivem com problemas crônicos de saúde, tornando-os consumidores de grande número de medicamentos, e frequentadores assíduos dos serviços de assistência farmacêutica³².

Entretanto, com o elevado consumo dos medicamentos, aumentou-se tanto os custos governamentais, quanto os custos individuais, pois nem sempre os medicamentos são encontrados nos serviços públicos de saúde. A Pesquisa por Amostra de Domicílios de 2008, constatou que apenas 45,3% dos medicamentos prescritos foram dispensados nos serviços públicos. Desta forma, além das dificuldades econômicas, há as dificuldades de acesso, na qual encontram-se o desconhecimento de onde e como adquirir o medicamento, e a dificuldade de deslocamento da população idosa, o que contribui para piores índices de qualidade de vida³³. Neste estudo obteve-se piores índices de qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-breve nos domínios físico e psicológico entre os indivíduos que declararam conseguir a medicação em unidades públicas de saúde (tabela 6).

A percepção de saúde foi a variável que permaneceu no modelo final da regressão logística (tabela 7). A auto avaliação de saúde é influenciada por vários aspectos essenciais da vida do idoso, como por exemplo, gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda domiciliar mensal e atividade física³⁴.

As condições de saúde também são outro fator que podem contribuir com a melhora ou piora do índice percepção de saúde e bem-estar. As quedas, grau de dependência

nas AVDs, os sintomas depressivos, as doenças crônicas e morbididades, quantidade de medicamentos ingeridos diariamente e utilização dos serviços de saúde são fatores que influenciam estes indicadores³⁴.

Portanto, a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o

impacto da doença e seu respectivo tratamento permite o planejamento de estratégias de intervenção, pois fornecem informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar os programas de saúde para que implementem ações mais efetivas de atendimento⁶.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou idade média de 74,59 anos (dp=9,08), a maioria do sexo feminino (89,41%), 44,71% viúvos, 71,76% aposentados; 77,65% com até 03 comorbidades; 69,41% apresentavam hipertensão, seguida de aumento de colesterol (45,88%) e diabetes (27,05%), 49,41% em uso de politerapia (5 ou mais medicamentos), com complexidade terapêutica mensurada pelo ICFT variando 2,5 a 48 pontos, média de 19,25 pontos e desvio padrão de 10,28 pontos.

A adesão ao tratamento segundo o teste de Morisky foi alta para 35,29% dos participantes deste estudo, média para 50,59% e baixa para 14,12%; indivíduos não aderentes, média e baixa adesão, totalizaram 64,71% dos pacientes.

O escore total do WHOQOL-breve, instrumento utilizado para avaliar qualidade de vida entre os idosos, foi de 66,3, (dp =10,1). Entre os domínios do instrumento os

valores médios mais baixos foram 64,8 (dp= 13,3), no domínio meio ambiente, seguido de 67,1 (dp=14,9) no domínio físico. O mais alto valor médio foi 75,5 (dp=13,5) no domínio aspecto social.

Nas análises conjuntas obteve-se que mulheres, com mais de três comorbidades, com alta complexidade terapêutica e com percepção de saúde ruim obtiveram menor média, principalmente no domínio físico do WHOQOL-breve. A variável percepção de saúde manteve-se no modelo de regressão logística, sendo que a cada categoria que ela sobe a qualidade de vida aumenta em 04 unidades.

Os resultados deste estudo destacaram que as características relacionadas ao sexo feminino, a presença de doenças e a complexidade terapêutica e a percepção de saúde ruim estão associados com menores índices de qualidade de vida desta população de indivíduos idosos que frequentam Centro Social Nossa Senhora do Rosário.

REFERÊNCIAS

1. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Moraes EN. Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2011 [citado 2019 out 19];27(7):1323-1339. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700008>.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2009 [citado 2019 out 19]; 43(3):548-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.
3. Moreira RM, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza RMMM. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Rev Kairós* [Internet] 2013 [citado 2019 out 19];16(1):27-38. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i1p27-38>.
4. Duncan BB, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2012 [citado 2019 out 15]; 46(1):126-134. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>.
5. Campolina AG, Adami F, Santo JLF, Lebrao ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2013 [citado 2019 out 11]; 29(6):1217-1229. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>.
6. Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet] 2011 [citado 2019 out 11]; 16(6):2919-2925. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413->

81232011000600029.

7. Abreu IS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2020 mar 16]
8. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [citado 2020 jul 27];5(1):33-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100004>.
9. Ferrari CMM, et al. Adesão terapêutica em idosos inseridos em um programa de atendimento em saúde. *Mundo da Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2019 out 11]; 42(4): 1012-1031. DOI: [10.15343/0104-7809.2018420410121031](https://doi.org/10.15343/0104-7809.2018420410121031).
10. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line. [citado 2019 out 11]. Disponível em : <<http://www.calculoamostral.vai.la>>.
11. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Hard HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2008 [citado 2019 out 11];10(5):1-7. DOI: [10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x).
12. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llimos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2007 [citado 2019 out 11]; 89(4):210-218. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001600001>.
13. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev APS* [Internet]. 2011 [citado 2019 out 19];14(1):93-100. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14649/7848>.
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras *Rev Bras. Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2020 mar 16];19(3):507-519. DOI:<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
15. Salgado CDS. Mulher Idosa: a feminização da velhice. *Estud Interdiscip envelhec* [Internet]. 2002 [citado 2020 mar 16];4:7-19. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4716>.
16. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife – PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2020 abr 20];17(2):315-325. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009>.
17. Fernandes BL, Borgato MH. A viuvez e a saúde dos idosos: uma revisão integrativa. *Rev Kairos* [Internet]. 2016 [citado 2020 mar 16];19(3):187-204. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p187-204>.
18. Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos CTB. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 mar 16];39:2017-0184. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0184>.
19. Mendes MRSSB, Gushmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm (Online)* [Internet]. 2005 [citado 2020 mar 16]; 4(18):422-426. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>.
20. Molino CGRC. Estudo da prevalência de competições terapêuticas entre idosos com multimorbidades do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019 [citado 2020 mar 16]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-13052019-152150/publico/Caroline_de_Godoi_Rezende_Costa_Molino_DO_Original.pdf.
21. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura CS, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol (Online)* [Internet] 2015 [citado 2020 mar 19];18(2):397-404. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14035>.
22. Acurcio FA, et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras* [Internet] 2009 [citado 2020 mai 23];55(4):468-474. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000400025>.
23. Bello CB. Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na região do Butantã. São Paulo, 2009 [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009 [citado 2020 jul 23]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20042012-125004/publico/carmen.pdf>.
24. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 [citado 2020 mar 19];13(2):2189-2197. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900024>.
25. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface entre o apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm* [Internet] 2017 [citado 2020 mar 19];51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>.
26. Pereira RJ, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiqiatr Rio Gd Sul* [Internet] 2006 [citado 2020 ago 06];28(1):27-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>.
27. Almeida-Brasil CC, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet] 2017 [citado 2020 jul 11];22(5):1705-1716. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>.
28. Santos DN, Sousa SNS, Silva DRS, Silva JC, Figueiredo MLF. Regime terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio. *REME Rev Min Enferm* [Internet] 2009 [citado 2020 jul 27];13(2):17697-17826. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v13n2a03.pdf>.
29. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev bras geriatr gerontol (Online)* [Internet] 2014 [citado 2020 jul 01]; 17(1): 79-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>.
30. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & contexto enferm* [Internet] 2012 [citado 2020 jul 27]; 21(1): 112-120. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.
31. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm (Online)* [Internet] 2010 [citado 2020 jul 27]; 23(1):101-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100016>.
32. Marin MJS, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. saúde pública* [Internet] 2008 [citado 2020 jul 27]; 24(7):1545-1555. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700009>.

33. Stefano ICA, Conterno LO, Silva Filho CR, Marin MJS. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. Rev bras geriatr gerontol [Internet] 2017 [citado 2020 jul 27]; 20(5):679- 690. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170062>.
34. Confortin SC, et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad saúde pública [Internet] 2015 [citado 2020 ago 05];31(5):1049-1060. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.