

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR

**ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DE LAZER
EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NA POPULAÇÃO
IDOSA DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA - ES**

Vitória
2023

**ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DE LAZER
EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NA POPULAÇÃO
IDOSA DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA - ES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Vitória

2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

A282a Aguiar, Adriana Drummond de, 1973-
Ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer em tempos de pandemia da COVID-19 na população idosa de centros de convivência do município de Vitória - ES / Adriana Drummond de Aguiar. - 2023. 172 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Miotto.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Ansiedade. 2. Atividades de Lazer. 3. Qualidade de Vida. 4. COVID-19. 5. Idoso. I. Miotto, Maria Helena Monteiro de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

**ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DE LAZER EM
TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA DE
CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em 17 de novembro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Ludmilla Awad Barcellos
Universidade Vila Velha
Membro titular externo

Profa. Dra. Gabriela Haye Biazevic
Universidade de São Paulo
Membro titular externo

Profa. Dra. Luciane Bresciani Salaroli
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro titular interno

Profa. Dra. Elisabete Regina Araújo Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro titular interno

Vitória

2023

Aos meus queridos filhos, MARIA EDUARDA e VICTOR HUGO, amores da minha vida. Pela minha ausência que suportaram, por todos os beijos e abraços que me acalentaram, por toda luz e alegria que emanam e que me fizeram prosseguir. Que esta conquista seja também de vocês, por serem a razão mais pura e verdadeira de cada esforço meu.

Sejam perseverantes, jamais desistam dos seus sonhos!

Obrigada por tanto, obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Minha sincera gratidão a Deus, fonte inesgotável de proteção, força e serenidade ao longo de toda a minha vida.

Ao casal Jocarly e Sara, meus amados pais, expresso minha eterna gratidão por serem alicerce firme e porto seguro em todos os momentos. Os seus ensinamentos e exemplos são luzes que iluminam a minha trajetória.

Ao meu marido Marcelo, sinceros agradecimentos pelo suporte incansável e pela divisão das responsabilidades junto aos nossos filhos. A sua presença e apoio foram essenciais em cada passo desta jornada acadêmica.

À Maria Eduarda e ao Victor Hugo, meus queridos filhos, minha gratidão por serem minha fonte infindável de motivação e amor.

Aos meus irmãos, Júnior e Anderson, agradeço por serem sempre confiáveis e parceiros.

À minha sogra, Teresa, pela assistência e amparo constante, facilitando os nossos dias e nutrindo a nossa família com o seu cuidado.

Minha profunda gratidão à Professora Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, que tive o prazer de ser aluna na graduação de Odontologia e que me orienta desde o Mestrado até os dias atuais no Doutorado. A sua confiança e incentivo foram inestimáveis para a minha formação acadêmica.

Aos colegas do Doutorado, agradeço pela camaradagem, pelas experiências compartilhadas e pelo apoio mútuo, tornando a nossa trajetória mais leve e acolhedora.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela transferência de conhecimento e sabedoria, elementos chaves para a minha formação.

À equipe de entrevistadores que auxiliou na coleta de dados, minha sincera gratidão, a dedicação e a colaboração de cada um foi essencial para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos idosos dos Centros de Convivência da Terceira Idade do município de Vitória que, generosamente, aceitaram ser entrevistados e que ainda compartilharam as suas preciosas histórias de vida.

A cada pessoa que, direta ou indiretamente, cruzou o meu caminho durante o Doutorado, agradeço imensamente. Cada encontro, de alguma forma, trouxe aprendizado e contribuição valiosa para esta caminhada.

Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

A ele seja a glória para sempre!

Amém.

Romanos 11:36

RESUMO

Introdução: Os idosos constituem um grupo populacional em destaque na pandemia da COVID-19, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, especialmente aqueles com doenças crônicas. Por isso, a diversidade do envelhecimento, a ansiedade, a qualidade de vida e as práticas de lazer são importantes aspectos a investigar. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados à ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer em tempos de pandemia da COVID-19 na população idosa de Centros de Convivência do município de Vitória, Espírito Santo. **Material e Método:** Trata-se de um estudo observacional analítico com delineamento transversal, realizado na capital do estado do Espírito Santo, nos quatro Centros de Convivência da Terceira Idade, em uma amostra de 345 idosos. Para a coleta de dados sociodemográficos utilizou-se roteiro adaptado do IBGE e o Critério de Classificação Econômica Brasil. No que diz respeito às variáveis dependentes, a Ansiedade foi verificada por meio do Geriatric Anxiety Inventory, Práticas de Lazer foi categorizada pela Escala de Práticas de Lazer, enquanto Qualidade de Vida foi analisada pelo 36-Item Short-Form Health Survey, com as dimensões física e mental que foram dicotomizadas em abaixo da média e acima da média. A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2022. A caracterização dos dados foi apresentada na forma de tabelas. A normalidade da distribuição de probabilidade foi verificada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância foi fixado em 5% e o intervalo de 95% de confiança. **Resultados:** No desfecho Ansiedade, identificou-se que idosos que praticam menos lazer apresentam 3,9 vezes ($p < 0,001$) mais chances de ter características de Transtorno de Ansiedade Generalizada, e que idosos com componente mental da qualidade de vida abaixo da média têm essas chances aumentadas em 6,5 vezes ($p < 0,001$). No que diz respeito ao desfecho qualidade de vida, a regressão logística multivariada observou-se que ser da raça/cor “branca” aumenta em 2,51 vezes as chances ($p = 0,032$) de ter componente mental da qualidade de vida acima da média, que não ter características de Transtorno de Ansiedade Generalizada aumenta em 16,43 vezes as chances ($p < 0,001$) de ter componente mental da qualidade de vida acima da média e praticar mais lazer aumenta em 4,82 vezes as chances ($p < 0,001$) de ter componente físico da qualidade de vida acima da média. No que tange ao desfecho lazer, ser do sexo feminino aumenta em 2,8 vezes ($p = 0,016$) as chances de ter mais prática de lazer. Idoso sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada tem 5,0 vezes ($p < 0,001$) mais chances de ter mais lazer e aquele com componente físico da qualidade de vida acima da média tem essas chances aumentadas em 2,6 vezes ($p = 0,009$). **Conclusões:** Os fatores associados à ansiedade na população idosa são menores práticas de lazer e componente mental da qualidade de vida abaixo da média. A qualidade de vida dos idosos está associada à raça/cor branca, a não ter características de Transtorno de Ansiedade Generalizada e a praticar mais lazer. Já as práticas de lazer estão associadas ao sexo feminino, a não ter características de Transtorno de Ansiedade Generalizada e ao componente físico de qualidade de vida acima da média.

Palavras-chave: Ansiedade. Atividades de Lazer. Qualidade de Vida. COVID-19. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: The elderly constitute a prominent population group in the COVID-19 pandemic, mainly due to the risk potential of this population, especially those with chronic diseases. Therefore, the diversity of aging, anxiety, quality of life and leisure practices are important aspects to be investigated. **Objective:** To evaluate the factors associated with anxiety, quality of life, and leisure practices in times of the COVID-19 pandemic in the elderly population of Community Centers in the municipality of Vitória, Espírito Santo. **Material and Method:** This is an analytical observational study with a cross-sectional design, carried out in the capital of the state of Espírito Santo, in the four Senior Living Centers, in a sample of 345 elderly people. For the collection of sociodemographic data, a script adapted from the IBGE and the Brazilian Economic Classification Criterion were used. With regard to the dependent variables, Anxiety was verified by means of the Geriatric Anxiety Inventory, Leisure Practices was categorized by the Leisure Practices Scale, while Quality of Life was analyzed by the 36-Item Short-Form Health Survey, through the physical and mental dimensions that were dichotomized into below mean and above average. Data collection took place from June to December 2022. The characterization of the data was presented in the form of tables. The normality of the probability distribution was verified using the Kolmogorov-Smirnov test. The level of significance was set at 5% and the 95% confidence interval was set. **Results:** In the Anxiety outcome, it was identified that older adults who practice less leisure are 3.9 times ($p < 0.001$) more likely to have characteristics of Generalized Anxiety Disorder, and that older adults with a mental component of quality of life below average are 6.5 times more likely ($p < 0.001$). With regard to the outcome quality of life, multivariate logistic regression showed that being of "white" race/color increases by 2.51 times the odds ($p = 0.032$) of having an above-average mental component of quality of life, that not having characteristics of Generalized Anxiety Disorder increases by 16.43 times the odds ($p < 0.001$) of having an above-average mental component of quality of life and practicing more leisure time increases by 4.82 times the odds ($p < 0.001$) of having an above-average physical component of quality of life. Regarding the leisure outcome, being female increases the chances of having more leisure practice by 2.8 times ($p = 0.016$). Elderly people without characteristics of Generalized Anxiety Disorder are 5.0 times ($p < 0.001$) more likely to have more leisure, and those with a physical component of quality of life above-average have these chances increased by 2.6 times ($p = 0.009$). **Conclusions:** The factors associated with anxiety in the elderly population are lower leisure practices and a mental component of quality of life below average. The quality of life of the elderly is associated with white race/color, not having characteristics of Generalized Anxiety Disorder and practicing more leisure. Leisure practices, on the other hand, are associated with female gender, not having characteristics of Generalized Anxiety Disorder and the physical component of above-average quality of life.

Keywords: Anxiety. Leisure activities. Quality of life. COVID-19. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Uma estrutura de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades de ação em saúde pública ao longo da vida.....	35
Figura 2	Modelo de análise para avaliar as características de ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer na população idosa	53
Figura 3	Fluxograma de idosos frequentadores, recusas e coletas.....	58
Quadro 1	Amostra mínima distribuída por CCTI.....	58
Quadro 2	Variáveis independentes, categorias e subdivisões	62

LISTA DE TABELAS

PRODUTO 1

Tabela 1 - Dados demográficos de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	74
Tabela 2 - Dados sobre condições da moradia e hábitos de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	75
Tabela 3 - Resultado regressão logística de ansiedade em idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022 (análise bivariada)	76
Tabela 4 - Resultado regressão logística de ansiedade em idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital região sudeste do Brasil, 2022 (análise multivariada)	77
Tabela 5 - Resultados da análise da curva ROC para a discriminação e ajuste do modelo.....	77

PRODUTO 2

Tabela 1 - Associação entre qualidade de vida e condição socioeconômica dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	91
Tabela 2 - Associação entre qualidade de vida e ansiedade dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	91
Tabela 3 - Associação entre qualidade de vida e práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	92
Tabela 4 - Associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	93
Tabela 5 - Resultado Regressão Logística da qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	94

PRODUTO 3

Tabela 1 - Associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	107
Tabela 2 - Resultado regressão logística das práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022 (análise multivariada)	109
Tabela 3 - Relação entre os domínios das práticas de lazer a variável sexo de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	109

Tabela 4 - Relação entre os domínios das práticas de lazer e nível de escolaridade etária de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	110
Tabela 5 - Relação entre os domínios das práticas de lazer e condição socioeconômica de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022	111

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCS	Centro de Ciências da Saúde
CCTI	Centro de Convivência da Terceira Idade
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CSE	Condição Socioeconômica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPL	Escala de Práticas de Lazer
IAG	Inventário de Ansiedade Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCS	Mental Component Summary
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCS	Physical Component Summary
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
QV	Qualidade de Vida
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA INTERFERÊNCIA NO ENVELHECIMENTO	23
2.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	26
2.3	OS DESAFIOS DA COVID-19 PARA A POPULAÇÃO IDOSA.....	36
2.4	IMPACTOS DA ANSIEDADE NA TERCEIRA IDADE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	38
2.5	QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID- 19.....	41
2.6	LAZER NA TERCEIRA IDADE: IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE E O BEM-ESTAR.....	43
3	OBJETIVOS	50
3.1	OBJETIVO GERAL.....	51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
3.2.1	Objetivo do produto 1	51
3.2.2	Objetivo do produto 2	51
3.2.3	Objetivo do produto 3	51
4	MODELO DE ANÁLISE	52
5	MATERIAL E MÉTODO	55
5.1	TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	56
5.2	LOCAIS DO ESTUDO	56
5.3	POPULAÇÃO ALVO	56
5.4	TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	57
5.5	VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	59
5.5.1	Produto 1 – Ansiedade	59
5.5.2	Produto 2 – Qualidade de vida	60
5.5.3	Produto 3 – Práticas de lazer	61
5.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	62
5.6.1	Produto 1 – Ansiedade	64
5.6.2	Produto 2 – Qualidade de vida	65
5.6.3	Produto 3 – Práticas de lazer	66
5.7	ESTUDO PILOTO	67

5.8	COLETA DE DADOS	67
5.9	ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	67
5.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA	68
5.11	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69
6	RESULTADOS.....	70
6.1	PRODUTO 1.....	71
6.2	PRODUTO 2.....	84
6.3	PRODUTO 3.....	102
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS.....	118
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
	APÊNDICE B - MATERIAL SUPLEMENTAR – DESFECHO ANSIEDADE	146
	APÊNDICE C - MATERIAL SUPLEMENTAR – DESFECHO QUALIDADE DE VIDA.....	147
	APÊNDICE D - MATERIAL SUPLEMENTAR - DESFECHO LAZER	151
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (IBGE): ADAPTADO	155
	ANEXO B - CLASSIFICAÇÃO DA CLASSE ECONÔMICA (ABEP) ...	156
	ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA (IAG)	157
	ANEXO D – 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36) VERSÃO BRASILEIRA.....	159
	ANEXO E – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36.....	163
	ANEXO F – CÁLCULO DO RAW SCALE (0 A 100).....	164
	ANEXO G – ESCALA DE PRÁTICAS DE LAZER (EPL).....	165
	ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO SEMAS/PMV	166
	ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO CEP/UFES.....	167
	ANEXO J – CAPÍTULO DE LIVRO PUBLICADO (PRODUTO 1)	170
	ANEXO K – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO (PRODUTO 2)	171
	ANEXO L – ARTIGO PUBLICADO (PRODUTO 3)	172

APRESENTAÇÃO

Este estudo é o resultado de uma construção profissional, e até pessoal, alicerçada em bases sólidas, com princípios e valores herdados de pai, mãe e da família, que me levaram a caminhos e lugares nunca antes imaginados. Desde cedo, em idade ainda muito tenra, interessei-me pela leitura e pelos mais diversos aprendizados que ela poderia trazer. Assim, descobri que, por meio do conhecimento, poderia chegar ao lugar que eu bem desejasse. Sempre gostei de cuidar das pessoas e me preocupava com o bem-estar delas. Com isso, entendi que, profissionalmente, deveria me enveredar na área da saúde. Assim sendo, ao completar 16 anos, ingressei no Curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no primeiro semestre de 1990. Durante o percurso, percebi que estava no caminho certo e que precisava estudar sempre mais e mais... sim, foi isso que aconteceu, procurei investir em cada sonho, sempre estudando.

Após concluir a faculdade, em meados de 1994, realizei vários aperfeiçoamentos e quatro cursos de especialização, iniciando pela Odontopediatria, passando pela Odontologia em Saúde Coletiva, indo para a Atenção Primária em Saúde e chegando na Saúde da Pessoa Idosa, que despertaram em mim, ao final dessa trajetória, o encanto pela Saúde Coletiva e em especial pela População Idosa. Em paralelo a isso, a jornada profissional ocorria, repleta de cenários, nos mais diversos campos de prática, do consultório particular ao serviço público. Sim, quase três décadas de atendimento clínico, percorrendo alguns municípios do estado do Espírito Santo, tanto na zona urbana como na rural, pois precisava conhecer a essência das pessoas e entender a realidade de cada local. Compreendi que a saúde do indivíduo é influenciada pelas condições em que vive e trabalha, daí a importância da intersetorialidade como prática de gestão na saúde. Assim, após alguns anos experimentando e vivenciando as mais diferentes rotinas na Odontologia do serviço privado, descobri que era no setor público que me sentia realizada e que poderia fazer algo mais pelas pessoas. Pude perceber, ao longo da caminhada, e com os conhecimentos adquiridos, que as políticas públicas quando bem planejadas e executadas fazem a roda girar e uma infinidade de coisas acontecerem. Descobri que os direitos, para serem gozados, precisam ser conquistados e respeitados, e que a participação popular e o controle social possuem poderes grandiosos quando bem articulados. Sim, sou defensora do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos melhores sistemas de saúde do mundo, com uma estrutura fenomenal, e tenho muito orgulho de fazer parte dele. Em 2006, ingressei na Prefeitura Municipal de Vila Velha como

Odontopediatra (até os dias atuais) e, desde 2008, assumi o cargo de Cirurgiã-Dentista da Estratégia de Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Vitória, que também ocupo até hoje. Por atuar no serviço público, fui contemplada com vaga na Especialização de Saúde do Idoso pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e, ao final do curso, cada aluno deveria elaborar um projeto de intervenção de acordo com a necessidade do serviço. Com isso, entendi que deveria organizar um Grupo de Idosos na Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuo (Forte São João - Bolivar de Abreu), pois existiam muitos indivíduos dessa faixa etária que compareciam ao serviço de saúde com grande frequência e sempre com as mesmas queixas. Precisava compreender o que de fato ocorria com essas pessoas. O espaço coletivo foi criado em 2016 e, até hoje, os encontros acontecem às sextas-feiras, às 14:00 horas. Com isso, uma parceria incrível foi criada com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), à qual estão vinculados os Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTIs) do município, pois, tanto profissionais da USF como da SEMAS executam atividades educativas, preventivas e recreativas com os idosos do território.

No início de 2018, após 23 anos de formada, aos 44 anos (não foi tarde, aconteceu na hora certa) iniciei o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pela UFES e, evidentemente, a minha pesquisa da dissertação foi realizada com os idosos dos CCTIs do município de Vitória. Ao longo dos anos, tive a necessidade de entender melhor o envelhecimento, processo dinâmico que está ocorrendo de forma acelerada em âmbito mundial. Assim, o mundo acadêmico me conquistou, não podia parar, precisava estudar mais e mais essa população surpreendente, detentora de lindas histórias e que, ao mesmo tempo, estava sendo assolada pela pandemia da COVID-19. Dessa forma, terminei o Mestrado em 2020 e, no mesmo ano, participei do processo seletivo para o Doutorado. Em março de 2021 iniciei o curso e já comecei a trabalhar na pesquisa com os idosos, desenvolvida em momento crítico e desafiador para a população mundial, principalmente para essa faixa etária, considerada grupo de risco para a COVID-19.

Diante do exposto, foi elaborado o presente trabalho, intitulado “ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DE LAZER EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES”. Organizado de forma a introduzir o assunto e ao mesmo tempo justificar a temática, aborda revisão de literatura em temas inerentes

ao contexto, em que se torna imprescindível descrever os determinantes sociais da saúde e a sua interferência no envelhecimento; a promoção da saúde e a década do envelhecimento saudável; os desafios da COVID-19 para a população idosa; os impactos da ansiedade na terceira idade durante a pandemia da COVID-19; a qualidade de vida dos idosos durante a pandemia da COVID-19; bem como o lazer na terceira idade: sua importância para a saúde e o bem-estar, para que as várias interfaces da saúde e as suas nuances sejam devidamente compreendidas.

É válido ressaltar que, nesta tese, estão inseridos três produtos científicos, mencionados nas seções objetivos, modelo de análise e metodologia. Na seção resultados eles são apresentados na sua completude. O primeiro produto, intitulado “Fatores associados à ansiedade em idosos na pandemia da COVID-19”, foi publicado como capítulo de livro da obra Evidências Científicas para Profissionais de Saúde pela editora Ecology & Nature. O segundo produto, “Qualidade de Vida de Idosos em Tempos de Pandemia da COVID-19: Fatores Associados”, foi submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Por fim, o terceiro produto, “Fatores associados às práticas de lazer de idosos na pandemia da COVID-19”, foi publicado na Revista de Enfermagem Atual in Derme. Para encerrar, faço as considerações finais do trabalho, evidenciando que os dados obtidos poderão subsidiar políticas públicas para fomentar e desenvolver melhorias, principalmente para os idosos desfavorecidos, população mais afetada pelo cenário pandêmico.

A pandemia da COVID-19, causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2, SARS-CoV-2, declarada como tal pela Organização Mundial de Saúde em março de 2020, se manifestou como um dos mais graves desafios de saúde global em décadas (Schuchmann *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2020; WHO, 2020a). A transmissão do vírus de pessoa para pessoa, juntamente com a possibilidade de contaminação por meio de superfícies e objetos, gerou falta de controle, levando à sensação generalizada de incerteza em relação ao futuro. Essa incerteza, somada às medidas de isolamento social, exacerbou os graus de ansiedade e depressão na população em geral, afetando ainda mais aqueles que já sofrem de transtornos mentais pré-existentes (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que, mesmo antes da pandemia, uma parcela significativa da população mundial já enfrentava desafios relacionados à saúde mental. Estimativas indicam que entre um terço e metade da população global sofria de algum tipo de transtorno mental, com a manifestação desses transtornos dependendo da gravidade de eventos estressantes, da vulnerabilidade social e das ações governamentais (Silva *et al.*, 2020). Nesse contexto, a população idosa se destacou, especialmente aqueles com doenças crônicas, como um grupo de risco particularmente suscetível à COVID-19. Portanto, a pandemia da COVID-19 gerou preocupações adicionais sobre o impacto da doença na saúde integral dos idosos, bem como nas suas famílias, para os profissionais de saúde e na sociedade em geral (Hammerschmidt; Santana, 2020).

Além disso, sabe-se que a ansiedade desempenha impacto no bem-estar e na qualidade de vida, mas esses aspectos foram pouco explorados em ambientes rurais e urbanos na vida adulta durante a pandemia da COVID-19 (Isaac; Cheng; Mclachlan, 2021). Em estudo sobre pandemias, pesquisadores demonstraram que elas podem causar uma série de efeitos psicossociais, como pânico, estresse, ansiedade, insônia e depressão (Hao *et al.*, 2020). Isso implica que lidar com uma pandemia vai além das preocupações de saúde física, abrangendo uma gama mais ampla de desafios relacionados ao bem-estar mental, dessa forma vários estudos recentes confirmam um aumento nos transtornos psicológicos durante a pandemia da COVID-19 (Duan *et al.*, 2020; Rios; González; Palacios, 2020).

Diante desse cenário, é fundamental adotar estratégias para manter a integridade da saúde mental frente ao contexto abordado, incluindo a promoção de atividades de

lazer, leitura, interação social e contatos online (Fiocruz, 2020). No entanto, é evidente a necessidade de mais pesquisas, para entender melhor as consequências dessas crises na saúde mental, especialmente entre a população idosa, considerando o envelhecimento populacional crescente no Brasil, que em 2012 era de 11,3%, e atualmente representa 15,1% da população geral (IBGE, 2022).

Portanto, este estudo propõe avaliar os fatores associados à ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer dos idosos de Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTIs) do município de Vitória, ES, durante a pandemia da COVID-19. Esta pesquisa busca preencher uma lacuna na literatura ao examinar especificamente a situação dos idosos nesse contexto desafiador, contribuindo, assim, para uma compreensão mais abrangente dos impactos psicossociais da pandemia com o intuito de subsidiar e fomentar medidas de apoio e intervenções adequadas para essa população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2. 1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA INTERFERÊNCIA NO ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, em 1946, uma definição pioneira de saúde como: um estado de completo bem-estar físico, mental e social, indo além da mera ausência de doença (WHO, 1946). Isso reconhece que a saúde de um indivíduo é um conceito intrincado, multidimensional e em constante evolução, que requer a análise de diversos aspectos da informação para uma compreensão abrangente (Portrait; Lindeboom; Deeg, 2001).

A abordagem de saúde como fenômeno social tem raízes em um processo histórico prolongado. Foi somente em 1948, na constituição da OMS, que a dimensão social foi oficialmente incorporada, promovendo a integração das abordagens biomédicas, tecnológicas e sociais para o aprimoramento da saúde. No entanto, ao longo da década de 1950, após a bem-sucedida erradicação da varíola, a atenção permaneceu centrada em métodos de prevenção e tratamento de doenças específicas, negligenciando o contexto social como um determinante crucial do processo de saúde-doença (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

Nos anos 1960 e início dos anos 1970, uma abordagem baseada na comunidade começou a emergir, enfatizando a educação em saúde e a prevenção de doenças como estratégias para atender às necessidades de saúde nas populações de países em desenvolvimento. A expansão da atenção primária às comunidades carentes revelou disparidades de saúde e destacou a importância de abordar os determinantes não médicos (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

A questão dos determinantes sociais ganhou destaque novamente no final dos anos 1970, após a Conferência de Alma-Ata, e se tornou um pilar do programa “Saúde para Todos no Ano 2000”. Entretanto, nos anos 1980, a ascensão do consenso econômico e político neoliberal, que via a saúde como um bem privado, criou obstáculos significativos para a abordagem sistemática da melhoria da saúde por meio da intervenção nos determinantes sociais (Buss; Pellegrini, 2007).

Na década de 1990, muitos países em desenvolvimento enfrentaram restrições orçamentárias devido a dívidas externas, afetando áreas cruciais para a determinação da saúde, como educação, programas nutricionais, saneamento, transporte,

habitação e proteção social. Isso resultou em um aumento da pobreza e da desigualdade na saúde, enquanto, simultaneamente, a compreensão científica dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) avançou rapidamente (WHO, 2005).

Nancy Krieger (2001) introduziu a ideia de intervenção ao defini-los como os aspectos e mecanismos por meio dos quais as condições sociais afetam a saúde e que podem ser modificados por ações informadas. Por outro lado, Tarlov (1996) simplificou a definição, entendendo-os como as características sociais que moldam a vida das pessoas.

No início do século XXI, houve um impulso global para focar nas populações, direcionando ações para as sociedades às quais os indivíduos pertencem, impulsionado pelo progresso no estudo das relações entre a organização e o desenvolvimento de uma sociedade específica e a saúde da sua população (Islam, 2019).

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou sua perspectiva ao incluir os Determinantes Estruturais como fatores determinantes da classe social, raça/etnia e gênero. Essa mudança reconheceu a influência do contexto sociopolítico e da estrutura social na distribuição de poder, prestígio e discriminação, causando, assim, disparidades na saúde e no bem-estar social (Brasil, 2019). Ao abranger o contexto sociopolítico e a estrutura social, juntamente com os fatores de raça/etnia, gênero e classe social, o objetivo foi aprofundar a compreensão das desigualdades no domínio da saúde e da doença.

As perspectivas aqui elencadas, direta ou indiretamente, admitem a saúde como direito e defendem que grupos sociais não deveriam adoecer de forma distinta, se essa diferença puder ser evitada. O aprimoramento de políticas de saúde inclusivas, no entanto, deve considerar as relações de poder e as transformações da saúde em mercadoria como obstáculos e desafios. Os determinantes sociais são mais bem compreendidos quando se reconhece a dialética entre contextos específicos e os macrodeterminantes políticos e econômicos, identificando-se diferentes significados e consequências para a saúde (Galvão *et al.*, 2021).

É necessário que as intervenções em saúde ampliem o seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e os seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao

mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (Brasil, 2018).

Portanto, sabendo que as condições socioeconômicas determinam condições desiguais de vida e trabalho: diferenças no acesso à alimentação, moradia, educação e outros aspectos que influenciam a construção do capital social, assim como comportamentos e estilos de vida que expõem os indivíduos a diferentes riscos e vulnerabilidades, percebe-se a existência de disparidades de saúde entre os idosos, criando maior necessidade de ajuda com doenças crônicas e incapacidades. Para eles, a justiça exige atuação sobre os determinantes sociais da saúde numa perspectiva de “curso de vida”, com ação transversal e em todas as fases do ciclo vital (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

Todo indivíduo deve ter a capacidade de alcançar o seu estado de saúde ideal sem distin o de raça; cor da pele; religião; idioma; nacionalidade; recursos socioeconômicos; g nero; orienta o sexual; identidade de g nero; incapacidade física, mental ou emocional; ou qualquer outra característica ligada historicamente   discrimina o ou   exclusão de oportunidades sociais e políticas (Galvão *et al.*, 2021).

  possível que, na velhice, última etapa do ciclo de vida, seja observado o acúmulo de desfechos conduzidos pelos eventos sócio-históricos e culturais, interagindo com recursos internos (psicológicos e biológicos) e externos (ambientais, políticos e sociais), que tornariam as pessoas idosas mais ou menos vulneráveis frente aos eventos de vida (Salmazo-Silva *et al.*, 2012).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a superposi o dos processos epidemiológicos, associados aos desfavoráveis contextos políticos, sociais e econ micos, afetam diretamente o envelhecimento populacional e ocasionam as iniquidades em saúde. As iniquidades em saúde são um dos traços mais marcantes da situa o de saúde do Brasil e são caracterizadas por serem evitáveis, injustas e desnecessárias (Buss; Pellegrini Filho, 2007). O que pode ser feito para reverter esse quadro e promover saúde de fato   essa popula o?

Acredita-se que seja avançar no sentido de reduzir as iniquidades em saúde durante o envelhecimento com a constru o de políticas que incluam a oes redutoras de

desigualdades sociais e estratégias que visem prolongar a vida humana com qualidade de vida, autonomia e independência (Campos; Gonçalves, 2018).

As condições de vida ou trabalho da população se complementam com fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais. Há um conjunto de características que são intrínsecas às ações de promoção da saúde e, dentre elas, moradia, acesso à educação, alimentação, renda e emprego (Faustino *et al.*, 2020).

A promoção da saúde, como tem sido entendida nos últimos 30-35 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, esta estratégia sugere a articulação de saberes técnicos e populares e a movimentação de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados em favor da qualidade de vida (Buss *et al.*, 2020).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

A expressão “promoção de saúde” foi introduzida em 1945 por Henry Sigerist, um médico historiador canadense. Ele delineou quatro tarefas essenciais da Medicina, que incluíam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento de pacientes e a reabilitação. Argumentou que a saúde é promovida ao proporcionar condições de vida adequadas, bom ambiente de trabalho, educação, cultura física e descanso (Sigerist, 1956).

Entretanto, a definição original de promoção de saúde, que destacava os “fatores gerais” que influenciam a saúde, foi contrastada com a abordagem mais específica do Informe Lalonde de 1974, que enfatizou os “fatores particulares” e representou um marco histórico ao questionar o impacto e os altos custos dos cuidados médicos na saúde pública (Fiocruz, 2000).

Lalonde pôs em relevo a necessidade de ampliar o escopo da Saúde Pública, concentrando-se em medidas preventivas e programas educacionais para modificar comportamentos e estilos de vida (Lalonde, 1974). No decorrer da década de 1970, a promoção de saúde muitas vezes se concentrou em mudanças de hábitos individuais não saudáveis, como o tabagismo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de

substâncias, especialmente em relação às doenças crônicas, que eram um problema predominante nos países desenvolvidos (Lalonde, 1974; Buss, 2000).

A partir da década de 1980, a promoção de saúde adquiriu maior destaque no campo da Saúde Pública, com uma definição oficial da OMS em 1984 (WHO, 1984). O conceito moderno de promoção da saúde emergiu e se fortaleceu por meio de conferências internacionais, como as realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997), que contribuíram para o desenvolvimento da política de promoção da saúde (Buss, 2000).

Além disso, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na América Latina em 1992 trouxe o tema oficialmente para o contexto sub-regional (OPAS, 1992). Simultaneamente, os cuidados primários de saúde também desempenharam um papel importante na promoção da saúde, como o demonstrado pelos resultados da Conferência de Alma-Ata de 1978 (WHO, 1978).

A implementação dos acordos de Alma-Ata levou a melhorias significativas na saúde da população dos países industrializados, estimulando uma revisão das diretrizes da OMS. Em 1986, a primeira conferência internacional de promoção da saúde foi realizada em Ottawa, culminando na elaboração da Carta de Ottawa (1986). Essa carta definiu a promoção da saúde como um processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controle sobre a sua própria saúde, destacando a importância de fatores como moradia, educação, renda, justiça social, alimentação, ecossistema estável, paz e igualdade para alcançar um nível básico de saúde (WHO, 1986).

A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, momento em que a 8ª Conferência Nacional de Saúde se constituiu como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania (Brasil, 2018).

Desde então, o termo promoção da saúde tem sido associado a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, igualdade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (Buss, 2000). Ele abrange uma variedade de estratégias, incluindo políticas públicas de saúde, fortalecimento das comunidades, desenvolvimento de habilidades individuais, reorientação dos sistemas de saúde e

colaboração interdisciplinar com parcerias setoriais (Buss, 2000).

Existem dois principais grupos de conceitos relacionados à promoção da saúde. O primeiro concentra-se em mudanças de comportamento individual, envolvendo educação e modificação de hábitos, com foco em riscos comportamentais modificáveis controlados pelo indivíduo (Buss, 2000). O segundo grupo, por outro lado, enfatiza os determinantes das condições gerais de saúde, incluindo fatores como alimentação adequada, moradia, saneamento, condições de trabalho, apoio social, estilo de vida responsável e cuidados de saúde adequados. Esse grupo enfoca mais o contexto coletivo e o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através da implementação de políticas públicas e da criação de condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde (Buss, 2000).

O processo saúde-adoecimento é decorrente de múltiplos e complexos aspectos, cabendo ao setor Saúde torná-los cada vez mais visíveis. Assim sendo, na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção das suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde faça parte das agendas de todas as políticas públicas (Brasil, 2018).

Uma revisão sistemática comprova que promoção da saúde emerge como uma opção adequada, ao levar em consideração um conceito ampliado de saúde e com base nos seus cinco campos de ação propostos pela Carta Ottawa. Identifica-se uma tendência das práticas de promoção da saúde ao campo de ação da reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais, trazendo a educação em saúde como protagonista desse campo de ação que visa capacitar as pessoas para que tenham condições de fazerem as melhores escolhas (Becker; Heidemann, 2020).

Garcia *et al.* (2021) abordam três categorias analíticas - Promoção Precoce da Saúde: ausência de doença e nascimento do termo (passado); Promoção da Saúde como Prevenção Primária (presente); Promoção Ampliada da Saúde (o que se espera no futuro). Seria a descoberta de um novo caminho a ser seguido? A saúde ampliada seria um novo paradigma para profissionais de saúde e diversos setores da sociedade?

No debate sobre a promoção da saúde, especial ênfase deve ser dada às políticas públicas saudáveis, à governança, à gestão social integrada, à intersetorialidade, às estratégias de municípios saudáveis e ao desenvolvimento local. A nova concepção de Estado, subjacente à proposta de políticas públicas saudáveis, (re)estabelece a centralidade do seu carácter público e da sua responsabilidade social, ou seja, o seu compromisso com o bem e o interesse comum (Buss *et al.*, 2020).

Tendo a interdisciplinaridade como fundamento cognitivo e a intersetorialidade como ferramenta operacional, as políticas saudáveis devem dar origem ou basear-se em pactos horizontais com parceiros de outros setores governamentais e outras comunidades epistêmicas, como planejadores urbanos, educadores e ambientalistas, para que não sejam limitadas a uma normatividade burocrática socialmente nata (Buss *et al.*, 2020).

Outro aspecto fundamental é o empoderamento da população organizada, através da ampla divulgação de evidências sobre a relação entre a saúde e os seus pré-requisitos, bem como a construção de mecanismos de ação eficientes. Numa nova repartição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre o público e o privado, a questão da participação é um pré-requisito institucional e político (Buss *et al.*, 2020).

No contexto do envelhecimento, a promoção da saúde desempenha um papel fundamental, levando em consideração a história de vida do idoso, a sua integração social ao longo dos anos e a sua exposição a fatores de risco (Geib, 2012). Preservar a independência e a autonomia dos idosos é essencial para melhorar a sua qualidade de vida, exigindo respostas eficazes do setor de saúde, especialmente nas áreas de promoção e prevenção (Brito *et al.*, 2013).

O cuidado centrado na pessoa é o padrão mais elevado para o cuidado gerontológico, refletindo o compromisso ético e o respeito pelos direitos e bem-estar dos idosos (WHO, 2015). Além disso, os cuidados ao idoso devem se concentrar no acompanhamento, tratamento e prevenção, com ênfase no papel dos centros de convivência, que oferecem informações sobre hábitos saudáveis e medidas preventivas (Veras, 2011).

Os Centros de Convivência desempenham um papel importante em aprimorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, oferecendo atividades que reduzem a incidência de doenças crônicas, previnem incapacidades e restauram a independência por meio de programas de reabilitação (Veras, 2012). Eles promovem a inclusão dos idosos em grupos sociais, incentivam a educação em saúde e estimulam a participação social, contribuindo para o envelhecimento ativo (Liu *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2014).

A legislação, como a Lei nº 8.842 de 1994, apoia a criação de alternativas de atendimento ao idoso, como os Centros de Convivência, como parte da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994). O objetivo desses centros é fortalecer os laços familiares e comunitários, prevenir o isolamento social e promover atividades que afetem positivamente a qualidade de vida dos idosos (Oliveira; Clemente, 2015).

Os CCTIs, são equipamentos do Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos (SCFV), que integram a rede de serviços previstos na Política Nacional de Assistência Social, com o objetivo, por meio das suas atividades, oferecer espaços de convivências favorecendo o envelhecimento saudável, qualidade de vida e fortalecimento de vínculos sociais (Vitória, 2018a).

Os CCTIs estão distribuídos no município de Vitória, ES, por territórios de acordo com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), estruturados e organizados para o atendimento mensal de pessoas com 60 anos ou mais (Vitória, 2018a). O SCFV integra o conjunto de serviços do Sistema Único de Assistência Social e, junto com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, oferece à população que vivencia vulnerabilidades sociais e relacionais oportunidades de reflexão sobre as questões vivenciadas em seu dia a dia e estratégias para potencializar os seus ativos (Brasil, 2017).

Vale ressaltar que, nos grupos do SCFV, atividades de natureza artístico-cultural, desportivas e esportivas e lúdicas são algumas das estratégias desenvolvidas para promover a convivência e a ressignificação de experiências conflituosas, violentas, traumáticas - as vulnerabilidades relacionais - vivenciadas pelos usuários. As vivências oportunizadas pelo serviço auxiliam na aquisição de repertórios de comunicação mais efetivos, no desenvolvimento de relações de afetividade emancipadoras; na valorização da cultura local e dos conhecimentos tradicionais da comunidade; na socialização e no sentimento de pertença; na construção de projetos

de vida; e na participação social, entre outras (Brasil, 2017).

A entrada ao serviço deve ocorrer por encaminhamento do CRAS. Os usuários podem chegar ao CRAS por demanda espontânea, busca ativa, encaminhamento da rede socioassistencial ou encaminhamento das demais políticas públicas e de órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Brasil, 2017).

São objetivos do SCFV ofertado a pessoas idosas:

- contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo;
- assegurar espaço de encontro para pessoas idosas encontros intergeracionais, de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária;
- detectar as suas necessidades e motivações, bem como desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; e
- propiciar vivências que valorizem as suas experiências e que estimulem e potencializem a capacidade de escolher e decidir (Brasil, 2017).

O SCFV apresenta especificidades que contemplam as pessoas idosas, a saber: deve estar pautado nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e levar em consideração que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer, bem como a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social (Brasil, 2017).

As atividades de arte, cultura e lazer desempenham papel significativo na promoção da saúde dos idosos, oferecendo oportunidades de diversão e aprendizado. Estudos sugerem que a autoavaliação diária da qualidade de vida pode aumentar a autoestima e permitir a construção de planos de cuidados individuais (Fonseca, 2010; Paschoal, 2011; Wichmann, 2013).

Apesar dos avanços na promoção da saúde dos idosos, ainda existem barreiras de acesso e desafios na prestação de cuidados de saúde de qualidade a essa população. O tratamento integral de doenças crônicas requer uma abordagem em rede e a superação de obstáculos que limitam a assistência e a promoção da saúde dos idosos (Schenker; Costa, 2019).

A população mundial está enfrentando uma rápida transição demográfica, com o envelhecimento sendo uma tendência cada vez mais evidente. Essa mudança demográfica impactará quase todos os aspectos da sociedade. Como resposta a esse desafio, o mundo se uniu em torno da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa assegurar que todas as pessoas possam realizar o seu potencial com dignidade, igualdade e em um ambiente saudável (WHO, 2020d).

A necessidade de uma Década de Ação Global sobre Envelhecimento Saudável é urgente, dado que já existem mais de um bilhão de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo, a maioria delas vivendo em países de baixa e média renda. Muitos desses idosos não têm acesso aos recursos básicos necessários para uma vida plena e digna, e outros enfrentam inúmeros obstáculos que os impedem de participar plenamente na sociedade (WHO, 2020d).

A Organização das Nações Unidas (ONU) designou o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, com o objetivo de capacitar os idosos, promover a saúde por meio de abordagens educacionais e criar ambientes de vida e trabalho seguros e saudáveis ao longo da vida (WHO, 2020d). Isso reflete a necessidade de políticas públicas abrangentes que abordem os desafios relacionados ao envelhecimento, incluindo doenças crônicas comuns nessa faixa etária (Scolarick-Lempke *et al.*, 2018).

A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) representa um compromisso de colaboração de dez anos, reunindo governos, sociedade civil, organizações internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para melhorar a qualidade de vida dos idosos, das suas famílias e das suas comunidades (WHO, 2020d).

Essa iniciativa global da ONU, com o apoio da OMS, visa melhorar a qualidade de vida dos idosos, apesar dos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, desigualdades sociais e econômicas, e resistência às mudanças nas sociedades ocidentais (Guerra, 2022).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde considera o envelhecimento da população um dos maiores desafios e triunfos da humanidade (WHO, 2023). No caso do Brasil, o envelhecimento da população é evidente, com um aumento significativo

no número de idosos nas últimas décadas (Brasil, 2018).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil experimentou um notável crescimento no número de idosos entre os anos de 2012 e 2017, adicionando 4,8 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais à sua população, alcançando um total de mais de 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018). Projeções futuras indicam que em 2025 esse contingente idoso aumentará ainda mais, atingindo cerca de 32 milhões de pessoas, posicionando o Brasil como o sexto país com a maior população idosa no mundo (IBGE, 2020).

No contexto dessas transformações demográficas, a análise comparativa entre os dados do censo de 2022 e 2010 revela mudanças significativas na pirâmide etária da população idosa. Uma tendência notável é o contínuo crescimento proporcional de idosos em relação à população total, evidenciando um marcante envelhecimento demográfico. Este fenômeno pode ser atribuído a diversos fatores, como avanços na medicina, melhorias nas condições de vida e a redução da taxa de natalidade (IBGE, 2022). O índice de envelhecimento (parâmetro: 60 anos ou mais de idade) é um indicador que relaciona dois grupos de idade extremas. É dado pela razão entre o grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos. Dessa forma, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. No Brasil, esse índice chegou a 80,0 em 2022, indicando que há 80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Vale ressaltar que em 2010, o índice de envelhecimento era menor, correspondendo a 44,8 (IBGE, 2023).

É importante reconhecer que a população idosa apresenta uma ampla variedade de características de envelhecimento, conforme evidenciado por estudos como o Estudo Fibra (Neri *et al.*, 2013) e estudos epidemiológicos que destacam a influência do ambiente nas condições de saúde e funcionalidade dos idosos (Gomez *et al.*, 2018).

O envelhecimento saudável, como definido pela OMS, é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e das oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida (WHO, 2020c). Esse conceito não se limita à ausência de doenças, mas também engloba a capacidade funcional, as características ambientais e o bem-estar subjetivo dos idosos (WHO, 2015). Idosos saudáveis e independentes contribuem positivamente para as suas famílias e comunidades; sendo assim é crucial adotar

intervenções oportunas para maximizar essa contribuição e evitar crises sanitárias e sociais relacionadas ao envelhecimento populacional (WHO, 2020c).

É importante destacar que a percepção dos idosos sobre o envelhecimento saudável também é valiosa e deve ser considerada ao desenvolver intervenções e serviços direcionados a essa população (WHO, 2016). No Brasil, a preocupação com essa faixa etária já existe há alguns anos tendo em vista em vista que, a Política Nacional de Saúde do Idoso orienta a promoção do envelhecimento ativo, a gestão integrada da saúde dos idosos e a promoção da autonomia e supervisão social participativa para proteção de direitos (Brasil, 1994).

Globalmente, o plano Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, baseado na Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS e alinhado com a Agenda 2030 das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, é uma importante iniciativa para promover o envelhecimento saudável em todo o mundo (OPAS, 2020a).

O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde da OMS define o envelhecimento saudável como “desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar”. A OMS define capacidade intrínseca como a combinação das capacidades físicas e mentais (inclusive psicológicas) do indivíduo. A habilidade funcional é a combinação e interação da capacidade intrínseca com o ambiente no qual a pessoa está inserida (OPAS, 2020b).

Em outubro de 2017, a OMS publicou um documento sobre a Atenção Integrada para a Pessoa Idosa: diretrizes sobre intervenções na comunidade para manejar a perda de capacidade intrínseca (WHO, 2017a). Essas diretrizes estabelecem recomendações baseadas em evidências para os profissionais de saúde e assistência, visando ajudar a desenvolver e prestar Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE), centrada no indivíduo, em âmbito comunitário (OPAS, 2020b).

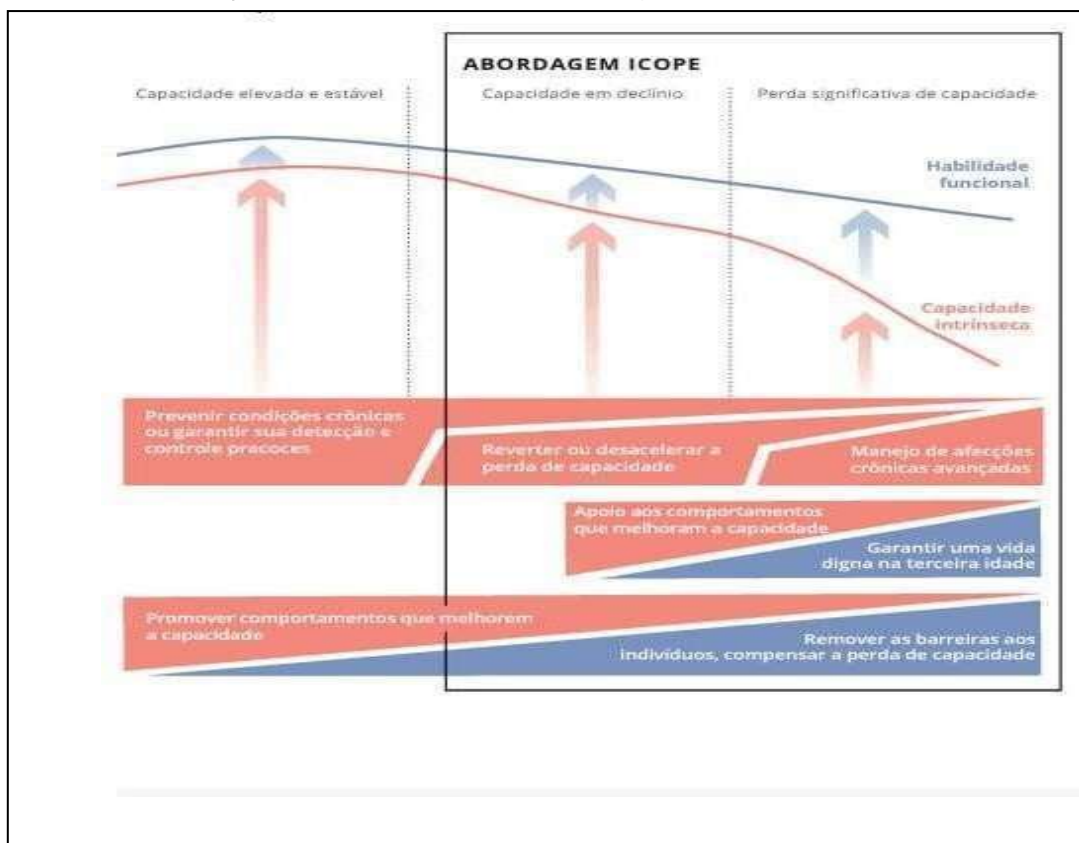
A capacidade intrínseca e a habilidade funcional decaem com o avanço da idade, como resultado do processo de envelhecimento e em consequência das doenças de base. Muitas das características que determinam a capacidade intrínseca são modificáveis. Elas incluem os comportamentos relacionados à saúde e a presença de doenças. Sendo assim, há robusta justificativa para a implementação de intervenções eficazes com o intuito de otimizar a capacidade intrínseca. Essa é a principal lógica

da ICOPE (OPAS, 2020b).

A orientação da ICOPE apoia o envelhecimento saudável ao abordar as seguintes condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca em seus vários domínios, as necessidades de assistência social dos idosos e as necessidades dos cuidadores: declínio cognitivo, mobilidade reduzida, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, sintomas depressivos, assistência e apoio social e apoio ao cuidador (OPAS, 2020b).

A estratégia mundial e plano de ação da OMS sobre o envelhecimento e a saúde descreve o papel dos sistemas de saúde na promoção do envelhecimento saudável, mediante a otimização da capacidade intrínseca (WHO, 2017b). As recomendações da Atenção Integrada para Pessoa Idosa contribuem para alcançar os objetivos dessa estratégia (Figura 1) (OPAS, 2020b).

Figura 1 – Uma estrutura de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades de ação em saúde pública ao longo da vida.



Fonte: OPAS, 2020b.

Os profissionais de saúde em ambiente clínico e na comunidade podem detectar condições que servem como indicadores do declínio da capacidade intrínseca. Avaliações repetidas ao longo do tempo tornam possível monitorar quaisquer alterações maiores que o esperado, possibilitando oferecer intervenções específicas antes que a habilidade funcional seja efetivamente perdida. Dessa maneira, as intervenções realizadas em ambientes comunitários podem impedir que uma pessoa se torne frágil ou dependente de cuidados. As intervenções multicomponentes parecem ser as mais eficazes (OPAS, 2020b), inclusive para preparar a população dessa faixa etária para adversidades no cenário sanitário.

2.3 OS DESAFIOS DA COVID-19 PARA A POPULAÇÃO IDOSA

A disseminação do coronavírus, inicialmente identificado em Wuhan, China, em dezembro de 2019, rapidamente evoluiu para uma pandemia global. Esse cenário evidenciou as carências nas políticas, sistemas e serviços de saúde em todo o mundo (WHO, 2020a).

Um estudo que analisou 55.924 casos confirmados de COVID-19 identificou os sintomas mais comuns da doença, incluindo febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dificuldade respiratória (18,6%), dor de garganta (13,9%), dor de cabeça (13,6%), dores musculares ou articulares (14,8%), calafrios (11,4%), náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise (0,9%) e conjuntivite (0,8%) (WHO, 2020).

Embora a COVID-19 tenha sido inicialmente descrita como uma doença que afeta indiscriminadamente pessoas de todas as idades, raças e estratos sociais, ficou evidente que a taxa de infecção era mais alta entre os adultos mais velhos, com a maior taxa de mortalidade registrada em indivíduos com mais de sessenta anos (Barbosa *et al.*, 2020).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2020, 69,2% das 8.233 mortes analisadas foram de idosos. Já em janeiro de 2021, de 195.074 mortes analisadas, 74,2% eram de indivíduos idosos (Brasil, 2021).

O sociólogo Norbert Elias (2001) apontou em seu livro “Solidão dos Moribundos: Seguido de Envelhecer e Morrer” a relação entre o envelhecimento e questões como o distanciamento social, invisibilidade, luto e abandono, o que se tornou ainda mais preocupante durante a pandemia da COVID-19 (Romero; Silva, 2021).

A COVID-19 trouxe à tona questões relacionadas à saúde dos idosos, levando a medidas específicas de distanciamento social para proteger esse grupo vulnerável (Hammerschmidt; Santana, 2020). A Constituição brasileira, no Artigo 230, estabelece o dever da sociedade e do Estado de amparar a população idosa, protegendo sua dignidade e bem-estar, inclusive em situações de emergência humanitária, como a pandemia da COVID-19 (Romero; Silva, 2021).

A rápida disseminação do vírus, a incerteza sobre seu controle, a gravidade da doença e a imprevisibilidade da sua duração impactou a saúde mental das pessoas, incluindo os idosos (Zandifar; Badrfam, 2020). Em termos de saúde física, a imunossenescência torna os idosos mais suscetíveis a doenças infecciosas como a COVID-19 (Ribeiro *et al.*, 2020). Agravando essa condição, medidas como o isolamento social e o fechamento de escolas, universidades e locais de trabalho afetam as interações sociais e podem ser estressantes (Zhang *et al.*, 2020; Zandifar; Badrfam, 2020).

As notícias negativas sobre a COVID-19 e as *fake-news* contribuíram para o medo constante de contaminação e morte, levando ao desenvolvimento de transtornos de pânico (Garrido; Garrido, 2020). Além disso, a pandemia pôde propiciar ao idoso um maior risco à pobreza, perda de suporte social e discriminação (Romero *et al.*, 2021). Em resumo, a pandemia da COVID-19 destacou a urgência de abordar as deficiências nos sistemas de saúde e serviços sociais, com um foco especial na população idosa. Vale ressaltar o longo período pandêmico, tendo em vista que, segundo a OMS, na data de 11 de março de 2020 a COVID-19 foi caracterizada como pandemia e somente em 05 de maio de 2023 foi decretado o seu fim (WHO, 2023).

O isolamento social e as tensões familiares decorrentes do convívio constante em residências muitas vezes superlotadas levaram a problemas psicológicos, como solidão, insônia, ansiedade, anorexia e depressão (Marques *et al.*, 2020; Moraes *et al.*, 2020). Um estudo na China durante o estágio inicial da pandemia revelou que 28,8% dos participantes apresentaram sintomas moderados a graves de ansiedade, 16,5% de depressão e 8,1% de estresse (Wang *et al.*, 2020).

Os achados demonstram que a ansiedade foi uma das sequelas ocasionadas pela pandemia da COVID-19. A alta prevalência de transtornos de ansiedade nesse contexto e a falta de estudos sobre o tema destacam a necessidade de investigações adicionais (Costa *et al.*, 2019).

2.4 IMPACTOS DA ANSIEDADE NA TERCEIRA IDADE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

O aumento significativo na expectativa de vida ao longo das últimas décadas é um fenômeno complexo, influenciado por diversos avanços na área da saúde, melhorias nas condições socioeconômicas e avanços tecnológicos. No entanto, uma das facetas fundamentais desse aumento está diretamente relacionada ao crescente número de idosos que, embora tenham alcançado idades mais avançadas, enfrentam o desafio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). À medida que a medicina preventiva e os cuidados de saúde avançam, permitindo que as pessoas atinjam idades mais avançadas, a prevalência de condições crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, torna-se mais proeminente (Szwarcwald; Stopa; Malta, 2022).

Embora as doenças crônicas estejam frequentemente associadas ao envelhecimento, representam um desafio significativo para a qualidade de vida dos idosos. Portanto, o aumento da expectativa de vida não pode ser analisado isoladamente, mas deve ser compreendido em conjunto com o desafio concomitante do manejo das DCNT, destacando a importância de estratégias abrangentes de saúde pública e cuidados de saúde continuados para garantir um envelhecimento saudável e sustentável (Capela *et al.*, 2009; Szwarcwald; Stopa; Malta, 2022).

Para promover o envelhecimento saudável, é fundamental focar a prevenção, o tratamento e a atenção abrangente à saúde, tanto física quanto mental. A saúde mental abrange diversos distúrbios psicológicos, incluindo vários graus de ansiedade, que são bastante comuns em idosos (Uchamanowicz; Gobbens, 2015).

Existem diversos Transtornos de Ansiedade que podem afetar os idosos, como o

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), a Agorafobia, a Fobia Social e o Transtorno do Pânico, conforme definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014). Um estudo de Nardi, Grassi-Oliveira e Pádua (2016) destacou que o TAG é o transtorno mais comum nessa faixa etária. Além disso, Machado *et al.* (2016) sugeriram que 22% dos idosos sofrem de TAG, com taxas ainda mais elevadas entre aqueles com menor escolaridade.

A ansiedade, de acordo com o DSM-5, é uma reação fisiológica destinada a proteger e se adaptar a novos eventos. Ela se torna patológica quando atinge um grau extremo e generalizado, manifestando-se em sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, bem como sintomas físicos como dor de cabeça e dores musculares (APA, 2014).

Na velhice, a ansiedade está ligada às limitações comuns nessa faixa etária, levando a percepções negativas da realidade e dúvidas sobre as próprias capacidades intelectuais. Graus consideráveis de ansiedade afetam a atenção seletiva e a codificação de informações na memória dos idosos, resultando em bloqueios da compreensão e do raciocínio (Oliveira *et al.*, 2006).

É importante observar que a ansiedade é mais prevalente em idosos com menos escolaridade ou que sofrem de doenças crônicas, frequentemente limitando a sua vida social e a sua independência. Os sintomas geralmente começam a surgir na idade adulta (Machado *et al.*, 2016).

Apesar da ansiedade ser frequentemente considerada uma comorbidade, ela pode ser um fator primário de alto risco durante o envelhecimento. Além disso, estudos indicam que ambos os sexos são afetados, com maior predominância entre as mulheres (Machado *et al.*, 2016).

A ansiedade tem um impacto negativo no processo de envelhecimento (Machado *et al.*, 2016). Como mencionado por Gregorutti e Araújo (2012), a condição emocional está intimamente ligada à qualidade de vida dos idosos. O estudo de Minghellil *et al.* (2013) também destacou que o isolamento social está associado ao desenvolvimento de ansiedade e depressão, especialmente em idosos solteiros ou viúvos.

Gonçalves (2011) realizou um estudo em Portugal com 300 idosos e encontrou uma associação significativa entre sintomas de ansiedade e depressão, sugerindo que as

mudanças na rotina e a perda de autonomia na velhice podem afetar a qualidade de vida. Durante a pandemia de COVID-19, a população idosa, em particular, enfrentou desafios adicionais devido à sua maior vulnerabilidade. Isso foi confirmado por estudos que mostraram que sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão, foram observados em indivíduos com 66 anos ou mais durante a pandemia (Gorrochategi *et al.*, 2020).

Além disso, aproximadamente 37,1% dos idosos apresentaram sintomas de depressão e ansiedade, conforme demonstrado por um estudo de Meng *et al.* (2020). A solidão e a falta de apoio social agravaram esses sintomas, conforme observado por Santini *et al.* (2020).

O medo de infecção, o isolamento social e a falta de informações adequadas durante a pandemia também aumentaram os graus de ansiedade entre os idosos (Yang *et al.*, 2020). Portanto, além de prevenir a exposição dos idosos aos efeitos adversos da pandemia, é crucial identificar e tratar possíveis transtornos mentais dessa população (Coyne *et al.*, 2020; Hamm *et al.*, 2020).

A solidão e o isolamento social têm sido associados a problemas de saúde mental em idosos (Leigh-Hunt *et al.*, 2017). Durante surtos de doenças, o isolamento social pode agravar ainda mais os problemas de saúde mental devido à falta de interações sociais, tédio e informações insuficientes (Brooks *et al.*, 2020). Em um recente estudo envolvendo mais de 9000 idosos de diversas regiões do Brasil, os sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza foram muito frequentes entre os idosos durante a pandemia, especialmente entre as mulheres (ROMERO *et al.*, 2021).

A negligência em relação aos sintomas apresentados pelos idosos, seja por seus familiares ou profissionais de saúde, pode agravar esses transtornos psicológicos, resultando em um ciclo de piora das condições de saúde mental e física (Hartmann; Gomes, 2016). A partir dos 65 anos, a ansiedade geralmente está mais associada à depressão, e a presença simultânea dessas duas condições é comum em idosos. Isso pode afetar negativamente as relações interpessoais, a saúde física, social e o desempenho cognitivo, impactando negativamente a qualidade de vida (Oliveira; Antunes; Oliveira, 2017).

Frequentemente associada à depressão, a ansiedade é o transtorno psiquiátrico mais prevalente e está relacionada a uma alta carga de doenças. A depressão e a ansiedade ainda são consideradas doenças da velhice, tendo efeitos importantes na qualidade de vida, mortalidade e morbidade dos idosos (Delam; Bazrafshan, 2020). Portanto, é fundamental abordar adequadamente a saúde mental da população idosa, especialmente em momentos de crise, como a pandemia da COVID-19 (Coyne *et al.*, 2020; Hamm *et al.*, 2020). Diante do exposto, leva-se a crer que a ansiedade desenvolvida no período pandêmico afetou a qualidade de vida da população idosa.

2.5 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Aumentar a expectativa de vida é um desafio significativo para as sociedades em envelhecimento, porém, é crucial que esses anos extra sejam vividos com qualidade e significado. Diante do contexto de envelhecimento populacional no Brasil, é fundamental garantir não apenas a longevidade, mas também melhor qualidade de vida para os idosos (Gutierrez; Auricchio; Medina, 2011).

A OMS (1994) define qualidade de vida como a percepção que um indivíduo tem do seu lugar na vida, levando em consideração o seu contexto cultural, sistema de valores, objetivos, expectativas, normas e interesses. Esse conceito abrange aspectos da saúde física, saúde mental, grau de dependência, relações sociais, crenças e relação com o ambiente.

Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que saúde não se restringe à ausência de doenças, sendo intrinsecamente ligada à qualidade de vida. Esse conceito é uma construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que uma sociedade estabelece, levando em consideração aspectos como condições de vida, trabalho, saúde e bem-estar. Portanto, é essencial entender a qualidade de vida a partir da autopercepção dos indivíduos (Pimentel *et al.*, 2015).

Pesquisadores abordam a qualidade de vida como fruto do conforto de cada indivíduo, considerando seu bem-estar e felicidade, sendo que esses fatores estão associados às suas funções físicas, intelectuais e também psíquicas (Silva; Santos; Prazeres, 2018). Na velhice uma boa qualidade de vida é influenciada diretamente por um

contexto multifatorial que inclui saúde física e mental, satisfação pessoal, relações pessoais, produtividade, sexualidade e espiritualidade. Soma-se a isso também a renda, educação, urbanização e qualidade dos serviços de saúde (Souza, 2020).

A política de desenvolvimento ativo proposta pela OMS enfatiza que o envelhecimento saudável não é apenas responsabilidade individual, mas um processo que deve ser apoiado por políticas públicas e iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida. Isso envolve a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos (OPAS, 2005).

Aspectos como saúde física e mental, participação social e segurança são cruciais para garantir melhor qualidade de vida para os idosos (Veras, 2009). As dimensões objetivas e subjetivas do bem-estar também são relevantes, incluindo indicadores como renda, educação, satisfação com a vida e felicidade percebida (Minayo; Hart; Buss, 2000).

Apesar de mencionar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, é importante ressaltar que uma vida saudável é um direito de todos, independentemente da idade (UNO, 2015). A felicidade, embora seja um fator importante no envelhecimento saudável, deve ser entendida em um contexto mais amplo, que envolve bem-estar psicológico e social, além da ausência de doença (WHO, 1946).

Durante a pandemia da COVID-19, observou-se uma possível relação inversa entre a intensidade do consumo de notícias negativas sobre a pandemia e a felicidade das pessoas (Muñiz-Velásquez; Gómez-Baya; Delmar, 2021). A felicidade e a satisfação com a vida são aspectos cruciais para promover a adesão a comportamentos saudáveis e melhorar a qualidade de vida dos idosos (IoM, 2011; Veenhoven, 2008; Baruth *et al.*, 2011).

A qualidade de vida dos idosos é afetada por fatores biológicos, sociais e psicológicos, destacando a importância de abordagens holísticas para garantir um envelhecimento saudável (Rocha; Tribess; Virtuoso Júnior, 2008; Andrade *et al.*, 2018). Além disso, diversos fatores, como atividades de lazer ativas e participação social, podem influenciar a qualidade de vida dos idosos (Yamashita; Bardo; Liu, 2019; Cho; Post; Kim, 2018).

A relação entre qualidade de vida e prática de atividades físicas em idosos é notável, uma vez que a atividade física regular melhora consistentemente a saúde funcional e reduz o risco de doenças relacionadas ao estilo de vida (Malta; Silva Júnior, 2013). A pandemia causou grande impacto nas atividades diárias dos idosos gerando preocupações com a qualidade de vida dessa população, estudos relatam que houve prejuízo no seu grau de atividade física, saúde, renda e no cuidado geral. Associado a isso, o isolamento social, gerou diminuição nas relações sociais, outro fator que impactou na qualidade de vida dos idosos (Romero *et al.*, 2021). Os achados comprovam que a Pandemia da COVID-19 afetou as práticas de lazer da população idosa.

2.6 LAZER NA TERCEIRA IDADE: IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE E O BEM-ESTAR

Do ponto de vista do ciclo de vida, as atividades de lazer desempenham um papel importante para pessoas de todas as idades. Entretanto, possuem um significado maior para os idosos. As atividades de lazer na velhice não parecem representar apenas conceitos de ócio, mas, sim, atividades que melhoram a qualidade de vida na velhice e ajudam a abrandar o envelhecimento (Dumazedier, 2008).

O desafio da sociedade moderna é atender às demandas da ciência e da tecnologia, voltadas principalmente para o aumento da longevidade. Assim sendo, tornam-se necessárias políticas nacionais e programas sociais voltados à qualidade de vida, incluindo atividades de lazer para os idosos (Pitilin *et al.*, 2020). Dessa maneira, a sua natureza pode ser observada na expressão da Constituição Federal, por meio do artigo 6º, onde consta que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, etc.” (Brasil, 1988).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, além do acesso a bens e serviços essenciais, outros determinantes geram influência sobre os aspectos de saúde da população, como o acesso ao lazer (Brasil, 1990), que representa um bem cada vez com mais visibilidade, constituindo uma necessidade humana básica e um direito social (Kuykendall; Tay; Ng, 2015).

Uma das diretrizes da Lei Federal nº 8.842, de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, é a viabilização de formas alternativas de participação, trabalho e convivência do idoso que lhe permita se integrar às demais gerações. Essa lei estabelece que é dever das instituições públicas incentivar e criar programas de lazer, esportes e exercícios que melhorem a qualidade de vida dos idosos e os estimulem a participar da vida social (Brasil, 1994).

De acordo com o Artigo 20 do Estatuto do Idoso, os idosos têm direito à educação, cultura, esporte, lazer, entretenimento, espetáculos, produtos e serviços que respeitem a sua especialidade. Idosos têm entrada com desconto e desconto mínimo de 50% (cinquenta por cento) em ingressos para eventos de arte, cultura, esporte e lazer (Brasil, 2003).

Por mais que não exista consenso na literatura científica sobre o conceito de lazer, ele está cada vez mais incluído em diversas instâncias e saberes, inclusive no campo da saúde (Pitilin *et al.*, 2020). Dentro desse contexto, diversos estudos têm atrelado o tempo e as atividades de lazer ao bem-estar no contexto biológico e social do idoso (Pavão; Werneck; Campos, 2013; Oliveira *et al.*, 2015).

É interessante que essa população eleja as atividades de maior predileção para melhorar a adesão à prática, ocupando o seu tempo livre com ações prazerosas e saudáveis. Dentre essas opções está a atividade física de lazer, que é uma das possibilidades para o idoso ser fisicamente ativo e, conseqüentemente, ter melhor qualidade de vida (Oliveira *et al.*, 2015; Wichmann *et al.*, 2013).

Embora muitos idosos tenham uma atitude positiva em relação à atividade física e os seus benefícios, fatores como a pessoa que recomenda a atividade física, o ambiente do idoso, o custo da atividade e as preocupações com a segurança influenciam o seu comportamento em relação ao exercício (Chong *et al.*, 2012). Os obstáculos identificados para o início de atividades por idosos sedentários são baixa autoeficácia, doenças existentes, limitações físicas, restrições temporais e culturais (Belza *et al.*, 2004).

A inatividade física é geralmente notada no cotidiano de indivíduos com 60 anos ou mais, contribuindo para muitas condições de saúde, incluindo obesidade, (Leroux *et al.*, 2012) câncer, doença coronariana, (Lee *et al.*, 2012) sarcopenia, (Montero-

Fernandez; Serra; Rexach, 2013) distúrbios cerebrovasculares, (Tyndell *et al.*, 2013) doenças circulatórias (Davey; Cochrane, 2013) e fragilidade (Fiatarone; Evans, 1990). Diante da saúde permanente e do envelhecimento ativo, a atividade física regular é uma vantagem para a manutenção da saúde e prevenção de DCNT (Malta; Silva Júnior, 2013).

Conforme o exposto, é importante frisar que os efeitos benéficos da atividade física já estão bem consagrados na literatura científica, de modo a auxiliar na prevenção da hipertensão arterial, das doenças coronarianas, do diabetes e do surgimento de cânceres, na saúde cognitiva e funcional, além do equilíbrio energético e da manutenção do peso dentro dos parâmetros normais (Lee *et al.*, 2012; WHO, 2010).

Protocolo misto de exercícios físicos de intensidade moderada, em idosos hipertensos, realizado durante 12 semanas constituiu-se em uma alternativa viável e eficaz na redução do risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos, além de favorecer a qualidade de vida relacionada à saúde e à redução de sintomas depressivos nessa população (Cassiano *et al.*, 2020).

Yuen *et al.* (2011) realizaram um estudo com idosos de baixa renda, que se inscreveram para aulas gratuitas de atuação em uma companhia de teatro. Os efeitos das aulas foram positivos. Estas consistiam em pequenos aquecimentos de dança, seguidos de uma grande variedade de improvisações e jogos teatrais, e terminavam com canto em grupo, mostraram um aumento significativo pré-pós em uma escala de bem-estar e nos itens físicos de uma pesquisa de saúde padrão.

A dançaterapia é uma arteterapia criativa que foi conceituada pela American Dance Therapy Association como “o uso psicoterapêutico do movimento para promover a integração emocional, cognitiva, física e social do indivíduo” (American Dance Therapy Association, 2013). Idosos que dançam regularmente parecem ter melhor flexibilidade, estabilidade postural, equilíbrio, tempo de reação física e desempenho cognitivo do que idosos que não dançam regularmente (Kattenstroth *et al.*, 2011; Kaltsatou *et al.*, 2014).

Hwang e Braun (2015) realizaram uma revisão sistemática que teve como objetivo examinar os benefícios das intervenções de dança entre idosos para a saúde física. Os estudos incluídos foram realizados na América do Norte, América do Sul, Europa

e Ásia. Os resultados demonstraram que medidas para avaliar a flexibilidade, força e resistência muscular, equilíbrio, capacidade cognitiva e resistência cardiovascular obtiveram mudanças positivas significativas, sugerindo que a dança, independentemente do estilo, pode melhorar significativamente alguns aspectos da aptidão funcional em idosos.

Clift *et al.* (2012) conduziram estudo clínico randomizado no qual designaram aleatoriamente idosos para atividade coral ou atividades convencionais (controle). Após 12 semanas, os cantores apresentaram uma diminuição significativa na escala padrão de depressão ou ansiedade e um aumento na qualidade de vida. Embora esses benefícios tenham sido mais evidentes imediatamente após o teste, eles persistiram por 6 meses.

Greer, Fleuriet e Cantu (2013) através de observações, pesquisas, autorrelatos e entrevistas semiestruturadas visaram estudar idosos de renda fixa, que receberam aulas de pintura gratuitas de um artista, professor ou profissional. Os resultados mostraram maior engajamento social, empoderamento e saúde psicológica. Nenhum requisito de tempo foi definido; os participantes compareceram a quantas sessões permitiam a saúde, o desejo e os compromissos conflitantes.

Baumann *et al.* (2012) em um estudo de revisão sistemática constataram que o comércio, boa estética ambiental, disponibilidade de locais adequados para atividades físicas próximos à residência, locais seguros e próximos ao bairro, estão relacionados à adesão. A recomendação para a prática desse tipo de atividade, de acordo com a literatura para adultos e idosos, é de uma média de 150 minutos semanais (WHO, 2010). Outra revisão também apontou que morar em locais com poucas áreas de lazer, insegurança e com alto tráfego veicular está associado a menores níveis de atividades físicas no lazer (Arango *et al.*, 2013).

A prática do interesse físico promove a saúde mental, melhora as relações pessoais, previne o excesso de peso ou obesidade, atua na prevenção de problemas cardiovasculares e de outras doenças crônicas, além de ajudar positivamente no desenvolvimento cognitivo e na sociabilização (Silva *et al.*, 2022).

Pegorari *et al.* (2015), em estudo transversal, demonstraram que idosos com percentual acrescido de inatividade no lazer apresentaram maior número de

morbidades, indicativo de depressão e percepção negativa de saúde; enquanto idosos ativos obtiveram maiores escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente através do WHO Quality of Life – BREF.

Andrade *et al.* (2018) realizaram estudo transversal cujo objetivo foi analisar as atividades vivenciadas no lazer com foco nas variáveis socioeconômicas através do uso da Escala de Práticas de Lazer. Os resultados expuseram que houve diminuição significativa em praticamente todas as práticas no lazer com o avançar da idade, o que chama a atenção para a necessidade de estudos que aprofundem sobre essa temática.

De acordo com Rowe e Kahn (2000), o envelhecimento bem-sucedido é mais bem caracterizado pela presença simultânea de três dimensões, que são alto funcionamento cognitivo e físico, baixa probabilidade de doença e incapacidade, e participação ativa na vida.

Dados os seus efeitos positivos sobre as principais dimensões do funcionamento na velhice, a participação na atividade de lazer parece desempenhar um papel importante no envelhecimento bem-sucedido, considerando que o envelhecimento fisiológico enfatiza o envelhecimento não patológico, enquanto o envelhecimento bem-sucedido descreve o envelhecimento ideal (Rowe; Kahn, 2000).

O ponto de partida da saúde pode ser considerado a importância das práticas de lazer para a saúde das pessoas e para a tomada de decisões. Esses aspectos têm sido afetados pela presença do coronavírus, devido às restrições às atividades cotidianas das pessoas, incluindo as preferidas dos sujeitos e que tiveram de ser revistas ou substituídas no contexto da pandemia da COVID-19 (Silva *et al.*, 2020).

Com base na alta taxa de infecção e mortalidade entre os idosos durante a pandemia da COVID-19, o governo aconselhou os idosos a evitar ao máximo atividades ao ar livre, ficar em casa e parar de usar serviços de atendimento a idosos, como centros de saúde e centros de idosos (Ribeiro *et al.*, 2020).

Essas medidas trouxeram mudanças significativas no cotidiano dos idosos, caracterizadas por uma diminuição na atividade física e um aumento no comportamento sedentário durante a pandemia da COVID-19 (Browne *et al.*, 2020; Roschel; Artioli; Guanalano, 2020), além de problemas psicológicos, como: estresse,

ansiedade e depressão (Day; Gould; Hazelby, 2020).

As atividades de lazer, como atividades físicas e sociais, são muito importantes para os idosos. A atividade física promove bem-estar mental (Maugeri *et al.*, 2020), principalmente como fator de proteção contra infecções virais (Zhu, 2020). Nieman e Wentz (2018) revisaram as evidências sobre a resposta imune à atividade física e inflamação. Assim, cientistas e instituições médicas em todos os países recomendam manter uma vida saudável na era da COVID-19, seguindo as regras de atividade física (Fallon, 2020).

Além disso, houve casos em que as pessoas modificaram o padrão das suas atividades de lazer para outras atividades, considerando o tempo livre limitado, também sendo observadas mudanças na forma de atividades de lazer existentes (Lin *et al.*, 2020). De acordo com um estudo que identificou mudanças no lazer após a COVID-19, as atividades de lazer ativas diminuíram e as atividades de lazer passivas aumentaram após a COVID-19 (Park; Lee; Kim, 2020), ou seja, as atividades sociais de lazer, como reuniões familiares e eventos religiosos, diminuíram (Shin *et al.*, 2020), mas as atividades de lazer *online* aumentaram (Kang; Shoi, 2021).

Tratando-se do impacto da quarentena ou isolamento social na pandemia da COVID-19, parece evidente que foi prejudicial à qualidade de vida de uma parcela diversificada de brasileiros, e questiona-se a respeito das mudanças em relação ao lazer. Até porque, em um mundo conectado, as práticas culturais diversificadas poderiam amenizar as consequências do confinamento (Ribeiro *et al.*, 2020).

A Covid-19 atingiu subitamente a vida das pessoas e trouxe com ela impactos, problemas e consequências que afetaram as suas rotinas em curto e longo prazos. Os resultados mostram que as atividades mais vivenciadas antes da pandemia pelo coronavírus eram ligadas aos interesses virtuais, físicos e sociais. O isolamento trouxe impactos para os interesses de lazer, interferindo nos formatos e frequência, trazendo para os lares novas possibilidades de vivências, o que resultou no aumento das práticas virtuais, diminuição das sociais, mas também no resgate de outras que estavam esquecidas, como as atividades manuais (Silva *et al.*, 2022).

Estudo evidenciou a importância do lazer na vida das pessoas, principalmente em momentos críticos, e ainda que o lazer apresenta uma nova roupagem na era pós-

moderna, mas que ainda enfrenta inúmeras barreiras que vão desde o acesso até as diferenças de oportunidades. Essa questão nos faz refletir sobre como acontecem essas experiências práticas e até que ponto a gestão e o profissional da área desses espaços e equipamentos intervêm para democratizar o acesso, por meio de políticas públicas, ações e projetos que aproximem as pessoas desses espaços (Silva *et al.*, 2022).

Apesar de que muitos estudos tenham observado mudanças nas atividades de lazer após a COVID-19, a maioria dos estudos sobre o tema têm se concentrado em estudantes e adultos em geral, dificultando a obtenção de informações sobre quais mudanças ocorreram nas atividades de lazer dos idosos após a COVID-19 (Kim; Kang, 2021).

A partir do desenvolvimento de novas investigações nesta linha de pesquisa, as políticas públicas poderiam desenvolver inúmeros programas especiais visando a seleção, o treinamento e o estímulo dos contatos próximos para a participação no lazer e integração social dos idosos, melhorando a qualidade de vida dos mesmos (Toepel, 2013). Por fim, a investigação da participação de idosos nas práticas de lazer pode ser uma ferramenta eficaz à análise e proposição de intervenções que visem a redução da solidão, de problemas físicos e de saúde mental, levando em consideração a escassez de incentivo, orientação e estratégias (Silva; Boing, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os fatores associados à ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer em tempos de pandemia da COVID-19 na população idosa de Centros de Convivência do município de Vitória, Espírito Santo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Objetivo do produto 1

Verificar a associação entre ansiedade e variáveis sociodemográficas, qualidade de vida e lazer na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

3.2.2 Objetivo do produto 2

Identificar a associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

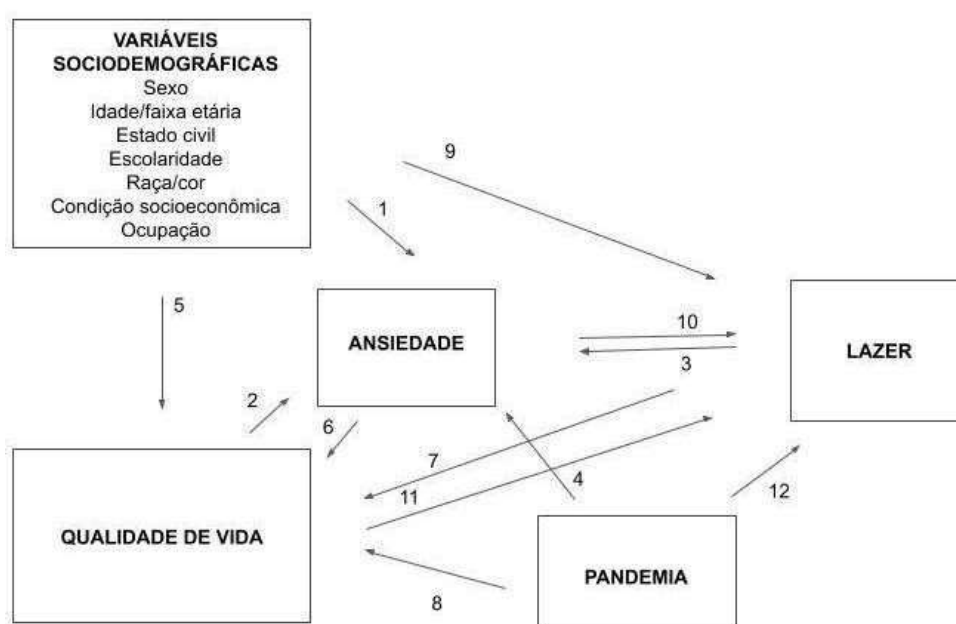
3.2.3 Objetivo do produto 3

Analisar a associação entre práticas de lazer e variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

4 MODELO DE ANÁLISE

A partir do referencial teórico e com base na literatura estudada foi elaborado modelo de análise referente aos desfechos do presente estudo e que serão melhor abordados na seção Resultados, por meio de três produtos científicos. Vale ressaltar que não se trata de esgotar a discussão dos temas, mas, sim, colaborar com o material produzido, possibilitar reflexões e instigar novas questões de pesquisa do conteúdo apresentado, pois refere-se a temática de extrema relevância para a saúde pública.

Figura 2 – Modelo de análise para avaliar as características de ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer na população idosa.



Fonte: autoria própria.

Na visualização do modelo apresentado identifica-se que a ansiedade em idosos (Artigo 1) está associada a **variáveis sociodemográficas**¹(Kasalova *et al.* 2018; Holt-Lunstad *et al.*, 2015; Barreto *et al.*, 2015; Maximiano-Barreto; Fermoseli, 2017; Leigh-Hunt *et al.*, 2017; Capela *et al.*, 2009; Uchamanowicz; Gobbens, 2015; Nardi; Grassi-Oliveira; Pádua, 2016; Machado *et al.*, 2016; Gonçalves, 2011; Oliveira; Antunes; Oliveira, 2017), à **qualidade de vida**²(Veras, 2009; Gregorutti; Araújo, 2012; Barreto *et al.*, 2015) às **práticas de lazer**³(Loyola *et al.*, 2018; Douglas; Georgiou; Westbrook, 2017; Sepúlveda-Loyola *et al.*, 2020; Callow *et al.* 2020; Loyola *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2017; Armitage; Nellums, 2020; Aydogdu, 2019; Zhang *et al.*, 2020; Zandifar; Badrfarm, 2020; Santini *et al.* 2020; Brooks *et al.*, 2020) e à **pandemia**⁴(Cao *et al.*, 2020; Yang *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020; Rogers *et al.*, 2020; Nicolik-Zugich *et al.*,

2020; Brooks *et al.*, 2020, Akgor *et al.*, 2021; Santini *et al.*, 2020; Holmes *et al.*, 2020; Bauerle *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2019; Zandifar; Badrfarm, 2020; Marques *et al.*, 2020; Moraes *et al.*, 2020; Minghellil *et al.* 2013; Meng *et al.* 2020; Gorrochategi *et al.*, 2020; Yang *et al.*, 2020; Leigh-Hunt *et al.*, 2017; Coyne *et al.*, 2020; Hamm *et al.*, 2020; Day; Gould; Hazelby, 2020).

No que diz respeito à qualidade de vida na população idosa (artigo 2), verifica-se que está associada às **variáveis sociodemográficas** ⁵(Minayo; Hart; Buss, 2000; Cabral *et al.*, 2013; Cepelos, 2021; Maximiano-Barreto *et al.*, 2019; Bocchi; Adami, 2018; Gama; Soares; Silva, 2020; Paiva *et al.*, 2016; Pitilin *et al.*, 2020, WHO, 2020d; Khorani *et al.* 2022; Romero *et al.*, 2021; Moura *et al.*, 2023; Malta; Silva Júnior, 2013; Rocha; Tribess; Virtuoso Júnior, 2008; Andrade *et al.*, 2018; Kasar; Karaman, 2021; Ferreira *et al.*, 2021), à **ansiedade** ⁶(Ferreira *et al.*, 2021, Kasar; Karaman, 2021; Gregorutti; Araújo, 2012; IoM, 2011; Veenhoven, 2008; BARUTH *et al.*, 2011; Rocha; Tribess; Virtuoso Júnior, 2008; Andrade *et al.*, 2018), às **práticas de lazer** ⁷(Moura *et al.*, 2023; Malta; Silva Júnior, 2013, Yamashita; Bardo; Liu, 2019; Cho; Post; Kim, 2018; Rocha; Tribess; Virtuoso Júnior, 2008; Andrade *et al.*, 2018; Loyola *et al.*, 2018; Douglas; Georgiou; Westbrook, 2017; Smith *et al.*, 2017) e à **pandemia** ⁸(Romero *et al.*, 2021; Khorani *et al.*, 2022; Gomes *et al.*, 2021; Guerra, 2022).

Quanto às práticas de lazer em idosos (artigo 3), percebe-se que está associada às **variáveis sociodemográficas** ⁹(Dumazedier, 2008, Pegorari *et al.*, 2015; Pitilin *et al.*, 2020; Rowe; Kahn, 2000; Kim; Kang, 2021; Toepel, 2013; Silva; Boing, 2021; Ribeiro *et al.*, 2020; Andrade *et al.*, 2018, Mageuri *et al.*, 2020; Pavão; Werneck; Campos, 2013; Oliveira *et al.*, 2015; Greer; Fleuriet; Cantu, 2013; Clift *et al.* 2012; Yuen *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2022; Day; Gould; Hazelby, 2020; Day; Gould; Halzeby, 2020), à **ansiedade** ¹⁰(Pavão; Werneck; Campos, 2013; Oliveira *et al.*, 2015; Greer; Fleuriet; Cantu, 2013; Clift *et al.*, 2012; Yuen *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2022; Pegorari *et al.*, 2015; Day; Gould; Hazelby, 2020, Andrade *et al.*, 2018, Andrade *et al.*, 2018, Mageuri *et al.*, 2020; Silva; Boing, 2021; Day; Gould; Halzeby, 2020), à **qualidade de vida** ¹¹(Pegorari *et al.*, 2015; Nahas *et al.*, 2017; Andrade *et al.*, 2018; Mageuri *et al.*, 2020; Pitilin *et al.*, 2020) e à **pandemia** ¹²(Silva *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020; Browne *et al.*, 2020; Roschel; Artioli; Guanalano, 2020; Kim; Kang, 2021; Day; Gould; Halzeby, 2020; Mageuri *et al.*, 2020).

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo observacional analítico com delineamento transversal, realizado com estrutura para a construção de três produtos científicos.

5.2 LOCAIS DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em Vitória, capital do estado do Espírito Santo. De acordo com os dados do censo, o município possui um total de 327.801 habitantes, sendo 39.505 pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2010). A cidade se organiza em 80 bairros, distribuídos pelas 09 regiões administrativas, descritas a seguir: região 1 – Centro; região 2 - Santo Antônio; região 3 - Jucutuquara; região 4 - Maruípe; região 5 - Praia do Canto; região 6 – Goiabeiras; região 7 - São Pedro; região 8 - Jardim Camburi e região 9 - Jardim da Penha (Vitória, 2018b).

Os locais do estudo foram os quatro CCTIs, equipamentos do SCFV que integram a rede de serviços previstos na Política Nacional de Assistência Social para, por meio de atividades, oferecer espaços de convivências favorecendo o envelhecimento saudável, a qualidade de vida e o fortalecimento de vínculos sociais.

5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo correspondeu a todos idosos com idade maior ou igual a 60 anos que frequentam os quatro CCTIs, dados fornecidos pela Coordenação de Serviços de Convivência para Idosos da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). O número de usuários variava de acordo com o mês, as planilhas eram atualizadas pela coordenação dos Centros e eram contabilizados somente os idosos cadastrados que frequentaram o período. Os dados de novembro de 2017 foram de 2.289 idosos cadastrados e ativos. Já em março de 2018, observou-se aumento do número de

usuários, em torno de 5.5%, totalizando 2.416 pessoas (Aguiar; Oliveira; Miotto, 2022).

Com a pandemia da COVID-19, houve significativa redução de idosos frequentadores dos Centros de Convivência, tendo em vista que no mês de maio de 2022 foi registrado o quantitativo de 1.284 idosos. A população do estudo foi formada por uma amostra baseada nesse número de idosos, distribuídos por CCTIs, conforme segue.

- CCTI Maria Ortiz – 165 atendidos.
- CCTI Jardim Camburi – 389 atendidos.
- CCTI Jardim da Penha – 471 atendidos.
- CCTI Centro de Vitória – 259 atendidos.

5.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população foi representada por idosos que participam dos CCTIs, em Vitória, Espírito Santo, totalizando 1.284 pessoas. O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio de uma fórmula no programa de estatística Epi Info que avalia uma amostra mínima, com garantia de confiança adequada e margem de erro máxima, além do tamanho populacional e a estimativa do percentual de idosos dentro da característica desejada. Os parâmetros utilizados para o cálculo estatístico foram os seguintes:

População: 1.284 idosos.

Prevalência: 50% para maximizar a amostra.

Nível de confiança: 95%.

Erro amostral: 5%.

Cálculo: $296 + 10\%$ (perdas) = 326 idosos.

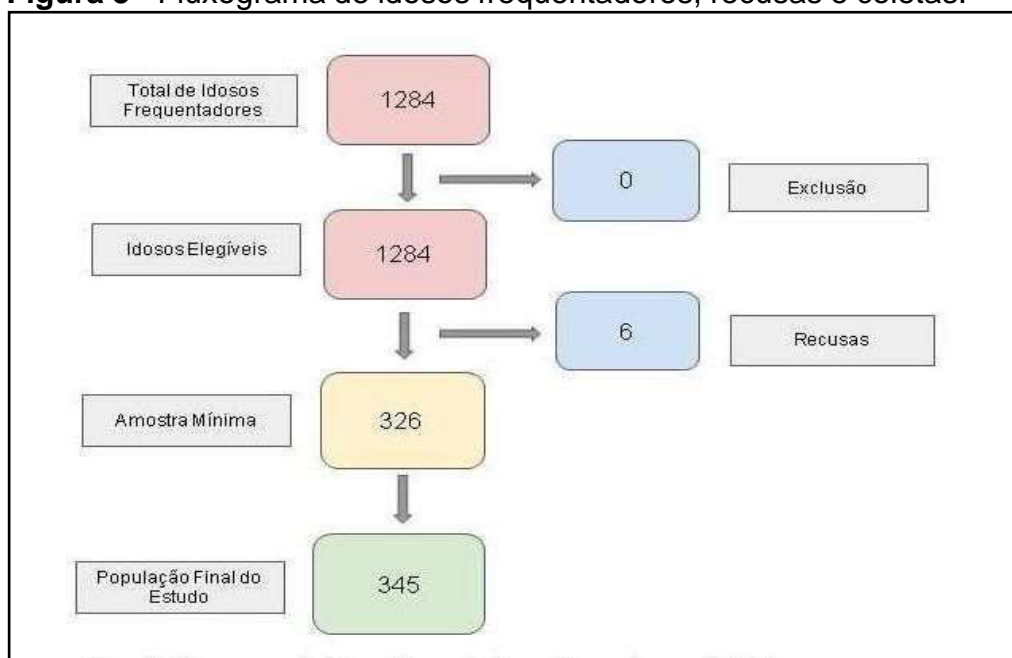
Para coleta de dados foi necessária uma amostra mínima de 326 indivíduos, divididos proporcionalmente nos quatro CCTIs, denominados por A, B, C e D, respectivamente, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Amostra mínima distribuída por CCTI.

	CCTI	Nº de pessoas atendidas	Amostra
A	Maria Ortiz	165	42
B	Jardim Camburi	389	98
C	Jardim da Penha	471	121
D	Centro de Vitória	259	65
N 4	A+B+C+D	1.284	326

Fonte: autoria própria.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e frequentadores das atividades ofertadas pelos CCTIs, no período da coleta. Os critérios de exclusão previamente estabelecidos abrangiam idosos que não demonstraram compreender as perguntas da entrevista devido a motivos de saúde ou outras razões. No entanto, não houve exclusão na amostra.

Figura 3 - Fluxograma de idosos frequentadores, recusas e coletas.

Fonte: autoria própria.

5.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES

5.5.1 Produto 1 - Ansiedade

A ansiedade foi investigada por meio do Geriatric Anxiety Inventory (GAI), escala desenvolvida com o objetivo de avaliar sintomas de ansiedade na terceira idade. Essa escala de 20 itens utiliza respostas dicotômicas enfatizando queixas não somáticas. Como é um inventário breve, com respostas dicotômicas (tipo sim/não), é viável a sua aplicação em situações de fadiga, baixo grau educacional ou prejuízo cognitivo leve. Segue o conjunto de perguntas que compõem o instrumento.

1. Eu me preocupo em grande parte do tempo?
2. Eu acho difícil tomar uma decisão?
3. Sinto-me agitado com frequência?
4. Eu acho difícil relaxar?
5. Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações?
6. Pequenas coisas me aborrecem muito?
7. Eu frequentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”?
8. Eu penso que sou preocupado?
9. Não posso deixar de preocupar-me, mesmo com coisas triviais?
10. Frequentemente me sinto nervoso?
11. Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso?
12. Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações?
13. Eu me vejo como uma pessoa nervosa?
14. Eu sempre espero que o pior irá acontecer?
15. Frequentemente me sinto tremendo por dentro?
16. Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida?
17. Minhas preocupações frequentemente me oprimem?
18. Às vezes eu sinto como se tivesse um nó grande no estômago?
19. Eu perco coisas por me preocupar demais?
20. Frequentemente me sinto chateado?

No Brasil o Geriatric Anxiety Inventory foi traduzido e adaptado para o português brasileiro (ANEXO C) como Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG), por Martiny *et al.* (2011). A versão brasileira foi validada por Massena (2015), que identificou acurácia alta dessa escala para o diagnóstico de TAG, com o ponto de corte de 13 gerando uma área sob a curva ROC de 0,90, que mostrou sensibilidade de 83,3% e especificidade de 84,6% para detecção de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Dessa forma, no presente estudo foi considerado que abaixo ou igual à 13 (< ou =; ≤) o idoso é considerado “sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada” (Sem TAG) e acima dela (>13) “com características de Transtorno de

Ansiedade Generalizada” (Com TAG).

5.5.2 Produto 2 - Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) nas últimas quatro semanas, foi analisada por meio do 36-Item Short-Form Health Survey, conhecido como SF-36 (Ware; Sherbourne, 1992). Foi desenvolvido nos Estados Unidos no final dos anos 1980, traduzido e validado no Brasil, por Ciconelli *et al.* (1999), mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (ANEXO D).

O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens, sendo que 35 itens são divididos em oito domínios de saúde: capacidade funcional – 10 itens (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos – 4 itens (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor corporal – 2 itens (grau de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde – 5 itens (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade – 4 itens (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais – 2 itens (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais – 3 itens (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); saúde mental – 5 itens (escala de humor e bem-estar); e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano atrás (mudança percebida na saúde), que não se soma aos domínios do instrumento (Ciconelli, 1999; Faria *et al.*, 2013). A pontuação é dada em um intervalo de 0 a 100 para cada item, sendo que quanto mais baixa ou mais alta for a pontuação obtida, pior ou melhor, respectivamente, é considerado o estado de saúde geral.

Para o presente estudo, os 8 domínios foram divididos em duas medidas contínuas sumárias: componente físico - Physical Component Summary (PCS), formada pelos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e componente mental - Mental Component Summary (MCS), composta pelos domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Quanto aos escores de cada componente (PCS e MCS) foi realizada a média dos escores dos quatro domínios, respectivamente (Santos; Campos; Flor, 2019).

Essas medidas, assim como os 8 domínios do SF-36, são pontuados em uma escala de 0 a 100, sendo 100 o melhor estado de saúde possível. Toda vez que a pontuação de uma escala se encontra menor ou igual a 50 ($PCS \leq 50$ e $MCS \leq 50$), o estado de saúde é considerado abaixo da média, sendo pior qualidade de vida e maior que 50 ($PCS > 50$ e $MCS > 50$) é classificado como acima da média (Ware; Kosinski; Keller, 1994).

5.5.3 Produto 3 - Práticas de Lazer

A Escala de Práticas de Lazer (EPL) foi o instrumento utilizado para avaliar o lazer dos indivíduos (ANEXO G). Trata-se de uma escala do tipo Likert, com 11 opções de respostas, variando de 0 (zero) a 10 (dez), com o zero representando atividades que a pessoa nunca realiza e o dez representando as atividades que a pessoa sempre realiza. Apresentou adequados índices de validade tanto de conteúdo (clareza e linguagem = 0,883; quanto de pertinência prática = 0,879), como de reprodutibilidade ($p > 0,005$) e consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,72) (ANDRADE *et al.*, 2018). As atividades de lazer avaliadas são divididas em 8 domínios, a saber:

1. atividades artísticas, tais como ir ao cinema, teatro, shows musicais, participar de grupos de coral, entre outros;
2. atividades manuais, tais como jardinagem, cozinhar, fazer artesanato, marcenaria, entre outros;
3. atividades físicas/esportivas, tais como ir à academia, jogar bola, caminhadas, entre outros;
4. atividades intelectuais, tais como participar de cursos, ler, ouvir ou compor músicas, entre outros;
5. atividades sociais, tais como ir à igreja, sair com amigos, ir às festas, visitar familiares, entre outros;
6. atividades turísticas, tais como viajar, participar de excursões, realizar passeios, entre outros;

7. atividades virtuais, tais como navegar na internet, usar redes sociais, jogar videogame; e
8. atividades de contemplação, tais como apreciar a natureza, o pôr do sol, meditar, entre outros.

Para o estudo em questão, para a análise dos dados obtidos com a EPL foi utilizada a mediana, em que se determinou que abaixo ou igual a 55 (< ou =; ≤) foi considerado “menos lazer” e acima disso (>55) considerado “mais lazer”.

5.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes, a operacionalização e as categorias estão apresentadas no Quadro 2, e serão analisadas nos produtos científicos correspondentes.

Quadro 2 – Variáveis independentes, operacionalização e categorias.

	Variável	Operacionalização	Categoria
	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	
	Idade/faixa etária	1 - 60-69 anos 2 - 70 anos ou mais	
	Estado civil	1- Solteiro 2 - União estável 3 - Casado 4 - Divorciado 5 - Viúvo	- Sem companheiro (1,4,5) - Com companheiro (2,3)
	Escolaridade	1 - Analfabeto/fundamental I incompleto 2 - Fundamental I completo/fundamental II incompleto 3 - Fundamental II completo/médio incompleto 4 - Médio completo/superior incompleto 5 - Superior completo	1- Até 10 anos de estudo (1, 2, 3) 2- Acima de 10 anos de estudo (4, 5)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Raça/cor	1 - Branca 2 - Negra 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena	- “Branca” (1) - “Não branca” (2, 3, 4, 5)
	Condição Socioeconômica	1 - A 2 - B 1 3 - B 2 4 - C 1 5 - C 2 6 - D/E	- A/B (1, 2, 3) - C/D-E (4, 5, 6)
	Ocupação	1 - Trabalhando até 40 horas 2- Desempregado 3 - Não estou em busca de trabalho 4 - Aposentado/pensionista, incapacitado	
VARIÁVEIS CLÍNICAS	Ansiedade	Escala com vinte itens	1- Sem TAG 2- Com TAG
	Qualidade de Vida	Escala com 8 domínios de saúde e medidas sumárias (PCS e MCS)	1- PCS (abaixo e acima da média) 2- MCS (abaixo e acima da média)
	Práticas de Lazer	Escala com 8 domínios (atividades de lazer)	1- Mais lazer 2- Menos lazer

Fonte: autoria própria

5.6.1 Produto 1 - Ansiedade

As variáveis independentes do estudo foram as seguintes características sociodemográficas.

Sexo – variável dicotomizada em “masculino” e “feminino”, de acordo com formulário de dados sociodemográficos do IBGE adaptado (ANEXO A).

Idade/faixa etária – categorizada em “60-69 anos” e “70 anos ou mais”.

Estado civil – foram adotadas as seguintes categorias: “solteiro”, “união estável”, “casado” e “divorciado” e “viúvo” (ANEXO A). Posteriormente foram reagrupados em: “sem companheiro” e “com companheiro”.

Raça/cor autorreferida – categorizada em “branca” e “não branca”, sendo que a categoria “não branca” agrega raça/cor preta, parda, indígena e amarela.

Condição socioeconômica – categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO B), adotado em vários estudos nacionais (ABEP, 2022). A classificação dos idosos se deu como condição socioeconômica (CSE): A, B1, B2, C1, C2, D-E e posteriormente foram reagrupados em: “CSE A/B” e “CSE C/D-E”.

Ocupação – categorizada em “trabalhando até 40 horas”, “desempregado”, “não estou em busca de trabalho”, “aposentado/pensionista, incapacitado”.

Escolaridade – o grau de escolaridade (ANEXO B) foi categorizado em: analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo. Depois foram reagrupados em: “até 10 anos de estudo” e “acima de 10 anos de estudo”.

Qualidade de Vida – categorizada pelo SF-36, por meio dos 8 domínios e das medidas sumárias (PCS e MCS) da qualidade de vida que foram dicotomizadas (abaixo da média e acima da média).

Práticas de lazer – categorizada por meio da EPL, caracterizada como uma escala do tipo *Likert*, com 11 opções de respostas, que abrangem 8 tipos de atividades de lazer, reagrupadas em “menos lazer” e “mais lazer”.

5.6.2 Produto 2 - Qualidade de vida

As variáveis independentes do estudo foram as seguintes características sociodemográficas.

Sexo – variável dicotomizada em “masculino” e “feminino”, de acordo com formulário de dados sociodemográficos do IBGE adaptado (ANEXO A).

Idade/faixa etária – categorizada em “60-69 anos” e “70 anos ou mais”.

Estado civil – foram adotadas as seguintes categorias: “solteiro”, “união estável”, “casado” e “divorciado” e “viúvo” (ANEXO A). Posteriormente foram reagrupados em: “sem companheiro” e “com companheiro”.

Raça/cor autorreferida – categorizada em “branca” e “não branca”, sendo que a categoria “não branca” agrega raça/cor preta, parda, indígena e amarela.

Condição socioeconômica – categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO B), adotado em vários estudos nacionais (ABEP, 2022). A classificação dos idosos se deu como condição socioeconômica (CSE): A, B1, B2, C1, C2, D-E e posteriormente foram reagrupados em: “CSE A/B” e “CSE C/D-E”.

Ocupação – categorizada em “trabalhando até 40 horas”, “desempregado”, “não estou em busca de trabalho”, “aposentado/pensionista, incapacitado”.

Escolaridade – o grau de escolaridade (ANEXO B) foi categorizado em: analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo. Depois foram reagrupados em: “até 10 anos de estudo” e “acima de 10 anos de estudo”.

Ansiedade – categorizada por meio do IAG, uma escala desenvolvida com o objetivo de avaliar sintomas de ansiedade na terceira idade, através de vinte itens que utilizam respostas dicotômicas enfatizando queixas não somáticas, reagrupada em: sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (“sem TAG”) e com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (“com TAG”).

Práticas de lazer – categorizada por meio da EPL, caracterizada como uma escala do tipo Likert, com 11 opções de respostas, que abrangem 8 tipos de atividades de lazer, reagrupadas em “menos lazer” e “mais lazer”.

5.6.3 Produto 3 - Práticas de lazer

As variáveis independentes do estudo foram as seguintes características sociodemográficas.

Sexo – variável dicotomizada em “masculino” e “feminino”, de acordo com formulário de dados sociodemográficos do IBGE adaptado (ANEXO A).

Idade/faixa etária – categorizada em “60-69 anos” e “70 anos ou mais”.

Estado civil – foram adotadas as seguintes categorias: “solteiro”, “união estável”, “casado” e “divorciado” e “viúvo” (ANEXO A). Posteriormente foram reagrupados em: “sem companheiro” e “com companheiro”.

Raça/cor autorreferida – categorizada em “branca” e “não branca”, sendo que a categoria “não branca” agrega raça/cor preta, parda, indígena e amarela.

Condição socioeconômica – categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO B), adotado em vários estudos nacionais (ABEP, 2022). A classificação dos idosos se deu como condição socioeconômica (CSE): A, B1, B2, C1, C2, D-E e posteriormente foram reagrupados em: “CSE A/B” e “CSE C/D-E”.

Ocupação – categorizada em “trabalhando até 40 horas”, “desempregado”, “não estou em busca de trabalho”, “aposentado/pensionista, incapacitado”.

Escolaridade – o grau de escolaridade (ANEXO B) foi categorizado em: analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo. Depois foram reagrupados em: “até 10 anos de estudo” e “acima de 10 anos de estudo”.

Ansiedade – categorizada por meio do IAG, uma escala desenvolvida com o objetivo

de avaliar sintomas de ansiedade na terceira idade, através de vinte itens que utilizam respostas dicotômicas enfatizando queixas não somáticas, reagrupada em: sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (“sem TAG”) e com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (“com TAG”).

Qualidade de Vida – categorizada pelo SF-36, por meio dos oito domínios e das medidas sumárias (PCS e MCS) da qualidade de vida que foram dicotomizadas (abaixo da média e acima da média).

5.7 ESTUDO PILOTO

Não foi realizado estudo piloto em virtude dessa população já ter sido estudada pela equipe de entrevistadores do projeto em questão.

5.8 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores devidamente treinados para aplicação dos roteiros estruturados, uma doutoranda, uma mestra e sete alunos da graduação (cursos da área da saúde). Ocorreu no período de junho a dezembro de 2022, nos turnos matutino e vespertino, em dias de atividades de cada CCTI, proporcionando a todos os idosos a mesma chance de participar da pesquisa.

5.9 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A abordagem aos participantes da pesquisa ocorreu por meio de “convite” durante as atividades dos idosos nos CCTIs, com breve explanação da pesquisa.

5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a realização da coleta das informações, os formulários foram revisados para análise da completude e consistência dos dados, em seguida armazenados no programa IBM SPSS Statistics version 24.

A caracterização dos dados foi apresentada por meio da frequência observada, porcentagem e mediana, e apresentada na forma de tabelas.

A normalidade da distribuição de probabilidade foi verificada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov.

No produto 1, Ansiedade, e no produto 3, Práticas de Lazer, a associação entre as variáveis independentes e dependentes foi realizada por meio do Teste de Mann-Whitney. Foram ajustados modelos de regressão logística simples e múltipla com o método de seleção de variáveis *forward* para controle de potenciais fatores de confusão. A curva ROC apresentou a capacidade discriminante de sensibilidade e especificidade do modelo.

Quanto à variável dependente Qualidade de Vida (produto 2), ainda que os dados não tenham apresentado uma distribuição normal, tendo em vista o tamanho grande da amostra, foram utilizados a média e o teste T para as análises (Ferreira; Ferreira; Pereira, 2012). Assim, o teste T (nível de confiança de 95%) foi aplicado para comparação das médias obtidas em PCS e MCS da Qualidade de Vida com as variáveis sociodemográficas, a ansiedade e práticas de lazer. O modelo de regressão logística multivariada foi utilizado para verificar potenciais fatores de confusão entre as variáveis independentes e as medidas sumárias (PCS e MCS) da Qualidade de Vida (acima da média).

O nível de significância foi fixado em 5% e o intervalo de 95% de confiança (IC95%).

5.11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foram cumpridos todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Antes de iniciar qualquer ação referente à pesquisa, o responsável pelo estudo enviou o projeto para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) da PMV/ES (ANEXO H) e também ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (ANEXO I) com o objetivo de obtenção de julgamento favorável à realização da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde estão disponíveis as informações relativas à pesquisa para a tomada de decisão em participar. O projeto foi aprovado em 25 de março de 2022, CAAE 56471422.1.0000.5060.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de 3 produtos científicos e a formatação de cada um seguiu as normas dos meios para os quais foram submetidos.

6.10 PRODUTO 1

FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM IDOSOS NA PANDEMIA DA COVID-19¹

INTRODUÇÃO

O isolamento social foi uma das recomendações provenientes dos órgãos públicos para a prevenção da disseminação do coronavírus em tempos de pandemia da COVID-19. Por conseguinte, o distanciamento social restringiu a frequência das participações sociais familiares e comunitárias, principalmente tratando-se da faixa etária idosa (SEPÚLVEDA-LOYOLA *et al.*, 2020). Por mais que o isolamento social tenha reduzido o contágio e tenha preservado a vida de indivíduos dos grupos de alto risco de mortalidade como os idosos, ele também se concebeu como uma preocupação de saúde pública, conforme aumento substancial da prevalência de depressão e transtornos de ansiedade, risco de suicídio, sintomas de estresse pós-traumático e insônia entre a população (ROGERS *et al.*, 2020).

Conforme as relações existentes entre diferentes faixas etárias e quadros de saúde, percebeu-se que os idosos, vulneráveis a infecções graves e morte devido à redução da função imunológica e condições de saúde existentes causadas pelo envelhecimento, também obtiveram destaque em transtornos mentais durante o período pandêmico (NICOLIK-ZUGICH *et al.*, 2020), em detrimento do distanciamento social (BROOKS *et al.*, 2020) e das incógnitas da pandemia (AKGOR *et al.*, 2021). Assim, o autoisolamento afeta de forma desproporcional os idosos. Isso tem ocorrido à medida que a participação social dessa parcela da população nas atividades familiares (ARMITAGE; NELLUMS, 2020) e em organizações comunitárias, como os centros comunitários de convivência, (ARMITAGE;NELLUMS, 2020) têm sido restritas, o que pode ocasionar impactos danosos na saúde mental e física dos idosos

¹ Publicado como capítulo de livro da obra Evidências Científicas para profissionais de Saúde pela editora Ecology & Nature (ISBN: 978-65-990202-6-1).

(AYDOGDU, 2019).

Dentro dessa perspectiva, um relatório recente envolvendo mais de 3.000 pessoas na faixa etária idosa com idade entre 57 e 85 anos apontou que o aumento do isolamento social pode ser um fator preditivo de sintomas mais graves provenientes de quadros de depressão e ansiedade (SANTINI *et al.*, 2020). Segundo vários estudos de transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 provenientes de amostras chinesas, persiste uma grande necessidade de dados de alta qualidade sobre o impacto pandêmico na saúde mental das populações ocidentais (BAUERLE *et al.*, 2020), como interesse público (HOLMES *et al.*, 2020).

Diante disso, o atual estudo teve como objetivo verificar a associação entre ansiedade, variáveis sociodemográficas, qualidade de vida e lazer na população idosa no período pandêmico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional analítico com delineamento transversal. A população considerada para estudo foi de 1.284 idosos, frequentadores dos quatro Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTI) de uma capital da região sudeste do Brasil.

Foi realizado cálculo amostral com base no número total de idosos dos CCTIs, tendo erro amostral de 5%, prevalência de 50% para maximizar a amostra e acréscimo de 10% para possíveis perdas, dando uma amostra mínima de 326 idosos. Os participantes da pesquisa receberam convite para as entrevistas durante as atividades ofertadas, com explanação dos objetivos do estudo e esclarecimento de dúvidas. Os critérios de inclusão foram idosos de ambos os sexos, cadastrados nos CCTIs. Foram excluídos aqueles que, por motivos de saúde ou cognição, não conseguiram responder às perguntas da entrevista. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovação pela Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Assistência Social bem como do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de

Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo (25 de março de 2022, CAAE nº 56471422.1.0000.5060).

A ansiedade foi analisada por meio do Geriatric Anxiety Inventory (GAI), traduzido e adaptado para o português brasileiro (MARTINY et al. 2011) e validado por Massena (2015), como Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG). Uma escala de vinte itens com respostas dicotômicas enfatizando queixas não somáticas, viável de aplicação em situações de fadiga, baixo grau educacional ou prejuízo cognitivo leve. A escala possui alta acurácia para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), com o ponto de corte de 13 gerando uma área sob a curva ROC de 0,90.

As variáveis independentes do estudo são: sexo; idade/faixa etária; estado civil; escolaridade; raça/cor autorreferida; condição socioeconômica (CSE) de acordo com o critério Brasil – ABEP (2022); qualidade de vida (QV) que foi analisada por meio do 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), tendo as dimensões Physical Component Summary (PCS) e Mental Component Summary (MCS) da qualidade de vida dicotomizadas em abaixo da média e acima da média (WARE; SHERBOURNE, 1992); práticas de lazer categorizada por meio da Escala de Práticas de Lazer (EPL), caracterizada como uma escala do tipo Likert, com 11 opções de respostas, que abrangem 8 tipos de atividades de lazer, validada por Andrade et al. (2018), as pontuações variam de 0 a 80 e classificou-se como “mais lazer” aqueles que obtiveram pontuações acima da mediana (>55).

A caracterização foi apresentada pela frequência observada e porcentagem. Utilizou-se a regressão logística simples e múltipla com o método de seleção de variáveis forward associou o desfecho com os possíveis fatores de risco e a curva ROC para a capacidade discriminante do modelo. O programa que realizou as análises foi o IBM SPSS Statistics version 24. O nível alfa de significância utilizado em todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil demográfico da população estudada registra maior participação feminina (91,3%), faixa etária entre 70–79 anos (48,4%), casados (33,9 %), da raça branca

(48,4%), com ensino médio completo/superior incompleto (31,5%) seguido por ensino superior completo (31,0%), aposentados/pensionistas (87,8%), com recebimento de até 1.212,00 reais – salário mínimo vigente à época (22,2%) e pertencentes à CSE D-E (33,3%) (TABELA 1).

TABELA 1. DADOS DEMOGRÁFICOS DE IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE UMA CAPITAL DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL, 2022

		n	%
Sexo	Masculino	30	8,7
	Feminino	315	91,3
Faixa etária	Até 69 anos	119	34,5
	70 – 79 anos	167	48,4
	80 anos ou mais	59	17,1
Estado civil	Solteiro	52	15,1
	União estável	8	2,3
	Casado	117	33,9
	Divorciado	65	18,8
Raça	Viúvo	103	29,9
	Branca	167	48,4
	Negra	40	11,6
	Parda	128	37,1
	Amarela	7	2,0
Escolaridade	Indígena	3	0,9
	Analfabeto/Fundamental I incompleto	34	9,9
	Fundamental I incompleto/Fundamental II incompleto	52	15,1
	Fundamental II completo/Médio incompleto	43	12,5
	Médio completo/Superior incompleto	109	31,5
Ocupação	Superior completo	107	31,0
	Trabalhando até 40 horas/semana	7	2,0
	Desempregado	14	4,1
	Não estou em busca de trabalho	20	5,8
	Aposentado/pensionista	303	87,8
Renda	Incapacitado	1	0,3
	Até 1.212	77	22,4
	1.213 – 2.424	67	19,4
	2.425 – 3.636	48	13,9
	3.737 – 4.848	36	10,4
	4.849 – 6.060	33	9,6
Condição socioeconômica	6.061 ou acima	48	13,9
	Recusa	36	10,4
	Classe A	5	1,4
	Classe B1	12	3,5
	Classe B2	54	15,7
	Classe C1	66	19,1
	Classe C2	93	27,0
	Classe D/E	115	33,3

Com relação às condições de moradia e hábitos dos idosos, observou-se que a maioria dos idosos residem em apartamento (69,8%), sozinhos (32,5%), possuem

acesso ao computador (52,5%), acesso à internet em mais de um local (54,8%), com conhecimento básico em informática (51,9%) e tendo como o principal meio de informação a televisão (80,3%) (TABELA 2).

TABELA 2. DADOS SOBRE CONDIÇÕES DA MORADIA E HÁBITOS DE IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE UMA CAPITAL DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL, 2022.

		n	%
Tipo de moradia	Casa	103	29,9
	Apartamento	241	69,8
	Casa de repouso	1	0,3
Mora	Sozinho	112	32,5
	Cônjuge	122	35,4
	Filhos	119	34,5
	Netos	41	11,9
	Outros	39	11,3
Acesso a computador	Sim	181	52,5
	Não	164	47,5
Acesso à Internet	Sim, apenas no trabalho	13	3,7
	Sim, apenas em casa	92	26,7
	Sim, mais de um local	189	54,8
	Não	51	14,8
Conhecimento em informática	Nenhum	117	33,9
	Básico	179	51,9
	Moderado	43	12,5
	Avançado	6	1,7
Principal meio de informação	Jornal	75	21,7
	Televisão	277	80,3
	Rádio	17	4,9
	Revista	8	2,3
	Outras pessoas	47	13,6
	Não tenho me mantido informado	9	2,6

Foi verificado que idosos sem companheiro apresentam 3,1 vezes mais chances de ter características de TAG em comparação aos idosos com companheiro. Os indivíduos que praticam menos lazer possuem essas chances aumentadas em 4,7 vezes em relação aos que praticam mais lazer. Identificou-se também que idosos com componente físico da qualidade de vida (PCS) abaixo da média têm essas chances aumentadas em 2,1 vezes em relação aos idosos com componente físico da qualidade de vida (PCS) acima da média. Observou-se ainda que idosos com componente mental da qualidade de vida (MCS) abaixo da média aumentam essas chances em 9,2 vezes quando comparados aos idosos com componente mental da qualidade de vida (MCS) acima da média (TABELA 3).

TABELA 3. RESULTADO REGRESSÃO LOGÍSTICA DE ANSIEDADE EM IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE UMA CAPITAL REGIÃO SUDESTE DO BRASIL, 2022 (ANÁLISE BIVARIADA).

Variável dependente – Com Características de TAG		Valor p*	OR	IC de 95% para OR	
				Limite inferior	Limite superior
Sexo	Masculino	-	1	-	-
	Feminino	0,116	3,227	0,748	13,924
Faixa etária	Até 69 anos	-	1	-	-
	70 anos ou mais	0,545	1,201	0,663	2,176
Status conjugal	Sem companheiro	0,002	3,048	1,522	6,105
	Com companheiro	-	1	-	-
Raça	Branco	-	1	-	-
	Não branco	0,067	1,699	0,963	2,998
Escolaridade	Até 10 anos estudo	-	1	-	-
	Acima 10 anos estudo	0,353	0,766	0,437	1,344
Condição socioeconômica	AB	-	1	-	-
	CDE	0,374	1,395	0,669	2,908
Prática de lazer	Menos lazer	<0,001	4,697	2,437	9,051
	Mais lazer	-	1	-	-
Qualidade vida - PCS	Abaixo da média	0,034	2,119	1,059	4,241
	Acima da média	-	1	-	-
Qualidade vida - MCS	Abaixo da média	<0,001	9,167	4,628	18,155
	Acima da média	-	1	-	-

(*) Regressão logística simples; OR - *Odds Ratio*; (1) categoria de referência; significativo se $p \leq 0,050$
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada; PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*

Idosos sem companheiro possuem 2,2 vezes mais chances de ter características de

TAG em comparação aos idosos com companheiro. Indivíduos que praticam menos lazer apresentam essas chances aumentadas em 3,9 vezes em relação aos que praticam mais lazer. Idosos com componente mental da qualidade de vida (MCS) abaixo da média têm essas chances aumentadas em 6,5 vezes em relação aos idosos com componente mental da qualidade de vida (MCS) acima da média (TABELA 4).

TABELA 4. RESULTADO REGRESSÃO LOGÍSTICA DE ANSIEDADE EM IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE UMA CAPITAL REGIÃO SUDESTE DO BRASIL, 2022 (ANÁLISE MULTIVARIADA).

Variável dependente	Com Características de TAG	Valor p*	OR	IC de 95% para OR	
				Limite inferior	Limite superior
Status conjugal	Sem companheiro	0,037	2,211	1,050	4,655
	Com companheiro	-	1	-	-
Prática de lazer	Menos lazer	<0,001	3,846	1,926	7,679
	Mais lazer	-	1	-	-
Qualidade de vida - MCS	Abaixo da média	<0,001	6,524	3,165	13,445
	Acima da média	-	1	-	-

Teste de Omnibus = χ^2 (61,48); p < 0,001

Teste de Hosmer-Lemshow = χ^2 (6,27); p = 0,393

Pseudo-R² = 26,9%

(*) Regressão logística múltipla com método *forward*; OR - *Odds Ratio*; (1) categoria de referência; significativo se p ≤ 0,050

Variáveis inseridas no modelo: Sexo, faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, classe socioeconômica, prática de lazer, qualidade de vida PCS, qualidade de vida MCS

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada; PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*

A área sob a curva ROC foi de 0,786 (p<0,001) que segundo Hosmer & Lemeshow (2000) tem uma discriminação aceitável, ou seja, o modelo consegue ter uma boa classificação (78,6%) do que fosse ao acaso (50,0%). A sensibilidade de uma pessoa ser classificada corretamente dado que ela apresentou características de TAG foi de 80,0%, enquanto a sensibilidade dada que ela não apresentou características de TAG foi de 67,0% (TABELA 5).

TABELA 5: RESULTADOS DA ANÁLISE DA CURVA ROC PARA A DISCRIMINAÇÃO E AJUSTE DO MODELO

	Área	Erro Padrão	Valor p*	IC de 95% para a Área		Sensibilidade	Especificidade
				Limite inferior	Limite superior		
Com							
Características de TAG	0,786	0,032	<0,001	0,739	0,828	80,0%	67,0%

(*) Curva ROC; significativo se p ≤ 0,050

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

Manter a qualidade de vida e prolongar a expectativa de vida na velhice demanda atenção integral à saúde, incluindo atenção especial à saúde mental (OMS, 2015). Alguns autores têm dado ênfase à maior vulnerabilidade dos idosos perante problemas emocionais/mentais durante crises e epidemias (YANG et al., 2020; LIMA et al., 2020).

No contexto da pandemia da COVID-19, o isolamento social não desencadeou somente o risco de infecções e óbitos, mas, também ocasionou importantes efeitos psicológicos (CAO et al., 2020). Os resultados deste estudo demonstraram que há um alto e desigual impacto da pandemia da COVID-19 nos idosos, caracterizado pela detecção de 17,68% da amostra estudada apresentar características de TAG em uma capital da região sudeste do Brasil. Esse dado é reforçado considerando que grande parte dos idosos que frequentavam os CCTIs em anos anteriores, se ausentou de suas atividades comunitárias, provavelmente em detrimento do estado pandêmico.

Nesse sentido, inúmeros estudos têm relatado efeitos preventivos da participação social para o estado de saúde da faixa etária idosa, no sentido de potencializar o grau de atividade física, as funções cognitivas (LOYOLA et al., 2018; DOUGLAS; GEORGIU; WESTBROOK, 2017; SEPÚLVEDA-LOYOLA et al., 2020), além de proporcionar melhorias substanciais na qualidade de vida, equilíbrio, cognição, e da redução de comorbidades e alterações funcionais (LOYOLA et al., 2018; DOUGLAS; GEORGIU; WESTBROOK, 2017; SMITH et al., 2017).

O isolamento social e a solidão influenciam nos problemas de saúde mental (LEIGH-HUNT et al., 2017). A associação entre transtorno de ansiedade e estado conjugal foi demonstrada no estudo de Kasalova et al. (2018), em que pessoas casadas demonstraram maior ansiedade durante a quarentena. Em contrapartida, o estudo em questão mostrou que ter companheiro aumenta em 2,2 vezes as chances de não ter características de TAG quando comparado aos idosos sem companheiro, possivelmente em decorrência da solidão e do “medo de morrer sozinho”, indo ao encontro do fato de que o aumento da solidão, do isolamento social e morar sozinho estão associados ao aumento da mortalidade (HOLT-LUNSTAD et al., 2015).

Sobre a influência do lazer no estado psicológico de idosos, neste estudo o fato de idosos praticarem mais lazer aumentou em 3,9 vezes as chances de não ter características de TAG durante a pandemia da COVID-19 quando comparado aos

idosos que praticam menos lazer. Em concordância com os dados obtidos, Callow et al. (2020) demonstraram que a realização de atividades físicas leves durante a pandemia da COVID-19 auxiliaria a aliviar alguns dos impactos negativos na saúde mental dos idosos, que poderiam ocorrer enquanto estivessem em isolamento social.

Além de influenciar na adoção de comportamentos relacionados à saúde, sabe-se que os transtornos mentais atenuam ou são percebidos como fatores de risco para doenças crônicas (DHAR; BARTON, 2016) e doenças de origem viral, interferindo na adoção de comportamentos relacionados à saúde, principalmente em períodos de pandemias como a da COVID-19 e, conseqüentemente a partir da necessidade de distanciamento social, essas condições tendem a ser exacerbadas (BARROS et al., 2020). Corroborando com esses achados, foi verificado também no presente estudo, que os idosos que possuem componente mental da qualidade de vida acima da média aumentam em 6,5 vezes as chances de não ter características de TAG quando comparados aos idosos com componente mental da qualidade de vida abaixo da média.

A partir do momento em que os meios informacionais constituem um dos principais meios de atualização das informações a respeito da COVID-19 (BAO et al., 2020), foi demonstrado que o constante acesso às mídias sociais pode potencializar o quadro de ansiedade em idosos. Esses dados se apoiam no perfil dos idosos que frequentam os CCTIs de uma capital na região sudeste, que possuem por hábito, acesso ao computador e a internet, apresentam conhecimentos básicos em informática e frequência de adquirir informações cotidianamente na televisão.

Dessa forma, evidencia a problemática de exposição constante a manchetes de notícias esmagadoras com desinformação sobre a COVID-19 (AYITTEY et al., 2020) e a presença de ansiedade nessa faixa etária durante o estado pandêmico, pois poderiam potencializar a incerteza, o medo e outros sentimentos danosos, perante o isolamento social. Em concordância com esses achados, estudos anteriores como o de Gao et al. (2020) descobriram que 82,0% de uma amostra da população chinesa exposta frequentemente às mídias sociais esteve positivamente associada a altas chances de ansiedade e transtorno de ansiedade generalizada.

Os pontos fortes do estudo estão na utilização de instrumentos validados no âmbito da saúde mental, qualidade de vida e práticas de lazer, além do número expressivo

de participantes, em meio a um estado pandêmico, conforme a pesquisa apresenta amostra final composta de 345 idosos com questionários válidos, superando o cálculo amostral que previa amostra mínima de 326 idosos frequentadores dos quatro CCTIs.

É um tema relevante para a saúde pública, visto que a ansiedade é um possível fator de risco para o acometimento da depressão na velhice (BARRETO et al., 2015), sendo comum a ocorrência simultânea dessas duas psicopatologias na população. No caso de indivíduos depressivos, estes apresentam uma menor resposta aos tratamentos farmacológicos e traz, como uma de suas consequências mais comum, o suicídio (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Além disso, esses efeitos são menos visíveis do que as altas taxas de letalidade e mortalidade, mas representam sérias consequências para os idosos e suas famílias.

A abordagem transversal poderia implicar em uma limitação do estudo, baseando-se no fato de que não é possível a determinação da causalidade e do acompanhamento dos idosos. No entanto, o assunto abordado é recente, atual e original, o que aumenta a relevância dessa produção científica. Estudos longitudinais adicionais, como estudos de coorte ou estudos de caso-controle aninhados, são recomendados no futuro.

CONCLUSÃO

O estudo observou que idosos sem companheiro, que praticam menos atividades de lazer e que apresentam componente mental da qualidade de vida abaixo da média são mais acometidos pelas características de TAG, demonstrando que as variáveis sociodemográficas bem como a qualidade de vida e as práticas de lazer em meio à pandemia da COVID-19 afetaram a saúde mental dos idosos.

Este é um alerta para os gestores porque dada a situação e requisitos atuais, as sequelas da pandemia da COVID-19 na faixa etária idosa constituem um problema emergente de saúde pública, pelo que se recomenda a implementação de programas e medidas de intervenção para mitigar os prejuízos e tratar os danos causados.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica do Brasil/2022**. Disponível em: <<https://www.abep.org/>>. Acesso em 17 fev. 2022.

ANDRADE, R.D.; SCHWARTZ, G.M.; FELDEN, É.P.G. et al. Validade de construto e consistência interna da Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos. **Cien Saude Col**, v. 23, n. 2, 2018, p. 519-528. DOI: 10.1590/1413-81232018232.00652017

AKGOR, U. et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 304, n. 1, 2021, p. 125-130.

ARMITAGE, L.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **Lancet Public Health.**, v. 5, n. 5, 2020.

AYDOGDU, A. L. Novo coronavírus e os riscos do isolamento social para os idosos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 5, n. 2, 2019, p. 1-13.

AYITTEY, F. K. et al. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. **J Med Virol.**, v. 92, n. 5, 2020, p. 473-475.

BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **Lancet**, v. 22, n. 10224, 2020, p. 37-38.

BARROS, M. B. et al. Relato de Tristeza/Depressão, Nervosismo/Ansiedade e Problemas de Sono Na População Adulta Brasileira Durante a Pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

BAUERLE, A. et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. **J Public Health (Oxf)**, v. 42, n. 4, 2020, p. 672-678.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 14, n. 10227, 2020, p. 912-920.

CAO, W. et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. **Psychiatry Res.**, v. 287, n. 112934, 2020.

CALLOW, D. D. et al. The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic. **Am J Geriatr Psychiatry.**, v. 28, n. 10, 2020, p. 1046-1057.

DHAR, A. K.; BARTON, D. O. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. **Front Psychiatry**, v. 21, n. 7, 2016.

DOUGLAS, H.; GEORGIU, A.; WESTBROOK, J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. **Aust Health Rev.**, v. 41, n. 4, 2017, p. 455-462.

GAO, S. et al. Risk factors influencing the prognosis of elderly patients infected with COVID-19: a clinical retrospective study in Wuhan, China. **Aging (Albany NY)**, v. 12, n. 13, 2020, p. 12504-12516.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, 2020, p. 547-560.

HOLT-LUNSTAD, J. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. **Perspect Psychol Sci.**, v. 10, n. 2, 2015, p. 227-237.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

KASALOVA, P. et al. Anxiety disorders and marital satisfaction. **Neuro Endocrinol Lett.**, v. 38, n. 8, 2018, p. 555-564.

LEIGH-HUNT, N. et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health**, v. 152, p. 157-171, 2017. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.07.035

LIMA, C. K. et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Res.**, v. 287, n. 112915, 2020.

LOYOLA, W. et al. Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 18, n. 2, 2018, p. 216-223.

MARTINY, C. et al. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 38, 2011, p. 8 -12.

MASSENA, P. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. **International psychogeriatrics**, v. 27, n. 7, 2015, p. 1113-1119.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, 2017, p. 801-813.

NICOLICH-ZURICH, J. et al. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. **Geroscience**, v. 42, n. 2, 2020, p. 505-514.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: OMS, 2015.

PACHANA, N.A. et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **Int Psychogeriatr.**, v. 19, n. 1, 2007, p. 103-114.

ROGERS, J. P. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry.**, v. 7, n. 77, 2020, p.611-62.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, 2012, p. 97–116.

SANTINI, Z. I. et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. **Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, 2020, p. 62-70.

SEPÚLVEDA-LOYOLA, W. et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. **J Nutr Health Aging**, v. 24, n. 9, 2020, p. 938-947.

SMITH, G. et al. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 27, n. 1, 2017.

WARE, J.E., SHERBOURNE C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, n. 6, 1992, p. 473-483.

YANG, Y. et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. **Lancet Psychiatry.**, v. 7, n. 4, 2020, e19.

6.2 PRODUTO 2

Qualidade de vida de idosos em tempos de pandemia da COVID-19: fatores associados¹

Quality of Life of the Elderly in Times of the COVID-19 Pandemic: Associated Factors

Resumo

Objetivo: Identificar a associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19. *Método:* Trata-se de estudo analítico transversal, realizado em uma capital da região sudeste do Brasil, nos quatro Centros de Convivência da Terceira Idade. A amostra final consistiu em 345 idosos e a coleta de dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2022. Roteiros estruturados foram aplicados. A variável dependente Qualidade de Vida foi analisada por meio dos oito domínios do 36-Item Short-Form Health Survey e pelas medidas sumárias Physical Component Summary e Mental Component Summary, que foram dicotomizadas (abaixo da média e acima da média). Foram utilizados a média e o Teste T para as análises estatísticas. Modelo de regressão logística multivariada foi utilizado considerando nível de significância de 5%. *Resultados:* Identificou-se que ser da raça branca (OR= 2,515; IC95% = 1,081-5,851), não ter características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (OR= 16,431; IC95% = 7,171-37,652) e praticar mais lazer (OR= 4,823; IC95% = 2,039-11,409) apresenta mais chances de ter melhor Qualidade de Vida. *Conclusão:* Em suma, as associações identificadas no estudo destacam que durante a pandemia da COVID-19, os idosos desfavorecidos apresentaram pior qualidade de vida. Nesse contexto, são necessárias medidas mais abrangentes por meio de políticas públicas, incluindo rede intersetorial, para promover o envelhecimento saudável dessa população.

Palavras-chave: COVID-19. Idoso. Qualidade de vida.

¹ Artigo submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (ISSN:1981-2256)

Abstract

Objective: To identify the association between quality of life and sociodemographic variables, anxiety and leisure practices in the elderly population in times of the COVID-19 pandemic. *Method:* This is a cross-sectional analytical study, carried out in a capital in the southeast region of Brazil, in four Senior Living Centers. The final sample consisted of 345 elderly people and data collection took place from June to December 2022. Structured scripts were applied. The dependent variable Quality of Life was analyzed using the eight domains of the 36-Item Short-Form Health Survey and the summary measures Physical Component Summary and Mental Component Summary, which were dichotomized (below average and above average). The mean and the T Test were used for statistical analyses. Multivariate logistic regression model was used considering a significance level of 5%. *Results:* It was identified that being white (OR= 2.515; IC95% = 1.081-5.851), not having characteristics of Generalized Anxiety Disorder (OR= 16.431; IC95% = 7.171-37.652) and practicing more leisure (OR= 4.823; 95% CI = 2.039-11.409) is more likely to have a better Quality of Life. *Conclusion:* In short, the associations identified in the study highlight that during the COVID-19 pandemic, disadvantaged elderly people had a worse quality of life. In this context, more comprehensive measures are needed through public policies, including an intersectoral network, to promote the healthy aging of this population.

Keywords: COVID-19. Elderly. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Considerando o contínuo aumento do envelhecimento populacional no Brasil, que em 2022 atinge a marca de 15,1%, em comparação aos 11,3% registrados em 2012, é notável a crescente representatividade da população idosa em relação ao total¹. A realidade atual revela que as pessoas com 65 anos ou mais já compõem 10,9% da população total do país, abrangendo 22,2 milhões de indivíduos dentro dessa faixa etária, num cenário em que a população brasileira alcança a marca de 203,1 milhões de habitantes. Esses números refletem uma transformação demográfica acelerada, alinhando-se às tendências globais de envelhecimento populacional².

É válido reiterar que o processo de envelhecimento populacional abrange inúmeras problemáticas de saúde que se configuram como obstáculos perante os sistemas de saúde e a previdência social. Portanto, o envelhecimento não corrobora necessariamente com o adoecimento, com exceção dos casos em que existam doenças associadas, estando atrelado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no âmbito da saúde e da tecnologia permitem que as populações com acesso a serviços públicos ou privados adequados tenham melhor qualidade de vida nessa fase³.

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua situação de vida frente a uma doença além das suas consequências e dos seus tratamentos, ou seja, como a enfermidade afeta sua condição de vida. A qualidade de vida dos idosos é afetada por fatores biológicos, sociais e psicológicos, destacando a importância de abordagem integral para garantir um envelhecimento saudável⁴⁻⁶.

A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) representa um compromisso de colaboração de 10 anos, reunindo governos, sociedade civil, organizações internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para melhorar a qualidade de vida dos idosos, das suas famílias e das suas comunidades. Essa iniciativa visa melhorar a qualidade de vida dos idosos, apesar dos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, desigualdades sociais e econômicas, e resistência às mudanças nas sociedades ocidentais^{2,7}.

O período de 2021 a 2030, Década do Envelhecimento Saudável, possui o objetivo de capacitar os idosos, promover a saúde por meio de abordagens educacionais e criar ambientes de vida e trabalho seguros e saudáveis ao longo da vida. Dessa forma, existe o compromisso de reconhecimento da vulnerabilidade dos idosos em ocasiões de emergência humanitária, como uma pandemia^{2,8}.

Além disso, a pandemia da COVID-19 destacou a importância do cuidado dos idosos não só para as famílias, mas também para a nação e a sociedade, de modo em que evidenciou a fragilidade dessa faixa etária: o envelhecimento está associado a múltiplas doenças. Estas geralmente ocasionam uma elevada exposição ao risco de os idosos contraírem a COVID-19 de forma grave, sendo que a literatura científica

demonstrou um potencial aumento de mortalidade no grupo de pacientes hipertensos infectados pelo coronavírus⁹.

No âmbito das discussões, observaram-se e continuam a ocorrer reconfigurações no entendimento do envelhecimento durante os debates sobre a pandemia. Isso conduziu a ajustes e adaptações em relação às novas formas de biossegurança e aos processos de construção do conhecimento social. Surgiram evidências que apontam para o impacto significativo e desigual da pandemia da COVID-19 sobre a saúde, renda e cuidados destinados aos idosos no Brasil. Além disso, constatou-se uma notável disparidade entre homens e mulheres idosos em termos de composição domiciliar, condições socioeconômicas, renda familiar e participação no mercado de trabalho. Esses aspectos ressaltam a complexidade e as nuances das implicações da pandemia na população idosa brasileira⁸.

Considerando a alta prevalência da COVID-19 entre idosos, faixa etária vulnerável, e a importância da qualidade de vida para esses indivíduos, o presente estudo teve como objetivo identificar a associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo analítico transversal, realizado em uma capital da região sudeste do Brasil, nos quatro Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTIs).

O número total de frequentadores dos CCTIs compreende 1.284 idosos e o cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio de fórmula no programa de estatística Epi Info que avalia uma amostra mínima, com garantia de confiança adequada e margem de erro máxima, além do tamanho populacional e a estimativa do percentual de idosos dentro da característica desejada, distribuídos da seguinte forma: CCTI A – 165 pessoas atendidas (amostra com 42 idosos); CCTI B – 259 pessoas atendidas (amostra com 65 idosos); CCTI C – 389 pessoas atendidas (amostra com 98 idosos) e CCTI D – 471 pessoas atendidas (amostra com 121 idosos).

Foram incluídos na pesquisa idosos de ambos os sexos, cadastrados e frequentadores das atividades ofertadas pelos CCTIs e o critério de exclusão idosos que demonstrassem não compreender ou por algum motivo de saúde não conseguissem responder as perguntas da entrevista, embora não tenha havido exclusões de sujeitos do estudo.

Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa durante as atividades nos CCTIs, momento de breve explanação do estudo. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados para aplicação de cinco roteiros estruturados e ocorreu no período de junho a dezembro de 2022, nos turnos matutino e vespertino, em dias de oferta das atividades, possibilitando a todos os idosos as mesmas chances de participar.

A variável dependente qualidade de vida (QV) foi analisada por meio do SF-36 composto por 11 questões e 36 itens, sendo que 35 itens são divididos em oito domínios de saúde: capacidade funcional (10 itens); aspectos físicos (quatro itens); dor corporal (dois itens); estado geral de saúde (cinco itens); vitalidade (quatro itens); aspectos sociais (dois itens); aspectos emocionais (três itens); saúde mental (cinco itens); e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano atrás, que não se soma aos domínios do instrumento^{10,11}.

A pontuação nesse instrumento é dada em um intervalo de 0 a 100 para cada item, sendo que quanto mais baixa ou mais alta for a pontuação obtida, pior ou melhor, respectivamente, é considerado o estado de saúde geral. Na análise dos dados, os oito domínios foram avaliados com as variáveis independentes do estudo.

Para o presente estudo, os oito domínios foram ainda divididos em duas medidas contínuas sumárias: componente físico - Physical Component Summary (PCS), formada pelos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e componente mental - Mental Component Summary (MCS), composta pelos domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Quanto aos escores de cada componente (PCS e MCS) foi realizada a média dos escores dos quatro domínios, respectivamente¹².

Essas medidas, assim como os oito domínios do SF-36, são pontuadas em uma escala de 0 a 100, sendo 100 o melhor estado de saúde possível. Toda vez que

a pontuação de uma escala se encontra menor ou igual a 50 ($PCS \leq 50$ e $MCS \leq 50$), o estado de saúde é considerado abaixo da média, sendo uma pior qualidade de vida e quando for maior que 50 ($PCS > 50$ e $MCS > 50$), é classificado como acima da média¹³.

As variáveis independentes do estudo foram: sexo (“masculino” e “feminino”); idade/faixa etária (“60-69 anos” e “70 anos ou mais”); estado civil (“sem companheiro” e “com companheiro”); escolaridade (“até 10 anos de estudo” e “acima de 10 anos de estudo”); raça/cor autorreferida (“branca” e “não branca”, sendo que a categoria “não branca” agrega raça/cor preta, parda, indígena e amarela); condição socioeconômica (CSE) de acordo com o critério Brasil – ABEP14 (A, B1, B2, C1, C2, D-E e posteriormente foram reagrupados em: “CSE A/B” e “CSE C/D-E”); ansiedade, foi analisada por meio do Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG), uma escala traduzida e validada no Brasil^{15,16}, efetiva em distinguir indivíduos sem e com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), com o ponto de corte 13 gerando uma área sob a curva ROC de 0,90, no presente estudo foi categorizada em “sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada” - Sem TAG ($< \text{ou} = 13$) e “com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada” - Com TAG (> 13); práticas de lazer categorizada por meio da Escala de Práticas de Lazer (EPL), caracterizada como uma escala do tipo Likert, com 11 opções de respostas, que abrangem 8 domínios de lazer, validada¹⁷, foram somadas para se ter o resultado da EPL, que pode variar de zero a 80 pontos e dicotomizada em “abaixo ou igual a mediana” / “acima da mediana” que foram, respectivamente, denominados como “menos lazer” ($< \text{ou} = 55$) e “mais lazer” (> 55).

O teste de Kolmogorov e Smirnov foi empregado para verificar a normalidade dos dados. Ainda que os dados não tenham apresentado uma distribuição normal, dado o tamanho da amostra (grande), foram utilizados a média e o teste T para as análises¹⁸.

Assim, o teste T (nível de confiança de 95%) foi aplicado para comparação das médias obtidas em PCS e MCS da QV com as variáveis sociodemográficas, a ansiedade e práticas de lazer. Modelo de regressão logística multivariada foi utilizado para verificar potenciais fatores de confusão entre as variáveis independentes e as medidas sumárias (PCS e MCS) da QV (acima da média), considerando como

significativas as variáveis dentro do intervalo de confiança de 95% ($p \leq 0,05$). Para as análises foi utilizado o programa IBM SPSS 24.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 25 de março de 2022 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, CAAE 56471422.1.0000.5060 e atendeu aos critérios da Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹.

RESULTADOS

A amostra final da pesquisa consistiu de 345 idosos entrevistados com questionários válidos. O perfil sociodemográfico da população foi a maior parte do sexo feminino (91,3%), 48,4% da faixa etária de 70 a 79 anos, 33,9% casados, 48,4% da raça branca, 31,5% com o ensino médio completo/superior incompleto e 31,0% o superior completo, 87,8% aposentados ou pensionistas, 22,4% recebiam até R\$ 1.212,00 (salário mínimo vigente à época) e 27,0% da condição socioeconômica C2. Com relação às condições de moradia, 69,8% residiam em apartamento, 35,4% moravam com o cônjuge, 52,5% tinham acesso ao computador, 54,8% possuíam acesso ao computador em mais de um local, 51,9% relataram ter conhecimento básico em informática e para 80,3% a televisão era o principal acesso à informação.

A maior média observada dos domínios da qualidade de vida foi para aspectos sociais (média=83,2; DP \pm 22,8) e o de menor média foi para o domínio de estado geral de saúde (média=64,6; DP \pm 19,0). Já o PCS obteve média de 72,1 com desvio padrão de 20,0 e o MCS obteve média de 77,8 com desvio padrão de 21,2.

No que se refere à relação entre qualidade de vida e condição socioeconômica (CSE), dos 8 domínios de saúde avaliados pelo SF-36, a CSE AB apresentou QV superior à CSE C/D-E em 6 deles (dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais, e saúde mental) evidenciando que, quanto menor a CSE, pior é a QV (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre qualidade de vida e condição socioeconômica dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, ES, 2022.

Dimensão – SF36	CSE	AB	CSE	C/D-E	<i>p</i> -valor*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	81,1	22,7	77,8	22,5	0,272
Limitação por Aspectos Físicos	82,4	31,2	73,9	37,7	0,053
Dor	77,9	22,0	67,3	25,2	0,001
Estado Geral de Saúde	69,7	17,4	63,3	19,2	0,011
Vitalidade	79,4	18,5	71,3	21,3	0,002
Aspectos Sociais	90,3	19,0	81,3	23,3	0,001
Limitação por Aspectos					
Emocionais	89,2	26,9	75,4	38,7	0,001
Saúde Mental	83,3	17,0	75,1	20,7	0,001

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

SF36 - 36-Item Short-Form Health Survey; CSE – Condição Socioeconômica; DP – Desvio Padrão.

A Tabela 2 mostra que os idosos sem características de TAG apresentaram melhor QV que os idosos com características de TAG, em todos os domínios analisados pelo instrumento SF-36.

Tabela 2. Associação entre qualidade de vida e ansiedade dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, ES, 2022.

Dimensão – SF36	Sem TAG		Com TAG		<i>p</i> -valor*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	81,7	19,8	63,3	28,0	<0,001
Limitação por Aspectos Físicos	82,0	31,7	46,3	43,3	<0,001
Dor	72,7	23,0	54,8	28,1	<0,001
Estado Geral de Saúde	67,1	17,2	52,9	22,5	<0,001
Vitalidade	77,2	17,6	53,3	24,1	<0,001
Aspectos Sociais	87,7	18,4	62,1	29,0	<0,001
Limitação por Aspectos					
Emocionais	86,7	28,4	38,8	45,6	<0,001
Saúde Mental	82,3	15,5	50,9	20,1	<0,001

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

SF36 - 36-Item Short-Form Health Survey; TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada; DP - desvio padrão.

No que tange às práticas de lazer, os entrevistados que praticavam mais lazer apresentaram melhor QV em todos os domínios do SF-36 (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre qualidade de vida e práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, ES, 2022.

Dimensão – SF36	Menos Média	Lazer DP	Mais Média	Lazer DP	<i>p</i> -valor *
Capacidade Funcional	70,4	25,1	86,5	16,0	<0,001
Limitação por Aspectos Físicos	64,6	40,5	86,8	28,2	<0,001
Dor	63,2	26,3	75,9	21,7	<0,001
Estado Geral de Saúde	58,1	19,2	71,2	16,4	<0,001
Vitalidade	63,5	21,3	82,5	15,8	<0,001
Aspectos Sociais	75,2	24,9	91,1	17,2	<0,001
Limitação por Aspectos Emocionais	68,0	42,4	88,6	26,8	<0,001
Saúde Mental	68,0	21,8	85,6	14,0	<0,001

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$
SF36 - 36-Item Short-Form Health Survey; DP - Desvio Padrão.

A Tabela 4 apresenta a associação entre qualidade de vida, variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência. As variáveis que mostraram associação com o componente físico da qualidade de vida foram: sexo ($p=0,005$), raça/cor ($p=0,004$), escolaridade ($p=0,001$), CSE ($p=0,007$), ansiedade ($p<0,001$) e práticas de lazer ($p<0,001$). Essas mesmas variáveis também mostraram associação com o componente mental da qualidade de vida: sexo ($p=0,034$), raça/cor ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,003$), condição socioeconômica ($p<0,001$), ansiedade ($p<0,001$) e práticas de lazer ($p<0,001$). Assim, idosos do sexo masculino, da raça/cor branca, que possuíam acima de 10 anos de estudo, da CSE AB, sem características de TAG e que praticavam mais lazer estavam associados à maior qualidade de vida, tanto no componente físico como no componente mental.

Tabela 4. Associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, ES, 2022.

Variáveis	PCS		p-valor	MCS		p-valor
	Média	DP		Média	DP	
Sexo						
Masculino	80,5	15,5	0,005	84,3	16,5	0,034
Feminino	71,3	20,2		77,2	21,5	
Faixa etária						
Até 69 anos	73,3	19,6	0,394	76,8	22,6	0,517
70 anos ou mais	71,4	20,2		78,3	20,4	
Status conjugal						
Sem companheiro	71,3	20,8	0,355	76,3	22,8	0,069
Com companheiro	73,3	18,6		80,4	17,8	
Raça/cor						
Branco	75,2	16,9	0,004	82,0	16,6	<0,001
Não branco	69,1	22,2		73,9	24,1	
Escolaridade						
Até 10 anos estudo	67,3	21,5	0,001	73,3	22,7	0,003
Acima 10 anos estudo	74,9	18,6		80,5	19,7	
CSE						
AB	77,8	17,5	0,007	85,6	16,7	<0,001
C/D-E	70,6	20,4		75,8	21,7	
Ansiedade						
Sem TAG	75,9	16,6	<0,001	83,5	15,5	<0,001
Com TAG	54,3	24,6		51,3	23,7	
Práticas de Lazer						
Menos Lazer	64,1	21,9	<0,001	68,7	22,9	<0,001
Mais Lazer	80,1	14,0		87,0	14,4	

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*; DP - Desvio Padrão; CSE – *Condição Socioeconômica*; TAG – *Transtorno de Ansiedade Generalizada*.

Foram ajustados modelos de regressão logística para controle de potenciais fatores de confusão. Na Tabela 5 a regressão logística multivariada, mostrou que ser da raça/cor “branca” aumenta em 2,51 vezes as chances (OR= 2,515; IC95% = 1,081-5,851) de ter componente mental da qualidade de vida acima da média quando comparado ao de raça/cor “não branca”. Identificou-se ainda que ser idoso sem características de TAG aumenta em 5,69 vezes as chances (OR= 5,691; IC95% = 2,750-11,779) de ter componente físico da qualidade de vida acima da média e aumenta em 16,43 vezes as chances (OR= 16,431; IC95% = 7,171-37,652) de ter componente mental da qualidade de vida acima da média quando comparado ao idoso

com características de TAG. Foi verificado também que o idoso que pratica mais lazer aumenta em 4,82 vezes as chances (OR= 4,823; IC95% = 2,039-11,409) de ter componente físico da qualidade de vida acima da média quando comparado ao idoso que pratica menos lazer.

Tabela 5. Resultado regressão logística da qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, ES, 2022.

Variáveis	PCS > Média				MCS > Média			
	OR	IC 95%		p-valor*	OR	IC 95%		p-valor*
		LI	LS			LI	LS	
Sexo								
Masculino	2,755	0,577	13,157	0,204	3,008	0,325	27,833	0,332
Feminino	1				1			
Faixa etária								
Até 69 anos	1,581	0,741	3,376	0,236	1			
70 anos ou mais	1				1,339	0,575	3,117	0,499
Status conjugal								
Sem companheiro	1				1			
Com companheiro	1,759	0,831	3,724	0,140	1,113	0,452	2,746	0,816
Raça/cor								
Branco	1,525	0,751	3,097	0,243	2,515	1,081	5,851	0,032
Não branco	1				1			
Escolaridade								
Até 10 anos estudo	1				1			
Acima 10 anos estudo	1,068	0,518	2,199	0,859	1,969	0,839	4,623	0,120
CSE								
AB	1,193	0,432	3,295	0,734	1,705	0,455	6,385	0,429
CDE	1				1			
Ansiedade								
Sem TAG	5,691	2,750	11,779	<0,001	16,431	7,171	37,652	<0,001
Com TAG	1				1			
Práticas de Lazer								
Menos Lazer	1				1			
Mais Lazer	4,823	2,039	11,409	<0,001	2,466	0,975	6,241	0,057

(*) Regressão logística simples; OR - *Odds Ratio*; (1) categoria de referência; significativo se $p \leq 0,050$

PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*; LI – Limite Inferior; LS – Limite Superior; CSE – Condição Socioeconômica; TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada.

DISCUSSÃO

O principal achado desta pesquisa destaca a complexidade da relação entre QV e diversos fatores socioeconômicos e de saúde em idosos frequentadores de Centros de Convivência para a Terceira Idade CCTIs. A abordagem da qualidade de vida em idosos é um desafio que demanda a compreensão das diversas contextualizações e realidades desses indivíduos, considerando a complexidade desse fenômeno multidimensional²⁰. Com o envelhecimento crescente da população, o interesse na monitorização da QV tornou-se uma preocupação global, destacando-se como um indicador relevante de saúde pública²¹.

No presente estudo os idosos sem características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) apresentam melhor QV em todos os domínios analisados pelo instrumento SF-36. Esses achados corroboram a literatura científica, enfatizando a importância de considerar fatores psicológicos no entendimento da QV dessa população. Durante a pandemia da COVID-19, a influência da ansiedade na QV dos idosos foi pouco explorada em ambientes rurais e urbanos²².

Além dos fatores psicológicos, outros fatores, como atividades de lazer e participação social, podem influenciar a qualidade de vida dos idosos²³. Nesse sentido, os achados deste estudo estão em concordância com a literatura científica, destacando que os idosos que se engajam mais em atividades de lazer apresentam uma melhor qualidade de vida em todos os domínios do SF-36. Essas constatações reforçam a relevância de considerar não apenas os fatores de saúde física, mas também os aspectos psicossociais para abordar integralmente a qualidade de vida dessa população idosa.

Diante das adversidades enfrentadas pelo grupo durante a pandemia da COVID-19, incluindo a grande probabilidade de limitações e perdas, o desenvolvimento de ações e planejamentos direcionados à manutenção e ao bem-estar destes idosos torna-se imperativo²⁴. Gomes et al.²⁵ em análise da qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia, além da expectativa no pós-pandemia, identificou que é fundamental a manutenção da independência por parte dos longevos para que se atinja o estado de serenidade e que se tenha autonomia. Assim, a implementação de estratégias que visem preservar a independência e a participação social desses indivíduos torna-se crucial para proporcionar uma maior qualidade de

vida em meio às adversidades pandêmicas, contribuindo não apenas para o bem-estar físico, mas também para a saúde psicossocial dessa população²³.

No que se refere ao perfil sociodemográfico, destaca-se que a amostra do estudo é majoritariamente composta por mulheres, refletindo uma tendência comum em pesquisas envolvendo a população idosa. Esse fenômeno, conhecido como "feminilização do envelhecimento", é observado globalmente, sendo influenciado pela expectativa de vida geralmente superior no sexo feminino, resultante de diversos fatores. Essa característica contribui substancialmente para o padrão identificado no presente estudo, alinhando-se às observações de outros pesquisadores nesta área^{26,27}.

Nesta pesquisa, foi identificada associação entre as medidas sumárias (PCS e MCS) e a variável sexo, indicando que os idosos do sexo masculino estiveram associados a uma melhor componente física e mental da qualidade de vida. No entanto, na análise de regressão logística multivariada, essa variável independente perdeu força. Outra pesquisa que investigou o perfil da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos durante o distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19 constatou-se que a maioria dos idosos do sexo masculino apresentou uma QV superior, exceto quando se tratava das limitações por aspectos físicos, onde as mulheres obtiveram uma pontuação melhor²⁸. Em contraste a esses achados, um estudo anterior que avaliou a relação entre QV, estado nutricional e faixa etária de idosos, não encontrou associação significativa entre os domínios de QV e a variável sexo²⁹. Essas discrepâncias destacam a complexidade das relações entre variáveis, exigindo uma análise cuidadosa e contextualizada para uma compreensão mais abrangente.

Quanto à faixa etária, não foi identificada relação com a QV dos idosos entrevistados nos CCTIs, contradizendo um estudo brasileiro anterior realizado antes da pandemia da COVID-19, onde o avanço da idade se associou a um baixo escore de QV em idosos³⁰. Estudo na população idosa iraniana, por sua vez, demonstrou uma associação negativa significativa entre idade e QV durante o período pandêmico da COVID-19. Essas discrepâncias podem ser atribuídas principalmente às diferenças socioculturais, ao tipo de instrumento utilizado ou até mesmo à idade média dos participantes da pesquisa³¹.

Já com relação à escolaridade dos idosos do estudo, houve associação entre esta variável independente e as medidas sumárias PCS e MCS, tendo aqueles com mais de 10 anos de estudo melhor componente física e mental da qualidade de vida, entretanto na regressão logística multivariada, a escolaridade perdeu força. Romero et al.⁸ analisou o grau de escolaridade dos óbitos ocorridos no município do Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19, e verificou uma concordância entre indivíduos com poucos anos de estudo e uma maior mortalidade, possivelmente por questões sócio estruturais, uma vez que a escolaridade repercute no acesso aos serviços de saúde e no reconhecimento de situações de risco.

O domínio de limitação por aspectos emocionais do SF-36 obteve destaque nos resultados do estudo, sendo significativo em relação ao status conjugal como um fator de associação de QV em idosos durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista que a pesquisa evidenciou que idoso com companheiro tem maior QV em comparação a idoso sem companheiro durante o período pandêmico. Este dado se apoia no estudo de uma população variada, incluindo idosos, em que o melhor estado de saúde foi registrado pelos indivíduos casados ou que viviam com companheiro³². Em concordância com tais achados, estudo de revisão de escopo demonstrou que idosos que permaneceram vivendo sozinhos tiveram maiores riscos de ter uma menor QV durante a pandemia da COVID-19³³.

Neste estudo, os idosos da raça/cor "branca" demonstraram mais chances de ter componente mental da qualidade de vida acima da média em comparação aos idosos de raça "não branca". Recente estudo realizado em São Paulo, observou uma associação entre a cor da pele parda e preta, com pior escolaridade e autoavaliação negativa do estado de saúde. A cor da pele parda também se correlacionou com renda baixa. Idosos pretos e pardos enfrentaram maiores desafios de acesso a recursos socioeconômicos e condições de saúde precárias³⁴, alinhando-se ao achado da presente pesquisa.

No presente estudo, a CSE AB apresentou melhor QV em relação à CSE C/D-E em seis domínios do SF-36 (dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental). Isso se apoia no fato de que geralmente a aposentadoria e o afastamento do trabalho, ocasiona uma nova

realidade financeira que fica onerada pela perda de gratificações, gerando queda no padrão de vida e, conseqüentemente, a diminuição de sua qualidade de vida³⁵.

As limitações deste estudo foram a análise em um único momento e a extensão do questionário, não permitindo estabelecer relações de causalidade por conta do delineamento transversal. Além disso, durante o período pandêmico, a presença dos idosos nos locais de pesquisa pode ter sido afetada devido às medidas de distanciamento social, restrições de mobilidade e preocupações com a saúde. Esses fatores podem ter impactado a representatividade dos resultados, impondo limitações à sua abrangência. Ademais, é notória a escassez de trabalhos científicos utilizando o instrumento SF-36 em idosos nesse período de pandemia da COVID-19, o que dificulta a estabelecer comparações metodológicas.

Ainda assim, as escolhas são justificadas pelas evidências existentes que demonstram altos níveis de validade de avaliações únicas na captura de mudanças na qualidade de vida atreladas a contextos específicos. Ademais, reitera-se que o SF-36 é um instrumento reconhecido mundialmente na análise de QV, apresentando adequada consistência interna e adequados valores de confiabilidade. Diante do exposto, ressalta-se a necessidade e a pertinência de mais estudos com metodologias semelhantes, como forma de ter um diagnóstico continuado dos malefícios do vírus SARS-CoV-2 a essa população.

CONCLUSÃO

O estudo observou que ser idoso da raça/cor “branca”, sem características de TAG e que pratica “mais lazer” tem mais chances de apresentar qualidade de vida acima da média, em tempos de pandemia da COVID-19. Constatou-se, por meio dos dados coletados, que os idosos desfavorecidos foram os mais afetados frente à situação adversa do cenário sanitário, trazendo reflexões e informações importantes sobre as conseqüências da pandemia, que devem servir de subsídio aos gestores bem como profissionais da rede intersetorial para o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem essa população desprivilegiada, por meio do planejamento adequado e da execução de ações estratégicas com o intuito de promover o envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

- 1 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022
- 2 WHO. World Health Organization. Decade of healthy ageing. Geneva; 2020.
- 3 Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(4):1107-11.
- 4 Cruz DSM, Collet N, Nóbrega, VM. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1 - revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(3):973-989.
- 5 Rocha SV, Triebess S, Virtuoso Junior JS. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. *Revista de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá*. 2008;19(1):101-108.
- 6 Andrade RD, Schwartz GM, Felden ÉPG. Variáveis Socioeconômicas e o Envolvimento no Lazer: Análise com a Escala de Práticas no Lazer (EPL). *LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*. 2018;21(1):292-312.
DOI: 10.35699/2447-6218.2018.10813
- 7 Guerra, R O. Modos de viver a velhice: lições do Estudo Fibra. *Revista Bras. Geriatr. Gerontol*. 2022;25(5):1-2.
- 8 Romero DE, Muzzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(3):1-16.
- 9 Gao S, Jiang F, Jin W, Shi Y, Yang L, Xia Y, et al. Risk factors influencing the prognosis of elderly patients infected with COVID-19: a clinical retrospective study in Wuhan, China. *Aging (Albany NY)*. 2020;11(13):12504-12516.
- 10 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras de Reumatologia*. 1999;39(3):143-150.
- 11 Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enfermagem USP, São Paulo*, 2013;47(2):348-354.
- 12 Santos RLB, Campos MR, Flor LS. Fatores associados a qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2019;24(3):1007-1020.
- 13 Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales - A user's manual, 5a ed. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical center; 1994.
- 14 ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica do Brasil/2022. Disponível em: <https://www.abep.org/>. Acesso em 17 fev. 2022.
- 15 Martini C, Silva ACO, Nardi AE, Pachana NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):8-12.
- 16 Massena PN, Araújo NB, Pachana N, Lacks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. *International Psycho Geriatrics*. 2015;27(7):1113-1119.
- 17 Andrade RD, Schwartz GM, Tavares GH, Pelegrini A, Teixeira CS, Felden ÉPG. Validade de construto e consistência interna da Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos. *Cienc. Saude Colet*. 2018;23(2):519-528.

- 18 Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumario física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012;30(2):163-171.
- 19 Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*; 12 dez, 2012.
- 20 Dias DS, Carvalho CS, Araújo CY. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(1):127-138.
- 21 Nagahashi AS, Goulart RM, Torraga MO, Valiengo A. Avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e pratica de atividade física de idosas em programas para terceira idade. *Revista de Atenção à Saúde*. 2013;11(38):38-45.
- 22 Isaac V, Cheng T, Townsin L, Assareh H, Li A, MacLachlan CS. Associations of the Initial COVID-19 Lockdown on Self-Reported Happiness and Worry about Developing Loneliness: A Cross-Sectional Analysis of Rural, Regional, and Urban Australian Communities. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 9;18(18):9501. DOI: 10.3390/ijerph18189501.
- 23 Yamashita T, Bardo AR, Liu D. Experienced subjective well-being during physically active and passive leisure time activities among adults aged 65 years and older. *Gerontologist*. 2019;59:718-726.
- 24 Cho D, Post J, Ki SK. Comparison of passive and active leisure activities and life satisfaction with aging. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(1):380-36.
- 25 Gomes GC, Moreira RF, Maia TO, Santos MA, Silva VS. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(3):1035-1046.
- 26 Cepellos V. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Revista de Administração de Empresas*. 2021;61(1).
- 27 Maximiano-Barreto MA, Andrade L, Campos LB, Portes FA, Generoso FK. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*. 2019;8(2):239-252.
- 28 Gama BI, Soares RA, Silva M. Perfil da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em distanciamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19. *Intercontinental Journal of Physical Education*. 2021;2(3).
- 29 Bocchi A, Adami FS. Relação da qualidade de vida com o estado nutricional e faixa etária de idosos. *RBCEH*. 2018;14(1):44-5.
- 30 Paiva MH, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11).
- 31 Khorani H, Mohammadi F, Hosseinkhani Z, Motalebi AS. Predictive factors of Quality of Life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychology*. 2022;10(176).
- 32 Ferreira LN, Pereira LN, da Fé Brás M, Ilchuk K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res*. 2021;30(5):1389-1405.
- 33 Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs*. 2021;42(5):1222-1229.
- 34 Moura RF, César CL, Goldbaum M, Okamura MN, Antunes JL. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2023;28(3).

35 Cabral RW, Santos SR, Menezes KD, Albuquerque AD, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. Rev. Enferm UFPE. 2013;7(5):1424-1242.

6.3 PRODUTO 3

FATORES ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE LAZER DE IDOSOS NA PANDEMIA DA COVID-19¹***FACTORS ASSOCIATED WITH PRACTICES ACTIVITIES OF OLDER ADULTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC******FACTORES ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE OCIO DE LOS ADULTOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19*****RESUMO**

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19. **Método:** Participaram 345 indivíduos acima de 60 anos. Foram aplicados roteiros estruturados, dentre eles, a Escala de Práticas de Lazer. Utilizou-se modelo de regressão logística para controle de potenciais fatores de confusão. **Resultados:** Evidenciou-se associação das práticas de lazer com as variáveis: raça ($p=0,023$), escolaridade ($p=<0,001$), condição socioeconômica ($p=0,001$), ansiedade ($p=<0,001$), qualidade de vida física ($p=<0,001$) e qualidade de vida mental ($p=<0,001$). **Conclusão:** Conclui-se que homens idosos, com até 10 anos de estudo, com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada e baixa qualidade de vida física estão associados a menores práticas de lazer. Os achados evidenciam que as iniquidades sociais podem interferir nas atividades de lazer e consequentemente no bem-estar desta população.

Palavras-chave: Atividades de Lazer; COVID-19; Idoso; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study was to analyze the association between leisure practices, sociodemographic variables, anxiety, and quality of life in the elderly population during the COVID-19 pandemic. **Method:** 345 individuals aged 60 and above participated. Structured questionnaires were administered, including the Leisure Practices Scale. A logistic regression model was used to control for potential confounding factors. **Results:** An association of leisure practices with the variables was evidenced: race ($p=0.023$), education ($p=<0.001$), socioeconomic status ($p=0.001$), anxiety ($p=<0.001$), physical quality of life ($p=<0.001$), and mental quality of life ($p=<0.001$). **Conclusion:** It is concluded that elderly men, with up to 10 years of education, exhibiting characteristics of Generalized Anxiety Disorder and poor physical quality of life, are associated with lower engagement in leisure practices. The findings highlight that social inequalities can interfere with leisure activities and, consequently, the well-being of this population.

Keywords: Leisure Activities; COVID-19; Elderly; Aging.

1 Artigo publicado na Revista Enfermagem Atual in Derme (ISSN: 2447-2034 on-line).

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre prácticas de ocio, variables sociodemográficas, ansiedad y calidad de vida en la población anciana durante la pandemia de COVID-19. **Método:** Participaron 345 individuos de 60 años o más. Se administraron cuestionarios estructurados, incluida la Escala de Prácticas de Ocio. Se utilizó un modelo de regresión logística para controlar posibles factores de confusión. **Resultados:** Se evidenció una asociación de las prácticas de ocio con las variables: raza ($p=0,023$), educación ($p<0,001$), nivel socioeconómico ($p=0,001$), ansiedad ($p<0,001$), calidad de vida física ($p<0,001$) y calidad de vida mental ($p<0,001$). **Conclusión:** Se concluye que los hombres ancianos, con hasta 10 años de educación, que presentan características de Trastorno de Ansiedad Generalizada y una baja calidad de vida física, están asociadas con una menor participación en actividades de ocio. Estos hallazgos destacan que las desigualdades sociales pueden interferir en las prácticas de ocio y, en consecuencia, en el bienestar de esta población. **Palabras clave:** Actividades Recreativas; COVID-19; Anciano; Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

Compreende-se o envelhecimento como um fenômeno biopsicossocial que atinge o homem e sua existência na sociedade, manifestando-se em todos os domínios da vida, logo tem sido instrumento de análise em diversos estudos, em virtude de sua complexidade, que envolvem alterações nas dimensões biológica, sociológica e psicológica.¹

A pandemia da COVID-19 impactou diversas esferas de cuidado em meio a diferentes populações, inúmeras atividades do dia a dia foram privadas, e com isso grandes impactos estão sendo passíveis de constatação. Nessa premissa, atividades cotidianas de lazer foram interrompidas, na tentativa de se evitar a desenfreada propagação viral.²

Com o envelhecimento, conseqüentemente os idosos se enquadraram no grupo de maior risco para contrair a doença de forma grave e letal, logo, por recomendação governamental houve privação de atividades sociais principalmente para indivíduos que compõem essa população.^{2,3}

Embora preventivo e para se evitar aumento da taxa de mortalidade nessa população, ocorreram ainda conseqüências resultantes da limitação de se manter uma vida ativa, com práticas de atividade física e lazer, levando a uma série de danos à qualidade de vida, nas esferas física e psíquica, pelo aumento do comportamento sedentário e momentos de solidão de familiares e amigos.⁴

Nessa esfera de promover bem-estar, é sabido que o exercício físico pode ser usado no sentido de retardar e, até mesmo, atenuar o processo de declínio das funções biológicas e neurológicas que são observadas com o envelhecimento, pois promovem melhoras na capacidade respiratória, cardíaca, força muscular, na memória, na cognição e nas habilidades sociais, promovendo melhorias na qualidade de vida e aumento na longevidade.⁴

Vale ressaltar que o conjunto de práticas consideradas de lazer não se restringe apenas a atividades ativas e de movimentação corporal, mas, sim, a tudo aquilo que foge à obrigatoriedade de tarefas cotidianas e promovem bem-estar geral e mental. Dentro dessa esfera, temos os momentos de lazer por contemplação, as rodas de conversas, as atividades turísticas, e os momentos de leitura, assim como o acesso a ambientes virtuais que incentivam jogos, vídeos e conteúdos musicais.³

Sendo assim, este estudo se propôs analisar a associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional analítico com delineamento transversal, realizado em uma capital da região sudeste do Brasil, nos quatro Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTIs). Os CCTIs são equipamentos do Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos, que integram a rede de serviços previstos na Política Nacional de Assistência Social, com o objetivo de, por meio de suas atividades, oferecer espaços de convivências favorecendo o envelhecimento saudável, qualidade de vida e fortalecimento de vínculos sociais.

A amostra foi constituída por 345 idosos, frequentadores dos CCTIs. Foi realizado cálculo amostral com base no número total de idosos dos CCTIs, tendo margem de erro 0.05, estimativa de proporção de 0.5 para maximizar a amostra e acréscimo de 10% para possíveis perdas, dando uma amostra mínima de 326 idosos.

Os participantes da pesquisa receberam convite para as entrevistas durante as

atividades ofertadas, com explanação dos objetivos do estudo e esclarecimento de dúvidas. Os critérios de inclusão foram idosos de ambos os sexos, cadastrados nos CCTIs. Foram excluídos aqueles que, por motivos de saúde ou cognição, não conseguiram responder às perguntas da entrevista. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido -TCLE, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo.

A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2022, com aplicação de roteiros estruturados, tendo como variáveis: sexo; idade/faixa etária; estado civil; escolaridade; ocupação; raça/cor autorreferida (sendo que a categoria “não branca” agrega raça/cor preta, parda, indígena e amarela); condição socioeconômica (CSE) de acordo com o critério Brasil – ABEP (2022); ansiedade, que foi analisada por meio do Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG), uma escala traduzida por Martiny *et al.* (2011) e validada no Brasil,⁵ efetiva em distinguir indivíduos sem e com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), categorizada em “sem TAG” e “com TAG”; e qualidade de vida (QV) analisada por meio do 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36),⁶ apresentando as dimensões Physical Component Summary (PCS) e Mental Component Summary (MCS) da qualidade de vida, que foram dicotomizadas abaixo da média e acima da média.

Para análise de lazer dos indivíduos utilizou-se a Escala de Práticas de Lazer (EPL), instrumento que apresenta índices de validade de conteúdo (clareza e linguagem = 0,883; pertinência prática = 0,879), reprodutibilidade ($p > 0,005$) e consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,72) adequados. Trata-se de uma escala do tipo Likert, com 11 opções de respostas, variando de 0 (zero) a 10 (dez), com o zero representando atividades que a pessoa nunca realiza e o dez representando as atividades que a pessoa sempre realiza.⁷

As atividades de lazer avaliadas são divididas em 8 tipos, a saber: atividades artísticas (como ir ao cinema, teatro, shows musicais e participar de grupos de coral, entre outros); atividades manuais (como jardinagem, cozinhar, fazer artesanato e marcenaria, entre outros); atividades físicas/esportivas (como ir à academia, jogar bola e caminhadas, entre outros); atividades intelectuais (como participar de cursos, ler, ouvir ou compor músicas, entre outros); atividades sociais (como ir à igreja, sair com

amigos, ir às festas e visitar familiares, entre outros); atividades turísticas (como viajar, participar de excursões e realizar passeios, entre outros); atividades virtuais (como navegar na internet, usar redes sociais e jogar videogame); e atividades de contemplação ou ócio (como apreciar a natureza, o pôr do sol e meditar, entre outros).⁷ As pontuações variam de 0 a 80 e classificou-se como “mais lazer” aqueles que obtiveram pontuações acima da mediana.

A associação entre práticas de lazer e as variáveis sociodemográficas foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, e as variáveis ansiedade e QV (PCS e MCS) por meio do Teste Exato de Fisher. O teste de Kolmogorov e Smirnov verificou a normalidade dos dados. Para verificar a força de associação foi calculado o *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se modelo de regressão logística para controle de potenciais fatores de confusão. O nível de significância adotado foi de 5% em todas as análises. As análises estatísticas foram realizadas no IBM SPSS Statistics version 24.

RESULTADOS

A pesquisa apresentou amostra final composta de 345 idosos com questionários válidos, superando o cálculo amostral que previa amostra mínima de 326 idosos, frequentadores dos quatro CCTIs.

O perfil demográfico da população estudada registra expressivamente participação feminina (91,3%), faixa etária entre 70 – 79 anos (48,4%), estado civil casado (33,9%), raça branca (48,4%), ensino médio completo/superior incompleto, (31,5%), aposentado/pensionista (87,8%), renda de até 1.212,00 reais (salário mínimo vigente à época) (22,2 %), pertencentes à CSE D-E (33,3%), residentes em apartamento (69,8 %), morando sozinhos (32,5%), com acesso ao computador (52,5 %), e acesso à internet em mais de um local (54,8%), conhecimento básico em informática (51,9%) e tendo como o principal meio de informação a televisão (80,3%).

A Tabela 1 apresenta a associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida dos idosos atendidos nos Centros

de Convivência. As variáveis que mostraram associação com as práticas de lazer foram: raça ($p = 0,023$), escolaridade ($p \leq 0,001$), CSE ($p = 0,001$), ansiedade ($p \leq 0,001$), QV física ($p \leq 0,001$) e QV mental ($p \leq 0,001$).

Tabela 1 | Associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida dos idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022.

Variáveis	Práticas de Lazer				p	ODD	
	Menos Lazer		Mais Lazer			Intervalo Confiança	
	nº	%	nº	%		LI	LS
Sexo							
Masculino	19	63,3	11	36,7	0,093	1,806	
Feminino	154	48,9	161	51,1		0,832	3,919
Faixa etária							
Até 69 anos	56	47,1	63	52,9	0,236	1,208	
70 anos ou mais	117	51,8	109	48,2		0,774	1,884
Status conjugal							
Sem companheiro	116	52,7	104	47,3	0,123	1,331	
Com companheiro	57	45,6	68	54,4		0,857	2,067
Raça							
Branco	74	44,3	93	55,7	0,023	1,575	
Não branco	99	55,6	79	44,4		1,030	2,409
Escolaridade							
Até 10 anos estudo	85	65,9	44	34,1	<0,001	2,810	
Acima 10 anos estudo	88	40,7	128	59,3		1,784	4,425
CSE							
AB	23	32,4	48	67,6	0,001	2,525	
CDE	150	54,7	124	45,3		1,455	4,380
Ansiedade							
Sem TAG	125	44,0	159	56,0	<0,001	4,697	
Com TAG	48	78,7	13	21,3		2,437	9,051
Qualidade vida - PCS							
Abaixo da média	41	83,7	8	16,3	<0,001	6,367	
Acima da média	132	44,6	164	55,4		2,886	14,050
Qualidade vida - MCS							
Abaixo da média	37	82,2	8	17,8	<0,001	5,577	
Acima da média	136	45,3	164	54,7		2,513	12,379

*CSE: Condição Socioeconômica; *TAG: Transtorno de ansiedade generalizada; *PCS: Physical Component Summary *MCS: Mental Component Summary.

Dessa forma, idosos da raça “não branca”, com até 10 anos de estudo, pertencentes à CSE C/D-E, com características de TAG e QV (física e mental) abaixo da média estão associados a menores práticas de lazer.

Na tabela 2, o pseudo-R² que é a porcentagem de variação na variável de desfecho que é explicada pelo modelo foi de 22,0%. Existe pelo menos uma variável independente com valor preditivo sobre o desfecho pelo teste de Omnibus ($p < 0,001$) e o teste de Hosmer e Lemeshow não rejeitou a hipótese ($p = 0,791$) de que os valores previstos pelo modelo não diferem dos observados, ou seja, há um bom ajuste.

Um idoso do sexo feminino tem 2,8 vezes mais chances de ter mais prática de lazer em comparação a um idoso do sexo masculino. Já quem tem acima de 10 anos de estudo tem essas chances aumentadas em comparação a quem tem até 10 anos de estudo em 2,3 vezes. O idoso da CSE AB tem essas chances aumentadas em 2,0 vezes em relação a quem é da CSE CD-E. Idoso sem características de TAG tem 5,0 vezes mais chances de ter mais lazer do que o idoso com características de TAG. E aquele com qualidade de vida física (PCS) acima da média tem essas chances aumentadas em 2,6 vezes em relação ao que tem qualidade de vida física (PCS) abaixo da média (Tabela 2).

Tabela 2 | Resultado regressão logística das práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022 (Análise Multivariada).

Variável dependente - Práticas de lazer (Mais lazer)		Valor p*	OR	IC de 95% para OR Limite inferior Limite superior	
Sexo	Masculino	-	1	-	-
	Feminino	0,016	2,808	1,209	6,524
Escolaridade	Até 10 anos estudo	-	1	-	-
	Acima 10 anos estudo	0,001	2,327	1,409	3,844
Condição socioeconômica	AB	0,031	1,977	1,066	3,670
	CDE	-	1	-	-
Ansiedade	Sem TAG	< 0,001	4,989	2,496	9,973
	Com TAG	-	1	-	-
Qualidade de vida - PCS	Abaixo da média	-	1	-	-
	Acima da média	0,009	2,620	1,267	5,416

Teste de Omnibus = χ^2 (62,27); p < 0,001

Teste de Hosmer-Lemshow = χ^2 (2,40); p = 0,791

Pseudo-R² = 22,0%

(*) Regressão logística múltipla com método *forward*; OR - *Odds Ratio*; (1) categoria de referência; significativo se p ≤ 0,050

Variáveis inseridas no modelo: Sexo, faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, condição socioeconômica, ansiedade, qualidade de vida PCS, qualidade de vida MCS

PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*

A tabela 3 apresenta a associação entre os domínios da EPL e a variável sexo dos idosos. As mulheres realizaram mais atividades manuais (p < 0,001) e nos demais domínios, não foram identificadas diferenças significativas entre os sexos.

Tabela 3 | Relação entre os domínios das práticas de lazer e a variável sexo de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022.

Domínios	Masculino		Feminino		Valor p*
	Mediana	Ranking	Mediana	Ranking	
Artísticos	5	170,97	5	173,19	0,905
Manuais	4	113,27	9	178,69	< 0,001
Físicos/Esportivos	9	158,62	9	174,37	0,393
Intelectuais	9	195,65	8	170,84	0,183
Sociais	9	170,22	9	173,27	0,866
Turísticas	8	169,18	8	173,36	0,822
Virtuais	5	162,92	5	173,96	0,556
Contemplação/Ócio	9	175,07	8	172,80	0,903

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se p ≤ 0,050

No que tange à associação entre os domínios da EPL e grau de escolaridade (Tabela 4), todos os domínios foram significativos entre as escolaridades, com exceção dos “manuais e sociais”, portanto, para estes, os escores medianos da prática de lazer foram considerados similares. Já os demais domínios “artísticos, físicos/esportivos, intelectuais, turísticas, virtuais e contemplação/ócio”, todos os escores medianos foram maiores para a escolaridade de mais de 10 anos de estudo em comparação a quem tem até 10 anos de estudo.

Tabela 4 | Relação entre os domínios das práticas de lazer e grau de escolaridade etária de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022.

Domínios	Até 10 anos estudo		Mais 10 anos estudo		Valor p*
	Mediana	Ranking	Mediana	Ranking	
Artísticos	3	154,14	5	184,26	0,006
Manuais	8	176,42	8	170,96	0,611
Físicos/Esportivos	7	148,29	9	187,76	< 0,001
Intelectuais	6	142,51	8	191,21	< 0,001
Sociais	9	163,54	9	178,65	0,150
Turísticas	6	141,43	9	191,85	< 0,001
Virtuais	2	127,77	7	200,01	< 0,001
Contemplação/Ócio	8	156,57	9	182,81	0,015

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

A associação entre os domínios da EPL e a CSE evidencia que todos os domínios foram significativos, com exceção dos “sociais”, logo o escore mediano da prática de lazer foi similar entre as condições. Já os domínios “artísticos, físico/esportivos, intelectuais, turísticas, virtuais e contemplação/ócio”, todos os escores medianos foram maiores para a CSE AB em comparação a CSE CD-E, mas o domínio “manuais” ocorreu o contrário, ou seja, a prática de lazer desse domínio foi maior em escore mediano para a CSE CD-E (Tabela 5).

Tabela 5 | Relação entre os domínios das práticas de lazer e condição

socioeconômica de idosos atendidos nos Centros de Convivência de uma capital da região sudeste do Brasil, 2022.

Domínios	AB		CDE		Valor p*
	Mediana	Ranking	Mediana	Ranking	
Artísticos	6	193,42	5	167,71	0,048
Manuais	7	143,87	9	180,55	0,004
Físicos/Esportivos	9	197,65	8	166,61	0,016
Intelectuais	9	203,28	8	165,15	0,003
Sociais	10	187,98	9	169,12	0,133
Turísticas	10	213,48	8	162,51	< 0,001
Virtuais	7	201,31	5	165,66	0,006
Contemplação/Ócio	9	196,70	8	166,86	0,021

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

DISCUSSÃO

O lazer é definido como um conjunto de práticas nas quais ocorre o envolvimento de forma espontânea e desinteressada após afazeres sociais. O entendimento sob o enfoque da psicologia e do comportamento, o lazer é caracterizado como uma necessidade humana e cultural, compreendendo tempos disponíveis.^{1,7,8}

As razões que movem um indivíduo a praticar regularmente atividades de lazer são fortemente delineadas com base nas atitudes e valores pessoais, significativamente afetadas pela presença do coronavírus, no contexto das restrições de atividades cotidianas.^{1,2,7}

A coleta de dados do presente estudo ocorreu em um período pandêmico e com uma população de risco para a COVID-19, as mudanças provenientes do isolamento social podem ter afetado diretamente a adesão às atividades ofertadas nos CCTIs, pois em março de 2018 a população de frequentadores dos quatro centros de convivência do município compreendia 2.416 idosos, enquanto em maio de 2022 perfazia o total de 1.284 pessoas.⁹

Fatores como o medo de contrair a COVID-19, as possíveis sequelas da doença como problemas respiratórios graves, fadiga, depressão (devido ao medo de morrer) e até mesmo óbitos, também podem ter contribuído com a diminuição acentuada de idosos nas atividades de lazer dos locais do estudo.

É perceptível no estudo uma associação positiva entre práticas reduzidas de lazer em meio à indivíduos com CSE menos favorecidas, baixa escolaridade, características de TAG e qualidade de vida física abaixo da média, durante a pandemia da COVID-19. São dados relevantes e preocupantes, uma vez que a atividade física tem sido apontada como recurso indispensável para reduzir a degeneração provocada pelo envelhecimento, bem como possibilitar ao idoso manter uma qualidade de vida ativa.

1,7,10

Boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e estão relacionadas a altos níveis de integração social e de autoestima. Logo, evidencia-se a importância da atividade física regular para a população idosa, pois ela é fator crucial na determinação das condições que promovem o aumento de sua capacidade geral de adaptação em todas as suas esferas. Em adição a isso, contribui no combate aos efeitos de condições sociais e pessoais que tendem a gerar mudanças no senso de controle, na atividade e no envolvimento, como a aposentadoria, o desemprego e a diminuição da capacidade física ativa, sendo de extrema importância para os idosos no momento de enfrentamento à pandemia da COVID-19.^{7,10,11}

Além disso, obteve-se ainda, evidência nesse estudo de que idosos pertencentes às CSE menos favorecidas, realizaram mais atividades manuais, ao passo que pertencentes às CSE mais favorecidas eram praticantes mais assíduos de atividades físicas, intelectuais, turísticas, de contemplação e apreciação. Os estudos estabelecendo relações entre a CSE e a adoção de práticas de atividades no lazer ainda são escassos na literatura, prevalecendo a premissa de que as variações no poder aquisitivo modulam o maior ou menor engajamento de hábitos de lazer.^{2,7,11}

Em relação às práticas manuais, este estudo encontrou uma prevalência mais acentuada no sexo feminino, o que se mostra em consonância com os dados disponíveis na literatura, onde há evidências que apontam que as mulheres têm um

maior envolvimento com atividades manuais e sociais no tempo disponível. Acredita-se na justificativa de que ainda se perpetue a manutenção da construção social de que as atividades manuais, como artesanato, tricô e crochê, entre outras, são culturalmente mais designadas às mulheres, o que pode refletir no baixo envolvimento dos homens com esse tipo de modalidade de lazer.^{7,11}

No que tange o grau de escolaridade, os resultados encontrados demonstram que idosos com mais de 10 anos de estudo possuem maior inclinação à prática de atividades artísticas, físicas/esportivas, intelectuais, turísticas, virtuais e de contemplação/ócio. Essa relação pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com grau de escolaridade menor, geralmente, têm oportunidades mais escassas de emprego com boas condições de trabalho e, conseqüentemente, menor poder aquisitivo, e que incide diretamente sobre o estado motivacional do idoso em relação à adesão às práticas.^{3,7,11}

Ao analisar as características de ansiedade associadas às práticas de lazer, nota-se nesta pesquisa que idosos que não lidam com limitações impostas por episódios de ansiedade são praticantes mais assíduos de lazer em suas variadas modalidades, assim como aqueles que possuem uma rotina diária com mais qualidade de vida. Estudos demonstram que a importância desses fatores se expressam na ênfase, atualmente dada, para a ação potencialmente benéfica dos exercícios físicos, para a moderação da ingestão de bebidas alcoólicas, para a cessação do hábito de fumar, para a observância de dieta adequada, entre outras medidas, o que contribui inquestionavelmente para o aprimoramento da qualidade de vida e envelhecimento com mais saúde e felicidade. Esses indicadores contribuem para redução do potencial de desenvolvimento de doenças e de incapacidades funcionais, promovem melhora do funcionamento mental e físico, e estimulam um envolvimento mais engajado e ativo com a vida.^{2,10,11}

O equilíbrio e a força muscular, além da mobilidade, são fatores importantes para a vida independente e envelhecimento, prezando a qualidade, saúde geral, a manutenção das funções motoras finas e a prevenção de eventos de quedas na população de idosos, fatores esses que em meio às práticas de lazer podem ser gradativamente atingidos. Altos níveis de estresse, associados à solidão, como a ausência de amigos ou familiares, podem reduzir a resistência do organismo às

doenças, diminuindo a expectativa de vida dessa população.^{3,7,10}

As práticas de lazer englobam todas as atividades que se referem também ao imaginário, ou seja, as imagens, emoções e os sentimentos relacionados ao estético e à busca da beleza e do encantamento, como ao que é atingido nas atividades de apreciação de paisagens, telas e músicas. Diante de tais evidências, é preciso se atentar ao entendimento sobre o processo biológico de envelhecimento, e compreender os fatores que incidem diretamente sobre ele.^{3,10,2}

O desenho transversal é considerado limitação do estudo, pois não possibilita a inferência de relações causais. Os frequentadores dos CCTIs apresentam características peculiares, não permitindo inferir resultados para a população idosa de todo o município, para tal faz-se necessária pesquisa com delineamento de amostra de base populacional. Todavia, trata-se de pesquisa de extrema relevância, realizada presencialmente com quantitativo significativo de idosos, em tempos de pandemia da COVID-19.

CONCLUSÕES

Conclui-se que idosos do sexo masculino, que possuem até 10 anos de estudo, pertencentes às CSE C/D-E, com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada e qualidade de vida física abaixo da média estão associados à menores práticas de lazer. As atividades físicas ou esportivas, intelectuais, turísticas, virtuais e contemplação ou ócio estão associadas aos idosos com mais de 10 anos de estudo e pertencentes às CSE AB, evidenciando que as iniquidades sociais existentes interferem diretamente nas práticas de lazer e conseqüentemente no bem-estar dessa população.

O estudo identificou que os idosos desfavorecidos foram os mais afetados, demonstrando a necessidade de estratégias e ações específicas para esses indivíduos. Sendo assim, a criação e disseminação de políticas públicas de saúde que facilitem e ampliem o acesso à essas práticas tornam-se de fundamental importância para oportunizar às pessoas com idade mais avançada um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

- 1 . Andrade RD, Schwartz GM, Felden ÉPG. Variáveis Socioeconômicas e o Envolvimento no Lazer: Análise com a Escala de Práticas no Lazer (EPL). LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer. 2018;21(1):292-312. DOI: 10.35699/2447-6218.2018.10813
- 2 . Silva PSC, Boing AFF. Fatores associados à prática de atividade física no lazer: análise dos brasileiros com doenças crônicas. Cien Saude Colet. 2021;26(11):5727-5738. DOI: 10.1590/1413-812320212611.08672020
- 3 . Ribeiro OCF, Santana GJ, Tengan EYM, Silva LWM, Nicolas EA. Os Impactos da Pandemia da Covid-19 no Lazer de Adultos e Idosos. LICERE - Revista do Programa de Pós- graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer. 2020;23(3):391-428. DOI: 10.35699/2447-6218.2020.25947
- 4 . Day P, Gould J, Halzeby G. A public health approach to social isolation in the elderly. Journal of Community Nursing. 2020;34(3):54-59. DOI: 10.15640/jcn.v34n3a11
- 5 . Massena PN, Araújo NB, Pachana N, Lacks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. International Psycho Geriatrics. 2015;27(7):1113-1119. DOI: 10.1017/S1041610214002285
- 6 . Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF36). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;(6):473-483. DOI: 10.1097/00005650-199206000-00002
- 7 . Andrade RD, Schwartz GM, Tavares GH, Pelegrini A, Teixeira CS, Felden ÉPG. Validade de construto e consistência interna da Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos. Cien Saude Colet. 2018;23(2):519-528. DOI: 10.1590/1413-81232018232.00652017
- 8 . Kuykendall L, Tay L, Ng V. Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. Psychological bulletin. 2015;141(2):364-403. DOI: 10.1037/bul0000007
- 9 . Aguiar AD, Oliveira ERA, Miotto MHMB. Tooth loss, sociodemographic conditions and oral health-related quality of life in the elderly. Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada. 2022;22:e200189-e200189. DOI: 10.1590/pboci.2022.01
- 10 Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7 ed. Florianópolis: do Autor; 2017.
11. Maugeri G, Castrogiovanni, P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, Rosa MD, Musumeci G. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. Heliyon. 2020;6(6):e04315. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e04315.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa abordou temática extremamente relevante, pois o envelhecimento populacional é considerado um dos grandes desafios mundiais, tendo em vista a rápida transição demográfica. A busca da pesquisadora foi compreender melhor a ocorrência desse processo em tempos de pandemia da COVID-19, por meio de avaliação da ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer, bem como os fatores associados, utilizando a percepção dos idosos sobre o tema e todo o contexto envolvido.

Vale ressaltar que estudar idosos, grupo de risco para a COVID-19, em pleno período pandêmico, em espaços coletivos, foi extremamente desafiador e ao mesmo tempo gratificante. O número de idosos frequentadores dos CCTIs diminuiu significativamente durante a pandemia, fazendo com que a coleta de dados se estendesse de junho a dezembro de 2022. Contudo, todos os entraves do percurso não ofuscaram o brilho de cada entrevista que foi concedida. Ouvir histórias de vida, fato inerente aos encontros com os idosos, eram motivos de alegria e injeções de ânimo para continuar e jamais desistir da árdua caminhada.

No que tange à **ansiedade**, o estudo identificou que idosos sem companheiro, que praticam menos lazer e que apresentam componente mental da qualidade de vida abaixo da média são os mais acometidos pelas características de TAG. No que diz respeito à **qualidade de vida**, observou-se que idosos da raça/cor “branca”, sem características de TAG e que praticam mais lazer estão associados à melhor qualidade de vida. Quanto às **práticas de lazer**, os idosos do sexo masculino, que possuem até 10 anos de estudo, com características de TAG, com componente físico da qualidade de vida abaixo da média e pertencentes às CSE C/D-E estão associados à menores práticas de lazer.

Dessa forma, evidencia-se que os idosos mais desfavorecidos foram os mais afetados, ressaltando que as iniquidades sociais existentes interferem na saúde mental, na qualidade de vida e no bem-estar dessa população. Diante do exposto, torna-se clara a necessidade do envolvimento da família, da sociedade e do Estado, além do planejamento e execução de políticas públicas voltadas para a integralidade da atenção ao idoso com o intuito de promover condições para o envelhecimento saudável, proporcionando a essa população o desenvolvimento do seu potencial com dignidade em ambiente favorável.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica do Brasil/2022**. Disponível em: <<https://www.abep.org/>>. Acesso em 17 fev. 2022.

ACTIVE LIVING RESEARCH. **Parks, playgrounds and active living**. San Diego: Robert Wood Johnson Foundation, 2010.

AGRA DO Ó, A. Norbert Elias e uma narrativa acerca do envelhecimento e da morte. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 2, abr. 2008, p. 389-400.

AGUIAR, A.D.; OLIVEIRA, E.R.A.; MIOTTO, M.H.M.B. Tooth loss, sociodemographic conditions and oral health-related quality of life in the elderly. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**. v. 22, 2022, e200189-e200189.

AKGOR, U. et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 304, n. 1, 2021, p. 125-130.

ALBARRACIN, D.; HART, W. Positive mood + action = negative mood + inaction: effects if general action and inaction concepts on decisions and performance as a function of affect. **Emotion**, v. 11, n. 1, p. 951-957, 2011.

ALCÂNTARA, A. D.; GIACOMIN, K. C. Fundo Nacional do Idoso: um instrumento de fortalecimento dos Conselhos e de garantia de direitos da pessoa idosa. **Rev Kairós Gerontol**, v. 16, n. 1, p. 143-166, 2013.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the aribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2002.

AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION. **About dance and movement therapy**. American Dance Therapy Association, 2013.

APA. American Psychiatric Association. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, R.D.; SCHWARTZ, G.M.; FELDEN, É.P.G. et al. Validade de construto e consistência interna da Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 23, n. 2, 2018, p. 519-528. DOI: 10.1590/1413-81232018232.00652017

ANDRADE, R.D.; SCHWARTZ, G.M.; FELDEN, É.P.G. et al. Variáveis Socioeconômicas e o Envolvimento no Lazer: Análise com a Escala de Práticas no Lazer (EPL). **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**. Vol. 21, n. 1, 2018, p. 292-312. DOI: 10.35699/2447-6218.2018.10813

ARANGO, C. M. et al. Association between perceived environment and physical activity among adults in Latin America: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 10, n. 1, 2013, p. 1-9.

ARMITAGE, L.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **Lancet Public Health**., v. 5, n. 5, 2020.

AYDOGDU, A. L. Novo coronavírus e os riscos do isolamento social para os idosos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 5, n. 2, 2019, p. 1-13.

AYITTEY, F. K. et al. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. **J Med Virol**., v. 92, n. 5, 2020, p. 473-475.

BANERJEE, D. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. **Geriatric Psychiatric**, v. 35, n. 1, 2020, p. 1466-1467.

BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **Lancet**, v. 22, n. 10224, 2020, p. 37-38.

BARBOSA, I. et al. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, 2020.

BARROS, A. B. et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, 2009, p. 27-37.

BARROS, M. B. Auto-avaliação de saúde. In: CESAR, C. L. et al. **Saúde e condição de vida em São Paulo**. Inquérito multicêntrico de saúde em São Paulo ISA/SP. São Paulo, 2005, p. 153-162.

BARROS, M. B. et al. Relato de Tristeza/Depressão, Nervosismo/Ansiedade e Problemas de Sono Na População Adulta Brasileira Durante a Pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

BARUTH, M. et al. Emotional outlook on life predicts increases in physical activity among initially inactive men. **Health Educ Behav**., v. 38, n. 1, 2011, p. 150-158.

BAUERLE, A. et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. **J Public Health (Oxf)**., v. 42, n. 4, 2020, p. 672-678.

BAUMANN, A. E. et al. Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? **Lancet**, v. 380, n. 9838, 2012, p. 258-271.

BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, n. 10033, 2016, p. 2145-2154.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 10 fev. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/tce/a/gDT5RNCrkcBNM5xbd6J65Tf/?lang=pt>>. Acesso em: 16 out. 2023.

BELZA, B. et al. Older adult perspective on physical activity and exercise: voices from multiple cultures. **Previous Chronic Illness**, v. 1, n. 4, 2004, p. 1-12.

BLANK, N.; DIDERICHSEN, F. The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. **J Epidemiol Community Health**, v. 50, 1996, p. 156-161.

BLAZER, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. **Journal of Gerontology Medical Sciences**, v. 58, n. 3, 2003, p. 249-265.

BOCCHI, A.; ADAMI, F.S. Relação da qualidade de vida com o estado nutricional e faixa etária de idosos. **RBCEH**. Vol. 14, n. 1, 2018, p. 44-5.

BORG, V.; KRISTENSEN, T. S. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? **Soc Sci Med**, v. 51, 2000, p. 1019-1030.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal. Centro Gráfico, 292p, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o conselho do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 94 de jan. 1994. Seção 1, 1994, p. 77.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil, 2003.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**. 13 dez, 1999; Seção 1:22-4, 2006.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 4 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. COE-COVID-19. Brasília, 2021.

BRITO, M. C. et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, 2013, p. 161-178.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 385, n. 1, 2020, p. 912-920.

BROSSCHOT, J. F. et al. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 60, n. 2, 2006, p. 113-124.

BROWNE, R. A. et al. Initial impact of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in hypertensive older adults: An accelerometer-based analysis. **Exp Gerontol.**, v. 142, 2020, p. 111-121.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, 2000, p. 163-177.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.12, p. 4723-4735.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

CABRAL, R.W.; SANTOS, S.R.; MENEZES, K.D.; ALBUQUERQUE, A.D.; MEDEIROS, A.L. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. **Rev. Enferm UFPE**. Vol. 7, n. 5, 2013, p. 1424-1242.

CALLOW, D. D. et al. The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic. **Am J Geriatr Psychiatry.**, v. 28, n. 10, 2020, p. 1046-1057.

CAMÕES, M. et al. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sócio comportamentais. **Motricidade**, v. 12, n. 1, 2016, p. 96-105.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para a tomada de decisão em saúde. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 19, n. 2, 2006.

CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 104, 2018, p. 636–643.

CAO, W. et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. **Psychiatry Res.**, v. 287, 2020, n. 112934.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioter. Pesqui.**, v. 16, n. 3, 2009, p. 263-268.

CEPELLOS, V. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**. Vol. 61, n. 1, 2021.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial**. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997, p. 7-48.

CHAUDHURY, R. et al. Frailty and chronic kidney disease: A systematic review. **Arch Gerontol Geriatr.**, v. 68, 2017, p. 135-142.

CHIARELLI, T. M.; BATISTONI, S. S. Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 25, n. 1, 2022.

CHO, D.; POST, J.; KI, S. K. Comparison of passive and active leisure activities and life satisfaction with aging. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 18, n. 1, 2018, p. 380–36.

CHONG, T. W. et al. Preferences and perspectives of physical activity programs for elderly people with and without cognitive impairment. **Asia Pac Psychiatry.**, v. 6, n. 2, 2012, p. 179-190.

CICONELLI, R. M. **Tradução para língua portuguesa e validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (BRASIL, SF36)**. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, vol. 39, n. 3, 1999, p. 143-150.

CLIFT, S. et al. A controlled evaluation of the health benefits of a participative community singing programme for older people (Silver Song Clubs). **Sidney De Haan Research Centre for Arts and Health, Canterbury Christ Church University**, Folkestone, Kent, UK, 2012.

COHEN, S.; HERBERT, T.B. Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 7, n. 1, 1996, p. 113–142.

COLLINS, A. L.; GOLDMAN, N.; RODRIGUEZ, G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? **J Gerontol B Psychol Soc Sci.**, v. 63, n. 1, 2008, p. 321-327.

COSTA, C. et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, 2019.

COSTA, T. B.; NERI, A. L. Fatores associados às atividades física e social em amostra 95 de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Rev Bras de Epidemiol**, v. 22, 2019, e190022.

COYNE, L. et al. First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19. **Discussion and Review Paper**, 2020, p. 1-7.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2018, p. 973–989.

DACHS, J. N. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 7, n. 4, 2002, p. 641-657.

DACHS, J. N.; SANTOS, A. P. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, 2006, p. 887-894.

DAVEY, R. C.; COCHRANE, T. Association of physical inactivity with circulatory disease events and hospital treatment costs. **Clin Epidemiol.**, v. 5, n. 1, 2013, p. 111–118.

DAY, P.; GOULD, J.; HAZELBY, G. A public health approach to social isolation in the elderly. **Journal of Community Nursing**, v. 34, n. 3, 2020. DOI: 10.15640/jcn.v34n3a11

DELAM M.R.; BAZRAFSHAN H. Uma pesquisa sobre ansiedade e depressão entre idosos encaminhados ao centro de saúde de Larestan em 2019. **J. Health Sci. Vigilância. Sist.**; 8, p.34–39, 2020.

DHAR, A. K.; BARTON, D. O. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. **Front Psychiatry**, v. 21, n. 7, 2016.

DIAS, D.S.; CARVALHO, C.S.; ARAÚJO, C.Y. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Vol. 16, n. 1, 2013, p. 127-138.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 54, n. 1, 2003, p. 403-425.

DOUGLAS, H.; GEORGIU, A.; WESTBROOK, J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. **Aust Health Rev.**, v. 41, n. 4, 2017, p. 455-462.

DUAN, L. et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, n. 1, 2020, p. 112-118.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo. Perspectiva, 2012.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FALLON, K. Exercise in the time of COVID-19. **Aust J Gen Pract.**, v. 49, n. 1, 2020, p. 1-2.

FARIA, H. T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, 2013, p. 348-354.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 37, 2020, e200074.

FAUSTINO et al. Concepções sobre promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 22, n. 1, jan-mar, 2020, p. 113-124.

FERREIRA, L.N.; PEREIRA, L.N.; DA FÉ BRÁS, M.; ILCHUK, K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. **Qual Life Res.** Vol. 30, n. 5, 2021, p. 1389-1405.

FERREIRA, P.L.; FERREIRA, L.N.; PEREIRA, L.N. Medidas sumario fisica e mental de estado de saúde para a população portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 30, n. 2, 2012, , p.163-171.

FERRIE, J. E. et al. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. **BMJ**, v. 311, 1995, p. 1264-1269.

FIATARONE, M. A.; EVANS, W. J. Exercise in the oldest old. **Top Geriatr Rehabil.**, v. 5, n. 1, 1990, p. 63-77.

FIGUEIREDO, S. L.; SARÉ, L. Usos e práticas do lazer e dos tempos livres: do consumo à procura da felicidade. **Revista Brasileira de Estudos e Lazer**, v. 1, n. 3, 2014, p. 148-64.

FONSECA, M. et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, 2010, p. 159-65.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. **Soc Sci Med.**, v. 56, n. 12, 2003, p. 2505-2514.

FRENCH, D. J. et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. **BMC Public Health**, v. 12, 2012, p. 1-12.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Recomendações para Gestores**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Promoção de saúde e qualidade de vida. Tema: Cidades Saudáveis. **Radis**, n. 19, 2000, p. 12-3.

GALVÃO, A. L. M. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2 jun. 2021.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/?lang=pt>>. Acesso em: 16 out. 2023.

GAMA, B.I.; SOARES, R.A.; SILVA, M. Perfil da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em distanciamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19. **Intercontinental Journal of Physical Education**. Vol. 2, n. 3, 2021.

GAO, S. et al. Risk factors influencing the prognosis of elderly patients infected with COVID-19: a clinical retrospective study in Wuhan, China. **Aging (Albany NY)**, v. 12, n. 13, 2020, p. 12504-12516.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, jan. 2017, p. 63–76.

GARCIA, A. L. et al. Health promotion concepts and the stress exposed in print media. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 2, 2021, p. 236–246.

GARRIDO, R. G.; GARRIDO, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **Journal of Health and Biological Sciences**, 2020.

GEIB, L. T. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2012, p. 123-133.

GOMES, G.C.; MOREIRA, R.F.; MAIA, T.O.; SANTOS, M.A.; SILVA, V.S. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 26, n. 3, 2021, p. 1035-1046.

GÓMEZ, E. A. et al. Sedentary behaviors, physical activity, and changes in depression and psychological distress symptoms in older adults. **Depress Anxiety**, 2018, p. 1–14.

GONÇALVES, A. R. **Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: Estudo em Idosos sob Resposta Social no Conselho de Coimbra**. Dissertação [mestrado]. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, 2011.

GORROCHATEGI, P. et al. Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 9, 2020, p. 993-998.

GREER, N.; FLEURIET, K. J.; CANTU, A. G. Acrylic Rx: A program evaluation of a professionally taught painting class among older Americans. **Arts & Health**, v. 4, 2013, p. 262–273.

GREGORUTTI, C. C.; ARAÚJO, R. C. T. Idosos institucionalizados e depressão: atividades expressivas e seu potencial terapêutico. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 2, 2013.

GUERRA, R. O. Modos de viver a velhice: lições do Estudo Fibra. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 25, n. 5, 2022, p. 1-2.

GUIMARÃES, A. C. et al. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idosos praticantes e não praticantes de atividade física. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 4, 2012, p. 661-670.

GUIMARÃES, L. A. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019.

GUTIERREZ, B. A.; AURICCHIO, A. M.; MEDINA, N. V. Mensuração da Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Convivência. **Rev. J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 3, 2011, p. 186- 190.

HAMM, M. E. et al. Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During the Beginnings of the Covid-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study. **Am J Geriatr Psychiatry.**, v. 28, n. 9, 2020, p. 924-932.

HAMMERSCHMIDT, K. S.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

HAO, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain, behavior, and immunity**, v. 87, n. 1, 2020, p. 100-106.

HARANDI, T. F. et al. Relationship between Social Determinants of Health and General Health Status of the Elderly in Alborz Province: Path Analysis. **Aging International**, v. 46, n. 1, 2020, p. 353–362.

HARTMANN J. S.; GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. **Ciênc. Cogn.**, v. 21, n. 1, 2016, p. 137-154.

HEIKKINEN, R. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2006.

HESSEL, A.; GEYER, M.; BRAHLER, E. Psychiatric problems in the elderly—standardization of the Symptom Checklist SCL-90-R in patients over 60 years of age. **Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie**, v. 34, n. 6, 2001, p. 498–508.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, 2020, p. 547-560.

HOLT-LUNSTAD, J. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. **Perspect Psychol Sci.**, v. 10, n. 2, 2015, p. 227-237.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

HUNT, S. M. et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **J Epidemiol Community Health**, v. 34, n. 1, 1980, p. 281-286.

HWANG, P. W.; BRAUN, K. L. The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. **Altern Ther Health Med.**, v. 21, n. 5, 2015, p. 64-70.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**, 2010. Disponível em: <<https://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 fev. 2022

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua**. 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 17 fev. 2022

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo; Pessoas de 60 anos ou mais de idade; Resultados do universo Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IOM. Institute of Medicine. **Leading health indicators for healthy people 2020: letter report**. Washington DC: The National Academies Press, 2011.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. [Relatório de Pesquisa]. Brasília, IPEA, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9323/1/Implementando%20desigualdades_reprodu%C3%A7%C3%A3o%20de%20desigualdades%20na%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

ISAAC, V. et al. Associations of the Initial COVID-19 Lockdown on Self-Reported Happiness and Worry about Developing Loneliness: A Cross-Sectional Analysis of Rural, Regional, and Urban Australian Communities. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 18, 2021.

ISLAM, M. M. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. **Frontiers in Public Health**, v. 7, 8 fev. 2019.

JAUL, E.; BARRON, J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health implications for the 85 Years Old and Over Population. **Frontiers in the Public Health**, v. 5, n. 1, 2017.

JOIA, C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, 2007, p. 131-138.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol. 13, n. 4, 2008, p. 1107-11.

KALTSATOU, A. C. et al. Functional and psychosocial effects of a traditional dance training program or formal exercise in patients with chronic heart failure: a comparative randomized controlled trial. **Clinic Rehabilitation**, v. 28, n. 2, 2014, p. 128-138.

KANG, S. K.; SHOI, A. A photovoice study on the changed daily life of Korean families after covid-19. **Korean J Fam Soc Work.**, v. 68, n. 1, 2021, p. 313–345.

KASALOVA, P. et al. Anxiety disorders and marital satisfaction. **Neuro Endocrinol Lett.**, v. 38, n. 8, 2018, p. 555-564.

KASAR, K.; KARAMAN, E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. **Geriatr Nurs.** v. 42, n. 5, 2021, p. 1222-1229.

KATTENSTROTH, J. C. et al. Balance, sensorimotor and cognitive performance in longtime experienced ballroom dancers. **J Aging Res.**, 2011.

KHORANI, H.; MOHAMMADI, F.; HOSSEINKHANI, Z.; MOTALEBI, A.S. Predictive factors of Quality of Life in older adults during the COVID-19 pandemic. **BMC Psychology**. Vol. 10, n. 176, 2022.

KIKUCHI, E. L. Auto-avaliação da Saúde. In: JACOB FILHO, W. **Avaliação global do idoso**. Manual da Liga do GAMIA. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005, p. 45-49.

KIM, E. J.; KANG, H. W. study on the changing patterns of leisure activities after covid-19. **Korea J Sport Sci.**, v. 30, n. 1, 2021, p. 97-104.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiology**, v. 55, n. 10, 2001, p. 693-700.

KUBANSK, L. D.; THUSTON, R. C. Emotional vitality and incident coronary heart disease. **Arch Gen Psychiatry**, v. 64, n. 1, 2007, p. 393-401.

KUBSZANKS, L. D. et al. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. **Psychosomc Med**, v. 63, n. 1, 2001, p. 910-916.

KUYKENDALL, L.; TAY, L.; NG, V. Leisure engagement and subjective well-being: a meta-analysis. **Psychol Bull.**, v. 141, n. 2, 2015, p. 364–403. DOI: 10.1037/bul0000007

LAGUARDIA, J. et al. Psychometric evaluation of the SF-36 (v. 2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil, **Health Qual Life Outcomes**, v. 9, n. 1, 2011, p. 61, 2008.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.

LEE, I. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of disease burden and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, 2012, p. 219-229.

LEIGH-HUNT, N. et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health**, v. 152, 2017, p. 157-171. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.07.035.

LEINONEN; R.; HEIKKINEN, E.; JYLHA, M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 35, n. 4-5, 2002, p. 79-92.

LEROUX, J. S. et al. Physical inactivity mediates the association between the perceived exercising behavior of social network members and obesity: a cross-sectional study. **PLoS One**, v. 7, n. 10, 2012, p. 1-6.

LIMA, C. K. et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Res.**, v. 287, n. 112915, 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2004, p. 827-834.

LINS, P. C. et al. **The impact of socioeconomic vulnerability on COVID-19 outcomes and social distancing in Brazil**. SciELO preprints, 2020.

LIU, G. et al. Day Care Centers for Seniors in Singapore: looking back and looking ahead. **J Am Med Dir Assoc.**, v. 16, n. 7, 2015.

LOYOLA, W. et al. Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 18, n. 2, 2018, p. 216-223.

MACHADO, M. B. et al. Prevalence of anxiety disorders and some comorbidities in elderly: a population based study. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, 2016, p. 28- 35.

MAGEURI, G. et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. **Heliyon**, v. 6, n. 1, 2020, e0431.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 1, 2013, p. 151-164.

MARQUES, E. S. et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, 2020.

MARTINY, C. et al. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 38, 2011, p. 8 -12.

MASSENA, P.N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. **International psychogeriatrics**. Vol. 27, n. 7, 2015, p. 1113-1119. DOI: 10.1017/S1041610214002285

MAUGERI, G. et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. **Heliyon**. Vol. 6, n. 6, 2020, e04315. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e04315.

MAXIMIANO-BARRETO, M.A.; ANDRADE, L.; CAMPOS, L.B.; PORTES, F.A.; GENEROSO, F.K. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**. Vol. 8, n. 2, 2019, p. 239-252.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. **Psicol Saúde Doenças**, v. 18, n. 3, 2017, p. 801-813.

MENG, H. et al. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. **Psychiatric Research**, v. 289, n. 1, 2020.

MINAYO, M. C.; HARTZ, M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINGHELLI, B. et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.

MONTERO-FERNANDEZ, N.; SERRA; REXACH, J. A. Role of exercise on sarcopenia in the elderly. **Eur J Phys Rehabil Med.**, v. 49, n. 1, 2013, p. 131-143.

MONTIEL, J.M. et al. **Envelhecimento: questões atuais**. 1º ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MORAES, E. N. et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020, p. 3455-3468.

MOURA, R.F.; CÉSAR, C.L.; GOLDBAUM, M.; OKAMURA, M.N.; ANTUNES, J.L. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 28, n. 3, 2023.

MUÑOZ-VELÁZQUEZ, J. A.; GÓMEZ-BAYA, D.; DELMAR, J. L. Estudo exploratório da relação entre felicidade e aumento do consumo de mídia durante o confinamento do COVID-19. **Fronteiras em Psicologia**, v. 21, 2021.

NAGAHASHI, A.S.; GOULART, R.M.; TORRAGA, M.O.; VALIENGO, A. Avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e prática de atividade física de idosas em programas para terceira idade. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 11, n. 38, 2013, p. 38-45.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: do Autor, 2017.

NARDI, T. C.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; PÁDUA, A. C. Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos. In: FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J.; NEUFEULD, C. B. **Terapias Cognitivas-Comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016, p. 207-230.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, 2013.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007, p. 13- 59.

NICOLICH-ZURICH, J. et al. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. **Geroscience**, v. 42, n. 2, 2020, p. 505-514.

NIEMAN, D. C.; WENTZ, L. M. Nieman DC, Wentz LM. The compelling link between physical activity and the body's defense system. **J Sport Health Sci.**, v. 8, n. 3, 2018, p. 201- 217.

NUNES, A. P.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e auto percepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 2, 2012, p. 415-428.

OLIVEIRA, D. C.; NERI, A. L.; D'ELBOUX, M. J. Variables related to the anticipated support for care in community-dwelling older adults. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016, p. 742-749.

OLIVEIRA, D. V.; ANTUNES, M. D.; OLIVEIRA, J. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul**, v. 18, n. 4, 2017.

OLIVEIRA, F. A. et al. Benefícios da Prática de Atividade Física Sistematizada no Lazer de Idosos. **Licere**, v. 18, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, K. et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, 2006, p. 351-359.

OLIVEIRA, K. S.; CLEMENTE, M. P. **Análise Institucional**. Elaborada no campo de estágio supervisionado do curso de Serviço Social. Acadêmicas do UNIVAG - Centro Universitário de Várzea Grande. Cuiabá, 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE)**. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C., 2020b. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**. Brasília: OPAS, 2020a.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional**. 2023. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>

PACHANA, N.A. et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **Int Psychogeriatr.**, v. 19, n. 1, 2007, p. 103-114.

PAGOTTO, V.; BACHION, M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 4, 2013, p. 303-310.

PAIVA, M.H.; PEGORARI, M.S.; NASCIMENTO, J.S.; SANTOS, A.S. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 11, n. 21, 2016.

PARK, K. H.; LEE, S. Y.; KIM, J. W. Leisure changes of university students by covid-19 and the relationship on leisure motivation and health belief. **Korean J Leisure Recreat Park**, v. 44, n. 1, 2020, p. 69-86.

PASCHOAL, S. M. Independência e Autonomia. In: JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L. (Ed.) **Geriatría e Gerontología Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 417-431.

PAVÃO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, 2013, p. 723-734.

PEGORARI, M. S. et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 2, 2015, p. 233-241.

PEREIRA, I. M.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, v. 24, n. 1, 2000, p. 39-44.

PICKHART, H. et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, 2001, p. 624-630.

PIMENTEL, W. R. et al. Quedas e Qualidade de Vida: Associação com aspectos emocionais em idosos comunitários. **Geriatr Gerontol**, v. 9, n. 2, 2015, p. 42-48.

PITILIN, E. B. et al. Fatores associados às atividades de lazer de idosos residentes na zona rural. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, n. 33, 2020.

PORTERO, C. F. Social support, psychological well-being, and health among the elderly. **Educ Gerontol.**, v. 33, n. 1, 2007, p. 1053-1068.

PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, M.; DEEG, D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. **Demography**, v. 38, n. 4, 2001, p. 525-536.

RAMÍREZ-ORTIZ, J. et al. **Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social**. SciELO Preprints, 2020.

RAMKUMAR, A. et al. Self-rated health, associated factors and diseases: community- based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. **Ann Acad Med Singapore**, v. 38, n. 7, 2009, p. 606–607.

RIBEIRO, O.C.F. et al. Os Impactos da Pandemia da Covid-19 no Lazer de Adultos e Idosos. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**. Vol. 23, n. 3, 2020, p. 391-428. DOI: 10.35699/2447-6218.2020.25947

RIBEIRO, A. P. et al. **O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia?** Associação Brasileira de Saúde Coletiva. GT Violência e Saúde, 2020.

RIBEIRO, O. C. et al. Os impactos da pandemia da COVID-19 no lazer de adultos e idosos. **Licere**, v. 23, n. 3, 2020, p. 391-428.

RIOS; GONZÁLEZ, C. M.; PALACIOS, J. M. **Symptoms of Anxiety and depression during the outbreak of COVID- 19 in Paraguay**. Preprint (Version 1), Scientific Electronic Library Online (SciELO), 2020.

ROCHA, S. V.; TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. **Revista de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá**, v. 19, n. 1, 2008, p. 101-108.

RODRIGUES, A.; SILVA, J. A. O papel das características sociodemográficas na felicidade. **Psico USF**, v. 15, 2010, p. 113-12

ROGERS, J. P. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry.**, v.7, n. 7, 2020, p. 611-627.

ROMERO, D.E.; MUZZY, J.; DAMACENA, G.N.; SOUZA, N.A.; ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 37, n. 3, 2021, p. 1-16.

ROMERO, P. E.; SILVA, D. R. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

ROSCHEL, H.; ARTIOLI, G. G.; GUALANO, B. Risk of Increased Physical Inactivity During COVID-19 Outbreak in Older People: A Call for Actions. **J Am Geriatr Soc.**, v. 68, n. 6, 2020, p. 1126-1128.

ROWE, J. W.; KAHN, R. B. Successful aging and disease prevention. **Advances in Renal Replacement Therapy**, v. 7, n. 1, 2000, p. 70-77.

SADANA, R. et al. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. Em: MURRAY, C. J. et al. **Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications**, 2002, p. 369-383.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, 2012, p. 97-116.

SALMAZO-SILVA, H.; LIMA, Ângela M. M. de. Gestão da atenção ao idoso: possibilidades e desafios no campo da Gerontologia. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 15, n. Especial 13, p. 503–514, 2013. DOI: 10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial13p503-514.

SANTINI, Z. I. et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, 2020, p. 62-70.

SANTOS, A. Lazer virtual e a pessoa idosa na pandemia da COVID-19 no contexto da atenção primária à saúde: criatividade interventiva. **J Health NPEPS**, v. 6, n. 1, 2021.4

SANTOS, P. S.; BOING, A. F. Fatores associados à prática de atividade física no lazer: análise dos brasileiros com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, 2021.

SANTOS, R. L. B.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados a qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2019, p. 1007-1020.

SCHENKER, M.; COSTA, D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2019.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020, e200063. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200063

SCHUCHMANN, A. Z. et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, 2020, p. 3556–3576.

SCOLARICK-LEMPKE, N. N. et al. Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo populacional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 4, 2018, p. 775-784.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; NASCIMENTO, E.; RIBEIRO, B. C. S.; MOREIRA, C.; OLIVEIRA, M. E. L.; SOUSA, P. C.; TEIXEIRA, T. J. Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade. **Revista de Educação Física, Artes e Saúde**, v. 6, n. 4, 2018, p. 775-784.

SEPÚLVEDA-LOYOLA, W. et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. **J Nutr Health Aging**, v. 24, n. 9, 2020, p. 938-947.

SHIM, H. R. et al. An exploratory study on changes in daily life of the elderly amid covid-19 - Focusing on technology use and restriction on participation in elderly welfare centers. **Korean J Gerontol Soc Welf.**, v. 75, n. 1, 2020, p. 207-232.

SIGERIST, H. **The University at the Crossroad**. New York: Henry Schumann, 1956.

SILVA, P.S.C.; BOING, A.F.F. Fatores associados à prática de atividade física no lazer: análise dos brasileiros com doenças crônicas. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 26, n. 11, 2021, p. 5727-5738.

SILVA, I. et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, 2020, p. 4248-4258.

SILVA, M. L. et al. Olhares acerca do lazer no contexto pandêmico da COVID-19 EM 2020. **Educação Física e Suas Interfaces: lazer, aventura e meio ambiente**. [S.l.]: Científica Digital, 2022, p. 43–61.

SILVA, M. L.; VIANA, S. A. A.; LIMA, P. T. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 3, n. 1, jan/jun 2020.

SILVA R.L.; SANTOS C.C.; PRAZERES L.R. Dança Senior: uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos idosos. **Revista Kinesis**, vol. 36, n. 2, 2018, p. 73-82.

SILVA, T. R.; MENEZES, P. R. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. **Rev. Med**, v. 86, n. 1, 2007, p. 28-38.

SMITH, G. et al. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 27, n. 1, 2017.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 4, 2008, p. 706-716.

SOUZA, J.H.A. Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19. **Pubsaúde**, 2020. Acesso em 04 set 2023.

SOUZA, J. M. et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 2014, p. 2265-2276.

STEPTOE, A et al. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. **Proceedings of the Nation Academy of Science**, v. 102, n. 18, 2005, p. 6508-6512.

SUTHERLAN, R. W.; FULTON, M. J. Health promotion. In: SUTHERLAN, R. W.; FULTON, M. J. **Health Care in Canada**, s.l.: s.e., 1992, p. 161-181.

SZWARCWALD, C. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, 2005, p. 54-64.

SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; MALTA, D. C. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. Suppl 1, 2022, e00276021. DOI: 10.1590/0102-311XPT276021.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilksinson R, editors. **Health and social organization**. Routledge, 1993, p. 71-93.

TAVARES, D. M. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na Comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 21, n. 5, 2018, p. 639-651.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoria de la salud publica. In: OPAS 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología**. OPAS, Washington, 1992, p. 37-44.

TOEPEL, V. Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? **Soc Indic Res**, n. 113, 2013, p. 355 – 372.

TUNTICHAIVANIT, C. et al. Life happiness of the elderly in Rayong Province. **J Public Health**, v. 39, n. 1, 2009, p. 34-47.

TYNDELL, A. V. et al. The brain-in-motion study: effect of a 6-month aerobic exercise intervention on cerebrovascular regulation and cognitive function in older adults. **BMC Geriatr.**, v. 13, n. 21, 2013, p. 1-10.

UCHAMANOWICZ, I.; GOBBENS, R, J. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. **Clin Interv Aging**, v. 10, n. 1, 2015, p. 1595-1600.

UNO. United Nations Organization. Second World Assembly on Ageing. **Political declaration and Madrid international plan of action on ageing**. Geneva: UNO, 2002.

UNO. United Nations Organization. **WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030)**, Geneva: UNO, 2023.

UNO. United Nations Organization. **Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development**; Department of Economic and Social Affairs: New York: UNO, 2015.

VEENHOVEM, R. Health happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive care. **J Happiness Stud**, v. 9, n. 1, 2008, p. 449-469.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, 2009, p. 548-554.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, 2011, p. 779-785.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, 2012.

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S. Saúde do idoso e execução da Política Nacional da Pessoa Idosa nas ações realizadas na Atenção Básica à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 1, 2016.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. **Centros de Convivência para a Terceira Idade**. Vitória, 2018a. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/centrosde-convivencia-para-a-terceira-idade>>. Acesso em 11 nov. 2021.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. **Plano Municipal de Saúde - 2018-2021**. Vitória, 2018b. Disponível em: <<https://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/gestao-da-saude>>. Acesso em 11 nov. 2021

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in China. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 5, 2020.

WARE, J. E. Jr.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-36 physical and mental health summary scales** - A user's manual, 5a ed. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical center, 1994.

WARE, J.E., SHERBOURNE C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, n. 6, 1992, p. 473-483. DOI: 10.1097/00005650-199206000-00002

WHO. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. **Am. J. Public Health Nations Health**, v. 36, n. 1, 1946, p. 1315–1323.

WHO. World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata**. Geneve: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2>. Acesso em 25 set. 2022

WHO. World Health Organization. **Discussion document on the concept and principles**. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Regional Office for Europe. Geneva: WHO, 1984, p. 20-23.

WHO. World Health Organization. **Carta de Ottawa** - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Geneve: World Health Organization, 1986.

WHO. World Health Organization. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**, Sundsvall, Sweden (WHO/HED/92.3). Geneva: WHO, 1991.

WHO. World Health Organization. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Geneve: World Health Organization, 1997.

WHO. World Health Organization. **Prevalence of insufficient physical activity among adults**. Data by country. Geneva: WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Geneva, WHO, 2015.

WHO. World Health Organization. **Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)**. Geneva: WHO, 2016.

WHO. World Health Organization. **Atención integrada para personas mayores: Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca**. Geneva: WHO, 2017.

WHO. World Health Organization. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: WHO, 2017.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 78**. Geneva: World Health Organization; 2020a.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Geneva: World Health Organization; 2020b.

WHO. World Health Organization. **Decade of healthy ageing**. Geneva: WHO, 2020c.

WHO. World Health Organization. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)**. Geneva: WHO, 2020d.

WHO. World Health Organization. **China Joint Mission on Coronavirus Disease - COVID-19**. Geneva: WHO, 2020e.

WHO. World Health Organization. **International Guidelines for Certification and Classification (Coding) of COVID-19 as cause of death**. Geneva: WHO, 2020f.

WHO. World Health Organization. **WHO's work on the Un Decade of Healthy Ageing (2021–2030)**. Geneva: WHO, 2023.

WICHMANN, F. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, 2013, p. 821-832.

YAMASHITA, T.; BARDO, A. R.; LIU, D. Experienced subjective well-being during physically active and passive leisure time activities among adults aged 65 years and older. **Gerontologist**, V. 59, 2019, p. 718–726.

YANG, Y. et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, 2020, e19.

YUEN, H. K. et al. Impact of participation in a theatre programme on quality of life among older adults with chronic conditions: A pilot study. **Occupational Therapy International**, v. 18, n. 1, 2011, p. 201-208.

ZANDIFAR, A.; BADRFARM, R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 1, 2020.

ZHANG, J. et al. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precision Clinical Medicine**, v. 3, n. 1, 2020, p. 3-8.

ZHANG, Y. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 7, 2020.

ZHU, W. Should, and how can, exercise be done during a coronavirus outbreak? an interview with Dr. Jeffrey A Woods. **J Sport Health Sci.**, v. 9, n. 105, 2020.

ZIS, P. et al. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. **Clinical Interventional Aging**, v. 12, n. 1, 2017, p. 709-720.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) _____ foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **Ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer em tempos de pandemia da covid-19 na população idosa dos Centros de Convivência do município de Vitória - ES**, sob a responsabilidade de *Adriana Drummond de Aguiar e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*.

Justificativa: A motivação deste estudo surgiu a partir do conhecimento do envelhecimento populacional no Brasil - o aumento da participação da população idosa no total da população - pode ser observado quando se verifica as pirâmides etárias do País. Além disso, trata-se de uma pesquisa relevante, pois as informações obtidas serão importantes para o desenvolvimento de estratégias de saúde que atendam às necessidades da população idosa, beneficiando seu bem-estar e sua saúde geral em um cenário de pandemia, que é considerada emergência na saúde pública.

Objetivo(s) da pesquisa: Avaliar ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19.

Procedimentos: Serão abordados os idosos participantes dos grupos dos Centros de Convivência que responderão aos questionários com roteiros padronizados.

Duração e local da pesquisa: Minha participação acontecerá no Centro de Convivência que frequento, participarei em um único momento respondendo um questionário. O tempo estimado é de 10 minutos.

Riscos e Desconfortos: Possível constrangimento ao responder alguma pergunta será minimizado pela garantia que se houver desconforto ou constrangimento em qualquer momento da pesquisa poderei não responder à questão ou abandonar a pesquisa. Existe o risco de quebra de sigilo das informações que será minimizado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GARANTINDO ASSIM O SIGILO DE TODAS AS INFORMAÇÕES.

Benefícios: Fui esclarecido que como benefício, terei que os resultados obtidos fornecerão subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e inúmeros programas especiais visando a seleção e o estímulo para a participação dos idosos no lazer e integração social, melhorando a qualidade de vida.

Acompanhamento e Assistência: Fui esclarecido que serei orientado a buscar tratamento na Unidade de Saúde do município de Vitória, caso seja necessário. Terei acesso aos resultados da pesquisa se requisitado.

Sobre a garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento: Eu entendo que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Estou ciente de que caso decida retirar meu consentimento, não serei mais contatado (a) pelos pesquisadores.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Fui informado que terei minha identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Garantia de Ressarcimento Financeiro: Fui informado que não terei nenhuma compensação financeira em participar da pesquisa, a coleta de dados acontecerá no ambiente do Centro de Convivência, não sendo necessário o deslocamento.

Garantia de indenização diante eventuais danos decorrentes da pesquisa: Fui informado que não receberei nenhuma indenização devido à impossibilidade de danos.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar alguma injúria ou dano, devo contatar as pesquisadoras *Maria Helena Monteiro de Barros Miotto* no telefone (27) 3335-7236 ou *Adriana Drummond de Aguiar* no telefone (27) 99835-5009, ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico, Departamento de Clínica Odontológica, Avenida Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, 29040-090 - Vitória, ES – Brasil.

Caso não consiga contato com a pesquisadora ou para relatar algum problema posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa **Ansiedade, qualidade de vida e práticas de lazer em tempos de pandemia da covid-19 na população idosa dos Centros de Convivência do município de Vitória - ES**, eu, *Adriana Drummond de Aguiar*, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466- 2012, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres

humanos.

Vitória, de _____ de 2022.

Participante da pesquisa

Adriana Drummond de Aguiar

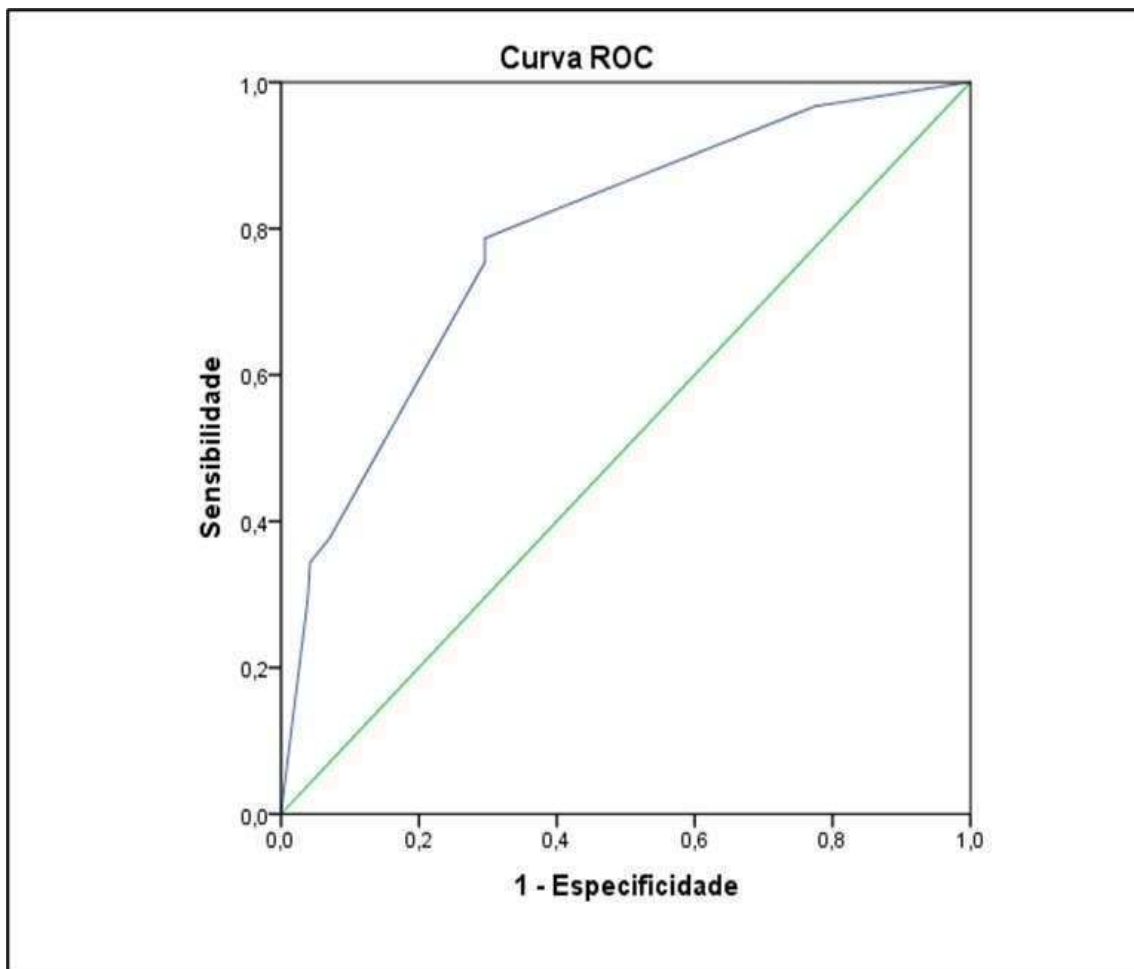
APÊNDICE B - MATERIAL SUPLEMENTAR**DESFECHO ANSIEDADE**

Gráfico 1: Curva ROC para a predição de ansiedade

REFERÊNCIA

HOSMER, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logist Regression* (2nd Edition). John Wiley & Sons, New York.

APÊNDICE C - MATERIAL SUPLEMENTAR

DESFECHO QUALIDADE DE VIDA

A maior média observada dos domínios da qualidade de vida foi para aspectos sociais (média=83,2; DP±22,8) e o de menor média foi para o domínio de estado geral de saúde (média=64,6; DP±19,0). Já o PCS obteve média de 72,1 com desvio padrão de 20,0 e o MCS obteve média de 77,8 com desvio padrão de 21,2 (tabela 1).

Tabela 1. Qualidade de Vida de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio-SF36	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	78,4	22,5
Limitação por Aspectos Físicos	75,7	36,6
Dor	69,5	24,9
Estado Geral de Saúde	64,6	19,0
Vitalidade	73,0	21,0
Aspectos Sociais	83,2	22,8
Limitação por Aspectos Emocionais	78,3	36,9
Saúde Mental	76,8	20,3

A tabela 2 mostra que na relação entre QV e variável sexo, dos oito domínios de saúde avaliados pelo SF-36, o sexo masculino apresentou QV superior ao sexo feminino em três deles (limitação por aspectos físicos, dor aspectos sociais).

Tabela 2. Relação entre qualidade de vida e variável sexo de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio-SF36	Masculino		Feminino		Valor p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	83,3	21,5	78,0	22,6	0,213
Limitação por Aspectos Físicos	89,2	27,6	74,4	37,1	0,010
Dor	82,3	21,5	68,3	24,9	0,003
Estado Geral de Saúde	67,0	12,0	64,4	19,5	0,464
Vitalidade	78,8	17,0	72,4	21,3	0,061
Aspectos Sociais	90,8	18,3	82,4	23,1	0,024
Limitação por Aspectos Emocionais	86,7	28,5	77,5	37,6	0,109
Saúde Mental	80,9	17,2	76,4	20,5	0,241

Nota: DP - Desvio Padrão.

Quanto à relação entre QV e faixa etária, não houve significância estatística em nenhum dos oito domínios do SF-36 (tabela 3).

Tabela 3. Relação entre qualidade de vida e faixa etária de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio - SF36	Até os 69 anos		70 anos ou mais		Valor p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	80,8	20,6	77,2	23,4	0,157
Limitação por Aspectos Físicos	76,7	35,8	75,1	37,1	0,705
Dor	69,8	25,4	69,3	24,7	0,862
Estado Geral de Saúde	66,0	18,8	63,9	19,1	0,336
Vitalidade	73,2	21,2	72,8	21,0	0,866

Aspectos Sociais	81,6	24,0	84,0	22,2	0,365
Limitação por Aspectos Emocionais	76,5	38,7	79,2	36,0	0,514
Saúde Mental	75,8	21,6	77,3	19,6	0,502

Nota: DP - Desvio Padrão.

Não houve significância estatística em nenhum dos oito domínios do SF-36, na relação entre QV e status conjugal (tabela 4).

Tabela 4. Relação entre qualidade de vida e status conjugal de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio-SF36	Sem companheiro		Com companheiro		Valor p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	77,9	22,4	79,4	22,8	0,549
Limitação por Aspectos Físicos	73,5	38,1	79,4	33,6	0,152
Dor	68,4	25,9	71,6	23,1	0,248
Estado Geral de Saúde	65,5	19,6	63,0	17,9	0,232
Vitalidade	71,9	21,5	74,9	20,0	0,203
Aspectos Sociais	82,3	24,2	84,6	20,2	0,375
Limitação por Aspectos Emocionais	75,8	39,1	82,7	32,4	0,079
Saúde Mental	75,3	21,2	79,3	18,4	0,071

Nota: DP - Desvio Padrão.

A tabela 5 identifica a relação entre QV e raça/cor, dos oito domínios de saúde avaliados pelo SF-36, a raça/cor “branca” apresentou QV superior a “não branca” em quatro deles (limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais).

Tabela 5. Relação entre qualidade de vida e raça/cor de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio-SF36	Branca		Não Branca		Valor p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	80,8	20,4	76,2	24,2	0,056
Limitação por Aspectos Físicos	81,6	32,1	70,1	39,6	0,003
Dor	70,8	24,2	68,3	25,5	0,344
Estado Geral de Saúde	67,7	16,1	61,7	21,0	0,003
Vitalidade	75,1	18,7	70,9	22,8	0,060
Aspectos Sociais	87,3	19,1	79,3	25,2	0,001
Limitação por Aspectos Emocionais	86,6	29,3	70,4	41,5	0,000
Saúde Mental	78,8	18,2	74,9	22,0	0,071

Nota: DP - Desvio Padrão.

Na relação entre QV e nível de escolaridade, dos oito domínios avaliados pelo SF-36, sete deles (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais) acima 10 anos de estudo apresentou QV superior à até 10 anos de estudo, evidenciando que quanto menor a escolaridade, pior é a QV (tabela 6).

Tabela 6. Relação entre qualidade de vida e nível de escolaridade de idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Domínio-SF36	Até 10 anos estudo		Acima 10 anos estudo		Valor p*.
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional	72,9	24,0	81,8	20,9	0,001
Limitação por Aspectos Físicos	69,6	38,5	79,3	35,0	0,020
Dor	65,7	26,2	71,8	23,9	0,032
Estado Geral de Saúde	61,0	19,5	66,7	18,4	0,008
Vitalidade	69,5	22,6	75,0	19,7	0,022
Aspectos Sociais	78,9	24,2	85,7	21,5	0,009
Limitação por Aspectos Emocionais	70,5	40,5	82,9	33,9	0,004
Saúde Mental	74,3	22,7	78,2	18,6	0,100

Nota: DP - Desvio Padrão.

A tabela 7 apresenta a associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer de idosos atendidos nos Centros de Convivência realizada por meio do Teste T. As variáveis que mostraram associação com a QV física foram: raça/cor ($p=0,027$); ansiedade ($p<0,001$) e práticas de lazer ($p<0,001$). Variáveis associadas com a QV mental: status conjugal ($p=0,024$); raça/cor ($p=0,001$); escolaridade ($p=0,006$); CSE ($p=0,024$); ansiedade ($p<0,001$) e práticas de lazer ($p=0,001$).

Tabela 7. Associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, ansiedade e práticas de lazer idosos atendidos nos Centros de Convivência do Município de Vitória/ES.

Variáveis	PSC > Média		Valor p*.	MSC > Média		Valor p*
	Número	%		Número	%	
Sexo						
Masculino	28	93,3	0,168	29	96,7	0,074
Feminino	268	85,1		271	86,0	
Faixa etária						
Até 69 anos	105	88,2	0,219	102	85,7	0,367
70 anos ou mais	191	84,5		198	87,6	
Status conjugal						
Sem companheiro	188	85,5	0,472	185	84,1	0,024
Com companheiro	108	86,4		115	92,0	
Raça/cor						
Branco	150	89,8	0,027	155	92,8	0,001
Não branco	146	82,0		145	81,5	
Escolaridade						
Até 10 anos estudo	106	82,2	0,092	104	80,6	0,006
Acima 10 anos estudo	190	88,0		196	90,7	
CSE						
AB	64	90,1	0,162	67	94,4	0,024
CDE	232	84,7		233	85,0	
Ansiedade						
Sem TAG	260	91,5	0,000	270	95,1	0,000
Com TAG	36	59,0		30	49,2	
Práticas de Lazer						
Menos Lazer	132	76,3	0,000	136	78,6	0,000
Mais Lazer	164	95,3		164	95,3	

Metodologia Estatística

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A relação entre qualidade de vida, variáveis demográficas, ansiedade e práticas de lazer foi realizada através do Teste T. As dimensões PCS e MCS da qualidade de vida foram dicotomizadas e feita regressão logística. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e o pacote estatístico IBM SPSS 24 – foi utilizado para esta análise.

SOARES, JF; SIQUEIRA, A.L. ***Introdução à Estatística Médica***. 1ª Ed. Belo Horizonte: Departamento de Estatística. UFMG, 1999.

APÊNDICE D - MATERIAL SUPLEMENTAR

DESFECHO LAZER

O teste de normalidade rejeitou a hipótese nula de distribuição normal, portanto, os domínios da Práticas de Lazer não são distribuídos normalmente. Logo, a técnica utilizada foi a não paramétrica (Tabela 1).

TABELA 1. TESTE DE NORMALIDADE PARA OS DOMÍNIOS DAS PRÁTICAS DE LAZER DOS IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES.

	Estatística Z	Valor p*
Artísticos	3,955	< 0,001
Manuais	4,028	< 0,001
Físicos/Esportivos	4,057	< 0,001
Intelectuais	4,053	< 0,001
Sociais	4,454	< 0,001
Turísticas	3,755	< 0,001
Virtuais	3,189	< 0,001
Contemplação/Ócio	3,760	< 0,001

(*) Teste de Kolmogorov-Smirnov; significativo se $p \leq 0,050$

A prática de lazer para quem tem até 69 anos é maior (escore mediano) no domínio “virtuais” em comparação a quem tem até 70 anos ou mais. Para os demais domínios os escores medianos foram considerados similares (Tabela 2).

TABELA 2. RELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DAS PRÁTICAS DE LAZER E FAIXA ETÁRIA DE IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES.

Domínios	Até 69 anos		70 anos ou mais		Valor p*
	Mediana	Ranking	Mediana	Ranking	

Artísticos	5	167,35	5	175,97	0,435
Manuais	9	179,00	8	169,84	0,402
Físicos/Esportivos	9	179,42	9	169,62	0,370
Intelectuais	8	176,95	8	170,92	0,585
Sociais	9	171,39	9	173,85	0,819
Turísticas	8	179,63	8	169,51	0,357
Virtuais	7	198,67	5	159,48	< 0,001
Contemplação/Ócio	8	172,89	8	173,06	0,988

(*) Teste de Mann-Whitney; significativo se $p \leq 0,050$

O *pseudo-R*² que é a percentagem de variação na variável de desfecho que é explicada pelo modelo foi de 22,0%. Existe pelo menos uma variável independente com valor preditivo sobre o desfecho pelo teste de Omnibus ($p < 0,001$) e o teste de Hosmer e Lemeshow não rejeitou a hipótese ($p = 0,791$) de que os valores previstos pelo modelo não diferem dos observados, ou seja, há um bom ajuste.

Uma pessoa do sexo feminino tem 2,8 vezes mais chances de ter mais prática de lazer em comparação a uma pessoa do sexo masculino. Já quem tem acima de 10 anos de estudo tem estas chances aumentadas em comparação a quem tem até 10 anos de estudo em 2,3 vezes. A pessoa da CSE AB tem estas chances aumentadas em 2,0 vezes em relação a quem é da CSE CDE. Uma pessoa sem características de TAG tem 5,0 vezes mais chances de ter mais lazer do que uma pessoa com características de TAG. E uma pessoa com qualidade de vida física (PCS) acima da média tem estas chances aumentadas em 2,6 vezes em relação a uma pessoa com qualidade de vida

física (PCS) abaixo da média (Tabela 3).

TABELA 3. RESULTADO REGRESSÃO LOGÍSTICA DAS PRÁTICAS DE LAZER DE IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES (ANÁLISE MULTIVARIADA)

Variável dependente - Práticas de lazer (Mais lazer)		Valor p*	OR	IC de 95% para OR	
				Limite inferior	Limite superior
Sexo	Masculino	-	1	-	-
	Feminino	0,016	2,808	1,209	6,524
Escolaridade	Até 10 anos estudo	-	1	-	-
	Acima 10 anos estudo	0,001	2,327	1,409	3,844
Condição socioeconômica	AB	0,031	1,977	1,066	3,670
	CDE	-	1	-	-
Ansiedade	Sem TAG	< 0,001	4,989	2,496	9,973
	Com TAG	-	1	-	-
Qualidade de vida - PCS	Abaixo da média	-	1	-	-
	Acima da média	0,009	2,620	1,267	5,416

Teste de Omnibus = χ^2 (62,27); p < 0,001

Teste de Hosmer-Lemshow = χ^2 (2,40); p = 0,791

*Pseudo-R*² = 22,0%

(*) Regressão logística múltipla com método *forward*; OR - *Odds Ratio*; (1) categoria de referência; significativo se p ≤ 0,050

Variáveis inseridas no modelo: Sexo, faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, classe socioeconômica, nível de ansiedade, qualidade de vida PCS, qualidade de vida MCS
 PCS - *Physical Component Summary*; MCS - *Mental Component Summary*

A área sob a curva ROC foi de 0,731 (p < 0,001) que segundo Hosmer & Lemeshow (2000) tem uma discriminação aceitável, ou seja, o modelo

consegue ter uma boa classificação (73,1%) do que fosse ao acaso (50,0%). A sensibilidade de uma pessoa ser classificada corretamente dado que ela teve prática de mais lazer foi de 80,0%, enquanto a especificidade dado que ela teve menos prática de lazer foi de 52,3% (**Gráfico 1 e Tabela 4**).

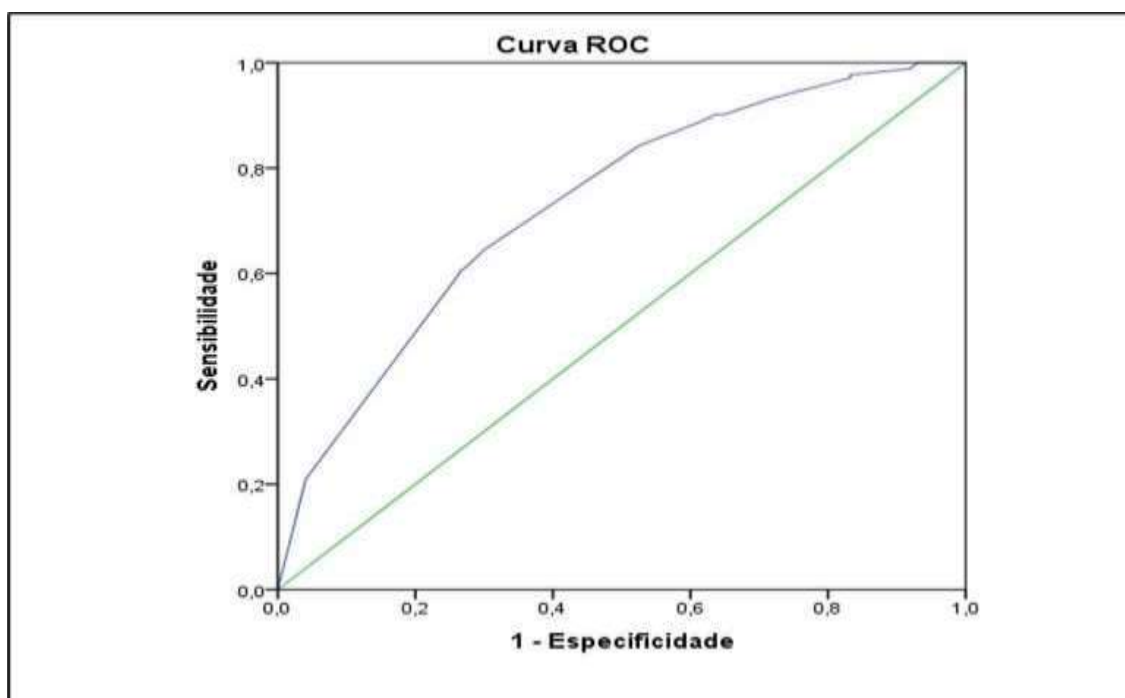


Gráfico 1: Curva ROC para a predição da prática de lazer

TABELA 4. RESULTADOS DA ANÁLISE DA CURVA ROC PARA A DISCRIMINAÇÃO E AJUSTE DO MODELO

	Área	Erro Padrão	Valor p*	IC de 95% para a Área		Sensibilidade	Especificidade
				Limite inferior	Limite superior		
Práticas de lazer	0,731	0,026	< 0,001	0,681	0,777	80,0%	52,3%

(*) Curva ROC; significativo se $p \leq 0,050$

REFERÊNCIA

HOSMER, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logist Regression* (2ndEdition). John Wiley & Sons, New York.

**ANEXO A – FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (IBGE):
ADAPTADO**

1. Entrevistador: _____
 2. Data: ____/____/____ Número do questionário: _____
 3. Hora de início: _____
 4. Sexo: () masculino () feminino.
 5. Bairro: _____
 6. Você se considera: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena
 7. Idade: _____
 8. Estado civil: () Solteiro(a) () União estável () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo (a)
 9. Emprego: () Empregado(a), trabalhando 1-39 horas por semana () Empregado(a), trabalhando 40 horas ou mais por semana () Desempregado(a) () Não estou em busca de trabalho () Aposentado(a) () Incapacitado(a) de trabalhar
 10. Você vive em: () Casa () Apartamento () Casa de repouso () Outro (a)
-
11. Mora com quantas pessoas? () Cônjuge () Filhos (as) () Neto (as) () Outro (a)
 12. Qual é o seu rendimento mensal total? _____
 13. Você tem acesso à computador? () Sim () Não
 14. E à internet? () Sim, apenas no trabalho () Sim, apenas em casa () Sim, em mais de um local () Não
 15. Qual é o seu conhecimento em informática? () Nenhum () Básico () Moderado () Avançado (Programação e sistemas complexos)
 16. Qual o seu principal meio de informação? () Jornal () Televisão () Rádio () Revista () Outras pessoas () Não tenho me mantido informado (a)

**ANEXO B - CLASSIFICAÇÃO DA CLASSE ECONÔMICA
(ABEP)**

Marque um "X" na quantidade de itens presentes em sua residência e que sejam de propriedade da família.

Quantidade					
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupa					
DVD					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Secadora de roupa					

Escolaridade de pessoa de referência	
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	
Fundamental II completo/ Médio incompleto	
Médio completo/Superior incompleto	
Superior completo	

**ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE
GERIÁTRICA (IAG)**

1. Eu me preocupo em grande parte do tempo? () SIM () NÃO
2. Eu acho difícil tomar uma decisão? () SIM () NÃO
3. Sinto-me agitado com frequência? () SIM () NÃO
4. Eu acho difícil relaxar? () SIM () NÃO
5. Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações? () SIM () NÃO
6. Pequenas coisas me aborrecem muito? () SIM () NÃO
7. Eu frequentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”? () SIM () NÃO
8. Eu penso que sou preocupado? () SIM () NÃO
9. Não posso deixar de preocupar-me, mesmo com coisas triviais? () SIM () NÃO
10. Frequentemente me sinto nervoso? () SIM () NÃO
11. Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso? () SIM () NÃO
12. Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações? () SIM () NÃO
13. Eu me vejo como uma pessoa nervosa? () SIM () NÃO
14. Eu sempre espero que o pior irá acontecer? () SIM () NÃO
15. Frequentemente me sinto tremendo por dentro? () SIM () NÃO
16. Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida? () SIM () NÃO
17. Minhas preocupações frequentemente me oprimem? () SIM () NÃO
18. Às vezes eu sinto como se tivesse um nó grande no estômago? () SIM () NÃO

19. Eu perco coisas por me preocupar demais? () SIM () NÃO

20. Frequentemente me sinto chateado? () SIM () NÃO

**ANEXO D – 36- ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36) VERSÃO
BRASILEIRA**

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO E - Pontuação do Questionário SF-36
(CICONELLI, 1997)

Questão	Pontuação
1	1 => 5,0 2=> 4,4 3=> 3,4 4=> 2,0 5=> 1,0
2	Soma normal
3	Soma normal
4	Soma normal
5	Soma normal
6	1 => 5 2=> 4 3=> 3 4=> 2 5=> 1
7	1 => 6,0 2=> 5,4 3=> 4,2 4=> 3,1 5=> 2,2 6=>1,0
8	<p>Se 8=>1 e 7=> 1 =====>>>>>> 6 Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>> 5 Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>> 4 Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>> 3 Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>> 2 Se 8=>5 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>> 1</p> <p><u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1 => 6,0 2=> 4,75 3=> 3,5 4=> 2,25 5=> 1,0</p>
9	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

ANEXO F - CÁLCULO DO RAW SCALE (0 a 100)
(CICONELLI, 1997)

	Questão	Limites	Score range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,3	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7 + 8	2,12	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos sociais	6 + 10	2,1	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5,3	25

Raw Scale:

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Capacidade funcional
= 21 Valor mais baixo
= 10 Variação = 20

Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

20

Obs. A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios

Dados Perdidos:

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média

ANEXO G - ESCALA DE PRÁTICAS DE LAZER (EPL)

Marque com um X o número mais adequado ao seu envolvimento nas práticas em seus momentos no lazer, considerando: “0” para quando você “NUNCA” realiza a atividade e “10” para quando você “SEMPRE” realiza a atividade.

<p>A) Artísticos: este conteúdo inclui atividades como: ir ao cinema, teatro, shows musicais, participar de grupos de coral, frequentar exposições de arte e centros culturais, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>B) Manuais: este conteúdo inclui atividades como: jardinagem, cozinhar, pintar, fazer artesanato e marcenaria, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>C) Físico/esportivos: este conteúdo inclui atividades como: ir à academia, jogar bola, caminhadas, corridas, ciclismo e lutas, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>D) Intelectuais: este conteúdo inclui atividades como: participar de cursos, ler, ouvir/compor músicas, ver documentários, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>E) Sociais: este conteúdo inclui atividades como: sair com os amigos, ir a festas, visitar familiares, ir à igreja, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>F) Turísticas: este conteúdo inclui atividades como: viajar, participar de excursões e passeios, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>G) Virtuais: este conteúdo inclui atividades como: navegar na internet e/ou em redes sociais, jogar vídeo game ou jogos virtuais, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>
<p>H) Contemplação/ócio: este conteúdo inclui atividades como: apreciar a natureza, o pôr-do-sol, a lua, as estrelas e belas paisagens. Desligar-se das tarefas relaxando e refletindo, dentre outras.</p>	<p>Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre</p>

ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO SEMAS/PMV



PREFEITURA DE
VITÓRIA
SEMAS

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Número	Origem	Destino	Data	Emitida por	Recebida por
001	SEMAS/GPGS/CGTS	SEMAS/GSC	17/03/2022	COMISSÃO DE PESQUISA SEMAS	

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Texto

Prezado (a) Gerente;

Apresentamos a pesquisadora de doutorado **Adriana Drummond de Aguiar**, vinculada ao Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), para realização da Pesquisa intitulada *“Ansiedade, felicidade e práticas de lazer em tempos de pandemia por COVID-19 na população idosa dos Centros de Convivência do Município de Vitória – ES”*; considerando sua relevância e pertinência para a Política de Assistência Social de Vitória.

Sendo assim, solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por essa Gerência e as Coordenações dos Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTI's)

Atenciosamente,

SILVANA
GALLINA:01715394780

Assinado digitalmente
por SILVANA
GALLINA:01715394780
Data: 2022.03.17
15:10:54 -0300

Comissão de Pesquisa da SEMAS

ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO CEP/UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, FELICIDADE E PRÁTICAS DE LAZER EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

Pesquisador: ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56471422.1.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.312.308

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que irá avaliar a ANSIEDADE, FELICIDADE E PRÁTICAS DE LAZER EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES. A coleta de dados será realizada por entrevistadores treinados para aplicação de questionários com roteiros padronizados.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável pela pesquisa os objetivos são:

Objetivo Primário:

Avaliar ansiedade, sentimento de felicidade e práticas de lazer na população idosa em tempos de pandemia por COVID-19

Objetivo Secundário:

-Estimar prevalência de ansiedade em idosos em tempos de pandemia da COVID-19;

-Analisar associação entre ansiedade e variáveis sociodemográficas na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19;

-Analisar associação entre sentimento de felicidade e variáveis sociodemográficas em idosos em tempos de pandemia da COVID-19;

-Analisar associação entre práticas de lazer e variáveis sociodemográficas na população idosa em

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29 040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.312.308

tempos de pandemia da COVID-19*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR, os riscos e benefícios do projeto ANSIEDADE, FELICIDADE E PRÁTICAS DE LAZER EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES são:

***Riscos:**

Possível constrangimento ao responder alguma pergunta será minimizado pela garantia que se houver desconforto ou constrangimento em qualquer momento da pesquisa poderei não responder à questão ou abandonar a pesquisa. Existe o risco de quebra de sigilo das informações que será minimizado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GARANTINDO ASSIM O SIGILO DE TODAS AS INFORMAÇÕES.

Benefícios:

Fui esclarecido que como benefício, terei que os resultados obtidos fornecerão subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e inúmeros programas especiais visando a seleção e o estímulo para a participação dos idosos no lazer e integração social, melhorando a qualidade de vida.*

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto ANSIEDADE, FELICIDADE E PRÁTICAS DE LAZER EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID19 NA POPULAÇÃO IDOSA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES do pesquisador ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR constam os seguintes documentos:

Folha de rosto: apresentada

Projeto detalhado: apresentado

TCLE: apresentado

Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentado

Cronograma: apresentado

Orçamento: apresentado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.312.308

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1907136.pdf	23/03/2022 08:58:59		Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	23/03/2022 08:58:15	ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/03/2022 10:29:56	ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/03/2022 22:00:28	ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	03/03/2022 21:55:57	ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 25 de Março de 2022

Assinado por:
Claudia Masrouah Jamal
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: SITI CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: oep.ufes@hotmail.com

ANEXO J – CAPÍTULO DE LIVRO PUBLICADO (PRODUTO 1)**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM IDOSOS NA PANDEMIA DA COVID-19**

Adriana Drummond de Aguiar¹
Caroline Rodrigues Thomes²
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto³

¹ Doutoranda pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – adrianadrummond73@gmail.com

² Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – carolthomesodonto@gmail.com

³ Professora Titular da Universidade Federal do Espírito Santo no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – mhmiotto@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O isolamento social foi uma das recomendações provenientes dos órgãos públicos para a prevenção da disseminação do coronavírus em tempos de pandemia da COVID-19. Por conseguinte, o distanciamento social restringiu a frequência das participações sociais familiares e comunitárias, principalmente tratando-se da faixa etária idosa (SEPÚLVEDA-LOYOLA et al., 2020). Por mais que o isolamento social tenha reduzido o contágio e tenha preservado a vida de indivíduos dos grupos de alto risco de mortalidade como os idosos, ele também se concebeu como uma preocupação de saúde pública, conforme aumento substancial da prevalência de depressão e transtornos de ansiedade, risco de suicídio, sintomas de estresse pós-traumático e insônia entre a população (ROGERS et al., 2020).

Conforme as relações existentes entre diferentes faixas etárias e quadros de saúde, percebeu-se que os idosos, vulneráveis a infecções graves e morte devido à redução da função imunológica e condições de saúde existentes causadas pelo envelhecimento, também obtiveram destaque em transtornos mentais durante o período pandêmico (NICOLIK-ZUGICH et al., 2020), em detrimento do distanciamento social (BROOKS et al., 2020) e das incógnitas da pandemia (AKGOR et al., 2021). Assim, o auto-isolamento afeta de forma desproporcional os idosos. Isso tem ocorrido à medida que a participação social dessa parcela da população nas atividades familiares (ARMITAGE; NELLUMS, 2020) e em organizações comunitárias, como os centros comunitários de convivência, (ARMITAGE; NELLUMS, 2020) têm sido restritas, o que pode ocasionar impactos danosos na saúde mental e física dos idosos (AYDOGDU, 2019).

Dentro dessa perspectiva, um relatório recente envolvendo mais de 3.000 pessoas na faixa etária idosa com idade entre 57 e 85 anos apontou que o aumento do isolamento social pode ser um fator preditivo de sintomas mais graves provenientes de quadros de depressão e ansiedade (SANTINI et al., 2020). Segundo vários estudos de transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 provenientes de amostras chinesas, persiste uma grande necessidade de dados de alta qualidade sobre o impacto pandêmico na saúde mental das populações ocidentais (BAUERLE et al., 2020), como interesse público (HOLMES et al., 2020).

ANEXO K – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO (PRODUTO 2)

10/01/2024, 12:25

Email – Adriana Drummond de Aguiar – Outlook

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

RBGG RBGG <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Sáb, 23/12/2023 08:09

Para:dridrummond@hotmail.com <dridrummond@hotmail.com>

23-Dec-2023

RBGG-2023-0287 - Quality of life of the elderly in times of the covid-19 pandemic: associated factors

Dear Ms. Aguiar:

Acusamos o recebimento do artigo "Quality of life of the elderly in times of the covid-19 pandemic: associated factors", registrado sob o nº 2023-0287.

OBS: Favor guardar esse número e citá-lo toda vez que fizer contato com a RBGG.

Caso queira conhecer as etapas de avaliação do seu artigo, acesse: <http://rbgg.com.br/> na seção "avaliação de manuscrito".

Retomaremos o contato após a conclusão do relatório técnico de avaliação.

Com estima e apreço.

At.te

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ANEXO L – ARTIGO PUBLICADO (PRODUTO 3)

ARTIGO ORIGINAL



FATORES ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE LAZER DE IDOSOS NA PANDEMIA DA COVID-19

FACTORS ASSOCIATED WITH LEISURE PRACTICES OF OLDER ADULTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

FACTORES ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE OCIO DE LOS ADULTOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

¹Adriana Drummond de Aguiar²Caroline Rodrigues Thomes³Jéssica Giovani da Silva⁴Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

¹Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: 0000-0002-2305-4218.

²Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: 0000-0003-3522-5368.

³Mestre em Ciências Odontológicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-3579-1514.

⁴Professora Titular da Universidade Federal do Espírito Santo no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: 0000-0002-3227-7608.

Autor correspondente

Adriana Drummond de Aguiar

Universidade Federal do Espírito Santo - Avenida Marechal Campos, 1468, Bonfim, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29047-105. E-mail: adrianaadrummond73@gmail.com

Fomento e Agradecimento: A pesquisa não recebeu financiamento.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar.

Submissão: 25-09-2023

Aprovado: 16-10-2023

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre práticas de lazer, variáveis sociodemográficas, ansiedade e qualidade de vida na população idosa em tempos de pandemia da COVID-19. **Método:** Participaram 345 indivíduos acima de 60 anos. Foram aplicados roteiros estruturados, dentre eles, a Escala de Práticas de Lazer. Utilizou-se modelo de regressão logística para controle de potenciais fatores de confusão. **Resultados:** Evidenciou-se associação das práticas de lazer com as variáveis: raça ($p=0,023$), escolaridade ($p<0,001$), condição socioeconômica ($p=0,001$), ansiedade ($p<0,001$), qualidade de vida física ($p<0,001$) e qualidade de vida mental ($p<0,001$). **Conclusão:** Conclui-se que homens idosos, com até 10 anos de estudo, com características de Transtorno de Ansiedade Generalizada e baixa qualidade de vida física estão associados a menores práticas de lazer. Os achados evidenciam que as iniquidades sociais podem interferir nas atividades de lazer e conseqüentemente no bem-estar desta população.

Palavras-chave: Atividades de Lazer; COVID-19; Idoso; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study was to analyze the association between leisure practices, sociodemographic variables, anxiety, and quality of life in the elderly population during the COVID-19 pandemic. **Method:** 345 individuals aged 60 and above participated. Structured questionnaires were administered, including the Leisure Practices Scale. A logistic regression model was used to control for potential confounding factors. **Results:** An association of leisure practices with the variables was evidenced: race ($p=0.023$), education ($p<0.001$), socioeconomic status ($p=0.001$), anxiety ($p<0.001$), physical quality of life ($p<0.001$), and mental quality of life ($p<0.001$). **Conclusion:** It is concluded that elderly men, with up to 10 years of education, exhibiting characteristics of Generalized Anxiety Disorder and poor physical quality of life, are associated with lower engagement in leisure practices. The findings highlight that social inequalities can interfere with leisure activities and, consequently, the well-being of this population.

Keywords: Leisure Activities; COVID-19; Elderly; Aging.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre prácticas de ocio, variables sociodemográficas, ansiedad y calidad de vida en la población anciana durante la pandemia de COVID-19. **Método:** Participaron 345 individuos de 60 años o más. Se administraron cuestionarios estructurados, incluida la Escala de Prácticas de Ocio. Se utilizó un modelo de regresión logística para controlar posibles factores de confusión. **Resultados:** Se evidenció una asociación de las prácticas de ocio con las variables: raza ($p=0,023$), educación ($p<0,001$), nivel socioeconómico ($p=0,001$), ansiedad ($p<0,001$), calidad de vida física ($p<0,001$) y calidad de vida mental ($p<0,001$). **Conclusión:** Se concluye que los hombres ancianos, con hasta 10 años de educación, que presentan características de Trastorno de Ansiedad Generalizada y una baja calidad de vida física, están asociadas con una menor participación en actividades de ocio. Estos hallazgos destacan que las desigualdades sociales pueden interferir en las prácticas de ocio y, en consecuencia, en el bienestar de esta población.

Palabras clave: Actividades Recreativas; COVID-19; Anciano; Envejecimiento.

