

A influência dos determinantes sociais na saúde mental do idoso na percepção da qualidade de vida (QV)

The influence of social determinants in mental health of the elderly in the perception of quality of life (QL)

Influencia de los determinantes sociales en la salud mental de las personas mayores en la percepción de la calidad de vida (CV)

Camila Maria Fernandes Fantacini
Regina Celia Fiorati

RESUMO: O presente estudo avalia a influência dos determinantes sociais na Saúde Mental do Idoso, analisando quatro domínios: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente que o indivíduo se insere. Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, de abordagem mista, qualitativa e quantitativa, através do questionário de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL-Bref. Conclui-se destacando-se aspectos que dizem muito sobre a vida de uma pessoa, quanto a sua saúde e qualidade de vida, alertando-se, porém, para a necessidade de oferta de melhores recursos por parte das políticas do setor.

Palavras-chave: Determinantes Sociais na Saúde; Idoso; Qualidade de vida.

ABSTRACT: *This study assesses the influence of social determinants on the Elderly's Mental Health, analyzing four domains: physical capacity, psychological well-being, social relationships and the environment in which the individual is inserted. This is a cross-sectional, exploratory-descriptive study, with a mixed qualitative and quantitative approach, using the WHOQOL-Bref questionnaire on perception of quality of life (QOL). It concludes aspects that say a lot about a person's life, and in health and quality of life, there is a need to offer better resources on the part of the sector's policies.*

Keywords: *Social determinants of health; Elderly; Quality of life.*

RESUMEN: *Este estudio evalúa la influencia de los determinantes sociales en la Salud Mental del Anciano, analizando cuatro dominios: capacidad física, bienestar psicológico, relacionamiento social y ambiente en el cual el individuo está inmerso. Se trata de un estudio transversal, exploratorio-descriptivo, con abordaje mixto cualitativo y cuantitativo, utilizando el cuestionario WHOQOL-Bref sobre percepción de la calidad de vida (CV). Concluye aspectos que dicen mucho sobre la vida de una persona, y en salud y calidad de vida, existe la necesidad de oferta de mejores recursos por parte de las políticas del sector.*

Palabras clave: *Determinantes sociales en la salud; Ancianos; Calidad de vida.*

Introdução

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população de idosos vem ocorrendo de forma acelerada e progressiva, atualmente com maiores oportunidades de um envelhecimento ativo, proporcionando independência física e bom desenvolvimento biopsicossocial. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016; resultante de um crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões.

Diante de tal cenário demográfico, é necessário refletir sobre a questão da qualidade de vida. Nessa direção, a World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) apresenta a seguinte definição:

Qualidade de vida: como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No processo de envelhecimento, são analisados e avaliados os seis domínios propostos pelo grupo WHOQOL, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais) (WHO, 1998, como citado por Dawalibi *et al.*, 2013, p. 395).

No que se refere à população brasileira de 60 ou mais anos, muitas vezes, esta geração apresenta menor escolaridade que a mais jovem. Há diferenças regionais, especialmente nas áreas rurais ou no Nordeste, onde as mulheres mais velhas foram educadas principalmente para o exercício de atividades nos espaços privados: procriação, cuidados com os filhos e tarefas domésticas ou na roça. Isso impõe algumas limitações que acabam impedindo que pessoas mais idosas consigam empregos melhores (França, & Stepansky, 2005). E, no que diz respeito à produção social da saúde, os idosos apresentam desigualdades quanto à saúde, que acarretam maiores demandas de assistência para o tratamento de suas deficiências e/ou doenças crônicas (Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015; Geib, 2012). As pessoas com poucos recursos de saúde tendem a acabar permanecendo nas camadas mais baixas na escala socioeconômica (Alvarenga *et al.*, 2009; Ferreira, 2017; Rodrigues, & Neri, 2012).

A velhice na nossa cultura, portanto, acaba sendo encarada como complicada e incômoda, principalmente em razão de as pessoas mais idosas (septuagenárias, octogenárias, nonagenárias e centenárias) necessitarem de atenção especial, de apoio familiar e social.

O desligamento da rotina competitiva, da cooperativa de trabalho, dos colegas, a diminuição da renda financeira, a perda do *status* social, entre outras mudanças, facilitam o aparecimento, muitas vezes, de prejuízos mentais para o idoso que se aposenta Linari (2004).

A autora ainda complementa que, quando a fase produtiva entra em recesso ou se encerra, pouco a pouco a autonomia social vai se perdendo e inicia-se um processo de adaptação à aposentadoria, muitas vezes doloroso, ou até inaceitável.

No que se refere à inserção em redes de suporte social, o destaque é para o Capital social que Souza e Grundy (2004) referem como a coesão social que resulta de uma comunidade participativa, cujos vínculos sociais se fundam sob fortes laços de solidariedade; assim, o definem como um “conjunto de elementos da organização social, tais como: a confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade, o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturais) que permitem a cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos”. Assim, uma comunidade com forte capital social também apresenta desenvolvimento em todos os setores: social, econômico, político, social, cultural e de saúde (Fiorati *et al.*, 2018; Kawaschi, Subramanian, & Kim, 2008; Macinko, & Starfield, 2001).

O idoso está sujeito a índices altos quanto a situações de vulnerabilidade, principalmente nessa etapa de vida em que a fragilidade e as limitações estão mais presentes. Desse modo, as dificuldades no acesso às oportunidades sociais, econômicas e culturais ficam mais evidenciadas; o governo pouco parece se movimentar para fornecer melhores oportunidades. Assim, manifestam-se dificuldades na mobilidade social das pessoas idosas, contribuindo para um empobrecido desempenho em sua vida diária, desmotivador e com poucas expectativas de melhoria, como também aumentam as situações de desproteção e insegurança aos idosos, por estes não se sentirem confiantes em seus bairros, nas ruas e nos poucos ambientes de lazer e cultura que lhe são oferecidos socialmente.

Quanto às desigualdades de acesso à saúde no Brasil, assim como ocorre em outros países, a política de saúde necessitaria começar a avaliar, para reconhecer e identificar as necessidades de cada grupo etário, assumindo um compromisso de projetar, priorizar e implementar estratégias inclusivas, dentro de um modelo interdisciplinar, intersetorial e intercultural, tal como será exposto mais adiante a partir destes autores: Duarte *et al.* (2015); Juárez-Ramírez *et al.* (2014).

Objetivo

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consistiu em avaliar a influência dos determinantes sociais na Saúde Mental do Idoso, analisando quatro domínios definidos pelo WHOQOL-Bref (The Whoqol Group, 1998), a saber: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde a pessoa idosa está inserida.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, de abordagem mista, qualitativa e quantitativa, por meio da aplicação do questionário da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde), em sua versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo respeitado grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, sobre a percepção da qualidade de vida (QV).

Os locais da pesquisa foram o Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI), de Batatais, SP, e o Programa de atividades para o envelhecimento, do Círculo Operário da Vila Tibério (COVT), de Ribeirão Preto, SP.

Participaram deste estudo 100 idosos acima de 60 anos de ambos os sexos, residentes em Batatais e Ribeirão Preto, sendo 50 participantes do Programa CASI e outros 50, do COVT, que apresentassem boa cognição para responderem às entrevistas e ao questionário, e que concordassem em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão elencados foram: ser uma pessoa acima de 60 anos, independentemente de gênero; ter participado do Programa CASI e participar do COVT; apresentar condição cognitiva para responder ao questionário e à entrevista.

Foi aplicado o questionário de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL-Bref, versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento curto e de rápida aplicação. Segundo Pedroso, Pilatti e Reis (2010), essa versão abreviada é constituída de 26 perguntas; as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, de quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, exceto nas questões em que a orientação é que seja invertida a pontuação).

Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem quatro domínios que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, perfazendo a configuração expressa no Quadro 1:

Quadro 1 – Domínios e as respectivas facetas do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio 1 – Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades de vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio 2 – Domínio Psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Domínio Relações Sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio 4 – Domínio Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos Financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	23. Ambiente físico:(poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Fonte: The Whoqol Group (1998)

Os dados quantitativos foram analisados pelo método estatístico, tomando-se o critério de frequência simples, e utilizando-se uma amostra por conveniência de acordo com as variáveis, socioeconômica e de inserção em redes sociais (Pedroso *et al.*, 2010).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e foi aprovado com o número de CAAE: 72255917.6.0000.55393.

Resultados e Discussão

Por meio da Tabela 1, são apresentados os resultados gerais, referentes a cada um dos quatro domínios do WHOQOL-Bref.

Tabela 1 - Escores do WHOQOL- Bref dos participantes CASI e COVT – Batatais e Ribeirão Preto, SP, 2017

DOMÍNIOS	N Válido	Omisso	Média %	Mediana %	Erro %	Mínimo %	Máximo %
Físico (0-100)	100	1	68,96	70,00	12,85	38	100
Psicológico (0-100)	100	1	72,06	74,00	10,31	26	86
Relações Pessoais (0-100)	100	1	70,30	74,00	9,04	20	86
Meio Ambiente (0-100)	100	1	67,34	68,00	8,87	40	95
Auto-avaliação	100	1	71,02	72,00	9,22	24	84
Total – (0-100)	100						

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados descritivos do WHOQOL- Bref por domínios e qualidade de vida geral estão descritos na Tabela 1. Pode-se observar que os participantes do estudo apresentaram boas médias em todos os domínios.

Nota-se que, no domínio físico, 68,96% apresentaram bons resultados; no psicológico 72,06%; em relações sociais 70,30%; e ambiental 67,34%. Na autoavaliação sobre qualidade de vida, 71,02% apresentaram boa qualidade de vida.

Com referência ao Domínio 1 - Domínio Físico, são verificadas nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 3 - Dor e desconforto; Questão 4 - Dependência de medicamentos ou de tratamento; Questão 10 – Energia e fadiga; Questão 15 – Mobilidade; Questão 16 – Sono ou Repouso; Questão 17 – Atividades da Vida Cotidiana; - Questão 18 – Capacidade de Trabalho.

No Quadro 2, a seguir, é possível visualizar por meio da análise estatística, a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Físico.

Quadro 2 - Escores das questões do Domínio Físico do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100), 2017

Faceta	Questão	Respostas	Frequência	%	% Válida
Dor e desconforto	<i>3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede de você fazer o que você precisa?*</i>	Nada	4	4,0	4,0
		Muito pouco	29	28,7	29,0
		Mais ou menos	14	13,9	14,0
		Bastante	20	19,8	20,0
		Extremamente	33	32,7	33,0
Dependência de medicamentos ou de tratamento	<i>4- O quanto você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?*</i>	Nada	0	0	0
		Muito pouco	44	43,6	44,0
		Mais ou menos	12	11,9	12,0
		Bastante	16	15,8	16,0
		Extremamente	28	27,7	28,0
Energia e fadiga	<i>10 - Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?*</i>	Nada	1	1,0	1,0
		Muito pouco	12	11,9	12,0
		Médio	38	37,6	38,0
		Muito	47	46,5	47,0
		Completamente	2	2,0	2,0
Mobilidade	<i>15 - Quão bem você é capaz de se locomover?*</i>	Muito ruim	1	1,0	1,0
		Ruim	8	7,9	8,0
		Nem ruim nem bom	17	16,8	17,0
		Bom	68	67,3	68,0
		Muito bom	6	5,9	6,0
Sono ou repouso	<i>16 - Quão satisfeito você está com seu sono?*</i>	Muito insatisfeito	4	4,0	4,0
		Insatisfeito	28	27,7	28,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	12	11,9	12,0
		Satisfeito	55	54,5	55,0
		Muito satisfeito	1	1,0	1,0
Atividades da vida cotidiana	<i>17 - Quão satisfeito você está com sua capacidade para desempenhar as atividades de seu dia a dia?*</i>	Muito insatisfeito	2	2,0	2,0
		Insatisfeito	12	11,9	12,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	16	15,8	16,0
		Satisfeito	69	68,3	69,0
		Muito satisfeito	1	1,0	1,0
Capacidade de trabalho	<i>18 - Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?*</i>	Muito insatisfeito	2	2,0	2,0
		Insatisfeito	12	11,9	12,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	17	16,8	17,0
		Satisfeito	68	67,3	68,0
		Muito satisfeito	1	1,0	1,0

Fonte: Dados da pesquisa

* As questões em itálico, segundo orientação do instrumento, tiveram sua pontuação invertida para análise.

De acordo com o Quadro 2, analisando-se o domínio físico dos participantes da pesquisa, é pertinente observar, na faceta que responde à dor e desconforto, em que mais da metade, sendo precisamente 53%, declararam que a dor física os impede (bastante ou extremamente) de fazerem o que precisam; e 47% responderam que a dor física os impede mais ou menos de executar suas tarefas. À medida que a população envelhece, a demanda por medicamentos que retardem ou tratem de doenças crônicas, que aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida, irá continuar a aumentar, conforme explicita a World Health Organization (2005). Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre estes foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde. Para isso, é necessário que os serviços de saúde melhorem e que ações do governo voltem o olhar para essa demanda, exigindo um esforço para o acesso aos medicamentos essenciais e seguros e com custo mais acessível. Uma parceria nesse esforço, com efeito, conforme Who (2005), precisaria incluir governos, profissionais da saúde, indústria farmacêutica, terapeutas tradicionais, empresas e organizações que representam os idosos.

Vianna (s/d., p. 6) ressalta que as relações entre determinantes sociais e saúde baseiam-se em determinar uma hierarquia de determinações entre os mais distintos fatores sociais, econômicos e políticos e mais comuns, que mantêm relação diretamente com o modo de vida, sendo específicos os fatores que interferem na situação de saúde de grupos e de pessoas. Enfim, o modo de vida de cada grupo social influencia na saúde e, aqui especificamente, tratando-se de uma população idosa em situação de maior vulnerabilidade por possuírem em sua maioria situação socioeconômica e escolaridade baixas, o que são pontos determinantes para a condição atual vivida.

No que diz respeito à capacidade para o trabalho ao mesmo tempo que 69% dos participantes idosos declararam estarem satisfeitos com seu desempenho, números também consideráveis de 31% demonstraram baixa satisfação. O que aponta que as limitações impostas pelo envelhecimento realmente interferem na qualidade de vida e desempenho de atividades de vida diária das pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos.

Conforme Nogueira (2010), a capacidade funcional refere-se à condição que um indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. O declínio da capacidade funcional pode ocorrer por diversos motivos, que influenciam e determinam a capacidade em idosos; daí a importância da identificação precoce de qualquer indício para contribuir na prevenção da dependência funcional nessa faixa etária.

Reforçando-se, assim, a implantação de medidas de intervenção e prevenção, por meio de políticas públicas planejadas; e também no que refere à atuação de profissionais especializados.

Nesta faixa etária é comum o aparecimento de doenças crônicas, a tendência ao isolamento e a vulnerabilidade a fatores de ordem social. Assim, Lourenço *et al.* (2012), em seu estudo, estimam que as doenças crônicas são as mais constantes nos idosos de 80 ou mais anos, o que influenciará nas atividades de vida diária, afetando sua independência e autonomia. Enquanto, Lenardt e Carneiro (2013) acrescentam que, além das doenças crônicas aumentarem a prevalência das incapacidades, o próprio envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema do organismo, o que se denomina de envelhecimento funcional.

Lenardt e Carneiro (2013) definem, em seu estudo, a capacidade funcional como “a condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio”.

Cabe aos serviços de saúde, por meio das políticas públicas de saúde, a busca por um melhor engajamento na intervenção e promoção da saúde dessa faixa etária. Desse modo, a recomendação inicial e primordial para a tentativa da preservação da capacidade funcional da população idosa é o envolvimento de profissionais da saúde que atuem na promoção da saúde com foco na funcionalidade do idoso, bem como na elaboração de um plano de cuidado individualizado, que contemple as reais especificidades deles, para além das características somente fisiológicas.

Com referência ao Domínio 2 - Domínio Psicológico, são verificadas, nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 5 - Sentimentos positivos; Questão 6 - Espiritualidade/ religião/crenças pessoais; Questão 7 - Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Questão 11 - Imagem corporal e aparência; Questão 19 – Sentimentos Negativos; Questão 26 - Sentimentos negativos.

No Quadro 3, é possível visualizar por meio da análise estatística, a frequência e a porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Psicológico.

Quadro 3 - Escores das questões do Domínio Psicológico do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100), 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% Válida
Sentimentos Positivos	5 – O quanto você aproveita a vida?	Nada	4	4,0	4,0
		Muito pouco	19	18,8	19,0
		Mais ou menos	28	27,7	28,0
		Bastante	49	48,5	49,0
		Extremamente	0	99,0	0,0
Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais	6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	3	3,0	3,0
		Muito pouco	2	2,0	2,0
		Mais ou menos	15	14,9	15,0
		Bastante	79	78,2	79,0
		Extremamente	1	1,0	1,0
Pensar, aprender, memória e concentração	7 – O quanto você consegue se concentrar?	Nada	0	0	0,0
		Muito pouco	10	9,9	10,0
		Mais ou menos	16	15,8	16,0
		Bastante	72	71,3	72,0
		Extremamente	2	2,0	2,0
Imagem Corporal e Aparência	11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	1	1,0	1,0
		Muito pouco	7	6,9	7,0
		Médio	29	28,7	29,0
		Muito	61	60,4	61,0
		Completamente	2	2,0	2,0
Auto-estima	19 – Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	3	3,0	3,0
		Insatisfeito	5	5,0	5,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	17	16,8	17,0
		Satisfeito	72	71,3	72,0
		Muito satisfeito	3	3,0	3,0
Sentimentos negativos	26 – <i>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?*</i>	Nunca	16	15,8	16,0
		Algumas vezes	62	61,4	62,0
		Frequentemente	9	8,9	9,0
		Muito frequentemente	9	8,9	9,0
		Sempre	4	4,0	4,0

Fonte: Dados da pesquisa

* As questões em itálico, segundo orientação do instrumento, tiveram sua pontuação invertida para análise.

No Quadro 3 é apresentado o domínio psicológico, em que é possível verificar que na faceta “sentimentos positivos”, apesar de 49% dos entrevistados afirmarem que aproveitam a vida, uma soma de 51% aproveita de forma regular (mais ou menos, muito pouco e nada); do que se depreende que mais da metade não está considerando que saiba aproveitar a vida nessa etapa em que vive.

Já na faceta “sentimentos negativos”, 62% declararam com muita frequência ter sentimentos negativos, tais como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão.

Assim, a satisfação global é sentida pelos idosos de acordo com os seus afetos positivos e negativos, vivenciados no decorrer da vida e durante o processo de envelhecimento.

Dawalibi *et al.* (2013) explicam de modo complementar, em seu estudo, que ocorrem interligações mútuas entre as variáveis antecedentes que são os riscos socioeconômicos e biológicos (pobreza, baixa escolaridade, doenças somáticas, depressão etc.), as moderadoras de autorregulação do *self* (autoconceito, autoestima, estratégias de enfrentamento etc.) e as de critério de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e a domínios de afetos positivos e negativos).

Portanto, obter uma boa qualidade de vida fazendo prevalecer apenas sentimentos positivos relaciona-se a um modo de compreender a realidade na variável de critério de bem-estar subjetivo, que pode ser adquirida ao longo do curso da vida, especialmente no processo de envelhecimento humano, em sua evolução e ganho de sabedoria, etapa esta muitas vezes difícil de não ser encarada como de perdas e limitações.

Com referência ao Domínio 3 - Domínio Relações Pessoais, são analisadas nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 20 – Relações Sociais; Questão 21 – Atividade Sexual; Questão 22 – Suporte (apoio) social.

No Quadro 4, a seguir, é possível visualizar por meio da análise estatística, a frequência e porcentagem válidas apresentadas em cada questão, com referência ao Domínio Relações Sociais.

Quadro 4 - Escores das questões do Domínio Relações Sociais do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% válida
Relações Sociais	20 – Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	2	2,0	2,0
		Insatisfeito	2	2,0	2,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	10	9,9	10,0
		Satisfeito	81	80,2	81,0
		Muito satisfeito	5	5,0	5,0
Atividade sexual	21 – Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	2	2,0	2,0
		Insatisfeito	11	10,9	11,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	77	76,2	77,0
		Satisfeito	10	9,9	10,0
Suporte (apoio) social	22 – Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe dos amigos?	Muito insatisfeito	1	1,0	1,0
		Insatisfeito	8	7,9	8,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	14	13,9	14,0
		Satisfeito	73	72,3	73,0
		Muito satisfeito	4	4,0	4,0

Fonte: Dados da pesquisa

No domínio das “Relações sociais”, abordado no Quadro 4, a faceta “atividade sexual” tem relevância no sentido de as pessoas entrevistadas se declararem nem satisfeitos/nem insatisfeitos, até muito insatisfeitos, totalizando 90% das respostas, enquanto apenas 10% responderam estarem satisfeitos com a vida sexual. Tentando compreender um pouco melhor, dentre esses 90%, uma porcentagem de 77% das pessoas idosas se declarou nem satisfeito/nem insatisfeito, o que em algumas falas significava não terem uma vida sexual ativa por diversos motivos, mas principalmente esse dado aparece nos depoimentos de mulheres e viúvas; dessa forma, ora se manifestavam como tendo uma vida sexual inativa, ora afirmavam não sentirem falta de atividade sexual. Assim, pode-se inferir que esses 77% que se manifestaram ‘nem satisfeito/nem insatisfeito’ podem ser explicados por motivos semelhantes: não desenvolverem mais vida sexual ativa, nem apresentarem volição para tal atividade. Normalmente pode ocorrer uma privação dos sentimentos de alegria, satisfação e prazer, o que as distancia do mundo e de si mesmas, sendo mais comum no seu cotidiano, a monotonia e a inatividade.

Por parte dos profissionais de saúde quanto à abordagem dessa temática, parece que ainda é pouco disseminada, fazendo-se necessário maior preparo e disponibilidade para discutir o assunto “sexualidade”, ao permitir, por exemplo, que haja tempo para questões e sempre utilizando uma linguagem simples. A feição de alguns idosos, ao responderem à questão relacionada à sexualidade, mostrava vergonha ou esquiva de falar sobre o tema. A sexualidade consiste em parte importante do relacionamento; a idade de uma pessoa não deve ser ignorada nesta situação. Pensando-se em idosos que se mantêm ativos ao longo da vida, com bons hábitos de saúde, estes devem, por consequência, experimentar e usufruir um envelhecimento com qualidade.

Apesar de tudo, a sexualidade na velhice parece continuar associada à disfunção e insatisfação. Segundo Oliveira (2012), obviamente que o idoso deve estar ciente das modificações orgânicas que está sofrendo, mas essa preocupação não deve ser obsessiva. Sendo assim, o sexo na velhice poderá ser vivido plenamente e de forma feliz se o idoso o encarar com a naturalidade que o caracteriza.

Com referência ao Domínio 4 – Meio Ambiente, são verificadas nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 08 – Segurança física e proteção; Questão 9 – Ambiente Físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); Questão 12 – Recursos Financeiros; Questão 13 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Questão 14 – Participação em, e as oportunidades de recreação/lazer; Questão 23 – Ambiente no lar; Questão 24 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Questão 25 – Transporte.

No Quadro 5, é possível visualizar, por meio da análise estatística, a frequência e a porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Meio Ambiente.

Quadro 5 - Escores das questões do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Segurança física e proteção	8 – Quão seguro você se sente em sua vida diária?	Nada	2	2,0	2,0
		Muito pouco	18	17,8	18,0
		Mais ou Menos	27	26,7	27,0
		Bastante	53	52,5	53,0
		Extremamente			
Ambiente físico (poluição/ruído/tráfego/clima)	9 – Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	2	2,0	2,0
		Muito pouco	9	8,9	9,0
		Mais ou Menos	21	20,8	21,0
		Bastante	68	67,3	68,0
		Extremamente			
Recursos financeiros	12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	4	4,0	4,0
		Muito pouco	20	19,8	20,0
		Médio	63	62,4	63,0
		Muito	12	11,9	12,0
		Completamente	1	1,0	1,0
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13 – Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Nada	3	3,0	3,0
		Muito pouco	22	21,8	22,0
		Médio	20	19,8	20,0
		Muito	54	53,5	54,0
		Completamente	1	1,0	1,0
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14 – Em que medida você tem oportunidade de lazer?	Nada	18	17,8	18,0
		Muito pouco	17	16,8	17,0
		Médio	32	31,7	32,0
		Muito	32	31,7	32,0
		Completamente	1	1,0	1,0
Ambiente no lar	23 – Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	1	1,0	1,0
		Insatisfeito	5	5,0	5,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	7	6,9	7,0
		Satisfeito	81	80,2	81,0
		Muito satisfeito	6	5,9	6,0
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24 – Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	5	5,0	5,0
		Insatisfeito	14	13,9	14,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	77	76,2	77,0
		Satisfeito	4	4,0	4,0
		Muito satisfeito			
Transporte	25 – Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	4	4,0	4,0
		Insatisfeito	10	9,9	10,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	33	32,7	33,0
		Satisfeito	52	51,5	52,0
		Muito satisfeito	1	1,0	1,0

Fonte: Dados da pesquisa

Nos escores das questões relacionadas ao Domínio do “Meio Ambiente” apontados no Quadro 5, pode ser apresentada uma frequência de respostas significativas às condições em que esses idosos vivem, se relacionam e usufruem de ambientes em seus bairros.

Com relação à faceta “Segurança física e proteção”, 53% estão satisfeitos, enquanto 47% estão regularmente seguras em suas vidas diárias. Na faceta “recursos financeiros”, 13% tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, enquanto 87% apresentam condições de médias para nenhuma.

Conforme Geib (2012), as moradias permanecem mais nas periferias urbanas, em que as defasagens nos serviços de educação, saúde e saneamento prevalecem por algum tempo dentro de seus respectivos municípios. Ou seja, com a pobreza e a exclusão social, aumentam as desigualdades sociais, tornando-se difícil quando se fala em pobreza extrema e fome fazer com que estas desapareçam.

Rodrigues e Neri (2012) apontam, em seu estudo que os idosos apresentam grande dependência dos serviços de saúde, devido a doenças, incapacidades e déficits físicos e cognitivos que podem advir, tributários ao envelhecimento. Os idosos mais pobres utilizam mais os hospitais públicos, e os com melhores condições econômicas, os serviços particulares. Os idosos com renda maior usam os serviços da rede privada de atendimento médico e odontológico. Assim, as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, na determinação da vulnerabilidade individual, se expressa pelas condições deficitárias de saúde física e psicológica em idosos comunitários com 65 ou mais anos.

Além disso, Geib (2012) traz, em seu estudo, que a desigualdade de renda persiste entre os idosos brasileiros. No Nordeste, 68% dos idosos residem em casas ou domicílios com renda familiar *per capita* abaixo de um salário mínimo, enquanto no Sul e no Sudeste este percentual está abaixo dos 35%. O Brasil situa-se em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda. Esses dados são considerados relevantes para esta pesquisa, pois confirmam as condições vulneráveis com que as pessoas idosas vivem socialmente o que não contribui para um processo de envelhecimento saudável e com boas condições de vida.

Dentro dos determinantes sociais estruturais da saúde, a classe social que o indivíduo ocupa, no caso, a pessoa idosa, tem consequências importantes para a vida cotidiana. Solar e Irwin (2010) apontam que diferenças nos padrões de vida material são consideravelmente o agente intermediário mais importante. Os padrões materiais de vida são significativos para o estado de saúde dos grupos marginalizados, como nesta pesquisa em que participam pessoas idosas mais vulneráveis. Vários aspectos da habitação têm

influência direta na saúde: a estrutura das moradias; e condições internas, como contaminação úmida, fria e interna. Os efeitos indiretos da habitação relacionados com a posse da habitação, incluindo os impactos da riqueza e os efeitos da vizinhança e ambiente em que se localiza, são vistos como cada vez mais importantes. Dentro dos determinantes estruturais, a classe social que a pessoa idosa ocupa tem consequências importantes para a vida dessa pessoa. O que é esperado, de acordo com Rodrigues e Neri (2012), traduz-se no estudo das condições individuais, econômicas e sociais de vulnerabilidade da população idosa, em consonância ao acesso e ao uso dos serviços de saúde, ajudando no planejamento de ações de atenção à saúde da pessoa idosa, no subsídio políticas de saúde e educação adequadas a todos, pensando-se que o envelhecimento é um processo de curso de vida. E, assim, o sistema de saúde pode abordar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não apenas melhorando o acesso equitativo aos cuidados, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o estado de saúde; por isso, Solar e Irwin (2010) percebem o próprio sistema de saúde como um determinante intermediário, que se cerca na organização da prestação dos serviços.

Ainda no Quadro 5, relacionado à “participação em oportunidades de recreação e lazer”, 33% dos entrevistados apontaram ter boas oportunidades, enquanto 67% apresentam média, muito pouca, ou nenhuma oportunidade de lazer no seu cotidiano. Concomitantemente a oportunidades de lazer, surgem os “cuidados com a saúde”, em que uma soma de 96% estão mais ou menos satisfeitos a muito insatisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, que lhe são possibilitados, enquanto apenas 4% se declararam satisfeitos com os serviços de saúde. O envelhecimento busca promover uma vida social, solidária e voluntária, na qual a rede de suporte social represente um investimento afetivo, solidário e justo, transmitindo seguridade social ao longo da velhice, assistindo-o, a fim de amparar o idoso como cidadão em variadas situações de vida e zelar pela busca da equidade social.

Na busca de uma qualidade de vida mais favorável, consequência de um envelhecimento saudável e ativo, de um envelhecimento com independência e autonomia, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, segundo Ferreira (2017), que se tornam metas do governo e de todos os setores da sociedade. São ideais de vida também para os idosos manter o bem-estar e lidar com o adoecimento; por isso, manter um estilo de vida que priorize a preservação da autonomia e o envelhecimento bem-sucedido é essencial;

com isso, o envelhecimento bem-sucedido deve ser uma condição a ser alcançada por quem lida com as mudanças inerentes à velhice.

Com referência a Auto-avaliação, foram verificadas, por meio da análise estatística das questões Questão 1 e 2.

No Quadro 6, é possível visualizar, por meio da análise estatística, a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente à Autoavaliação.

Quadro 6 - Escores das questões do Domínio Relações Pessoais do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% válida
1 – Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	Muito ruim	1	1,0	1,0
	Ruim	2	2,0	2,0
	Nem ruim nem bom	22	21,8	22,0
	Boa	66	65,3	66,0
	Muito boa	9	8,9	9,0
2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?	Muito insatisfeito	1	1	1,0
	Insatisfeito	21	20,8	21,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	20	19,8	20,0
	Satisfeito	53	52,5	53,0
	Muito satisfeito	5	5,0	5,0

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 6, no domínio das “Relações Pessoais”, quando perguntados sobre o quanto estão satisfeitos com a própria saúde, enquanto 58% estão satisfeitos, somas significativas de 42% estão pouco satisfeitas a insatisfeitos. Conforme Fiorati, Arcêncio e Souza (2016), entre as iniquidades que abrangem a saúde humana, encontra-se uma realidade em que a qualidade dos serviços de saúde e o acesso a eles são distribuídos de forma desigual entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade, nessa organização social e político-econômica em que são identificadas. O sistema de saúde de acordo com Solar e Irwin (2010), pode abordar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não apenas melhorando o acesso equitativo aos cuidados, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o estado de saúde. Assim também, de acordo com esses autores, o capital social influencia a saúde através dos mecanismos de apoio social em que as relações oportunizam àqueles que delas participam; assim, é concebido como uma ampliação das relações sociais e das normas de reciprocidade. A abordagem de rede considera o capital social em termos de recursos que emergem através das redes sociais, o que vai comprometer as decisões que os grupos ou indivíduos desempenham, conforme o estilo de vida e hábitos comportamentais, e não devem estar fora do contexto social que tais escolhas acontecem.

Who (2005) aborda três pilares básicos: participação, saúde e segurança pela estrutura política destinada ao envelhecimento e à saúde, almejando que os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional prevaleçam baixos, e os fatores de proteção, elevados. Por conseguinte, as pessoas podem desfrutar de maior quantidade e maior qualidade de vida, contribuindo para cuidarem de suas próprias vidas e, assim, na fase da velhice, ocorrerá menos serviços assistenciais e tratamentos médicos. E aqueles que, por acaso, tiverem uma necessidade maior de acesso aos serviços de saúde deve a eles estar isso garantido, como direitos de homens e mulher idosos. Desse modo, é baseado nos Princípios das Nações Unidas para Idosos (Who, 2005), que o ideal para a estrutura política destinada ao envelhecimento ativo se apresenta e se baseia, interpretando como fatores determinantes do envelhecimento ativo, e influenciando o modo como as populações e as pessoas envelhecem.

Conclusão

A partir dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário Whoqol-Bref, é importante trazer o conceito de qualidade de vida por Dawalibi *et al.* (2013), que relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal, e abrange aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, suporte familiar, atividade intelectual e de autocuidado, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (Vecchia *et al.*, 2005).

Frente aos resultados deste estudo, consideramos relevante ressaltar que, no Brasil, é pouca a preocupação com as questões pertinentes ao idoso longo. É claro que também a perda de autonomia e o declínio funcional que se referem aos DSS, idosos mais vulneráveis, em condições socioeconômicas desfavoráveis, estarão mais suscetíveis a precárias condições de saúde e estímulo à funcionalidade e participação social.

Para que isso ocorra, cabe aos serviços de saúde por meio das políticas públicas de saúde, a busca por um melhor engajamento na intervenção e promoção da saúde dessa faixa etária.

Desse modo, a recomendação inicial e primordial para a tentativa da preservação da capacidade funcional da população idosa é o envolvimento de profissionais da saúde que atuem na promoção da saúde com foco na funcionalidade do idoso, bem como na elaboração de um plano de cuidado individualizado, que contemple as reais especificidades deles, para além das características somente fisiológicas.

Para a pessoa idosa, o sistema de saúde mental precisa criar estratégias e ações específicas, estabelecendo um olhar mais profundo dirigido às condições de saúde mental dessa população, a qual apresenta especificidades; neste contexto, uma gama de aspectos que dizem muito sobre a vida de uma pessoa idosa e, pensando-se na saúde e qualidade de vida, necessita-se de melhores recursos oferecidos pelas políticas de saúde e principalmente pensando-se nas desigualdades sociais, que consistem em seres humanos com direitos e deveres e que têm como direito usufruir de melhores condições assistenciais, cultura e lazer, segurança, saúde e participação social. Em suma, a qualidade de vida é um conceito ainda subjetivo e sujeito ao nível sociocultural, que deriva de um longo caminho para chegar à equidade social.

Referências

Alberte, J. S. P., Ruscalleda, R. M. I., & Guariento, M. E. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(1), 32-39. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>.

Alvarenga, L. N., Kiyam, L., Bitencourt, B., & Wanderley, K. S. (2009). Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 796-802. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a09v43n4.pdf>.

Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403. Recuperado em 07 novembro, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>.

Duarte, L. S., Pessoto, U. C., Guimarães, R. B., Heimann, L. S., Carvalheiro, J. R., Cortizo, C. T., & Ribeiro, E. A. W. (2015). Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 472-485. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>.

Ferreira, M. C. G. (2017) *Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 20 dezembro 2017, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-846670>.

Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., & Souza, L. B. (2016). As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Rev. Latino am. Enfermagem*, 24, e2683. Recuperado em 06 fevereiro 2019, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>.

Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., Pozo, J. S., Ramasco-Gutiérrez, M., & Serrano-Gallardo, P. (2018). Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities worldwide. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 304-314. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>.

Fleck, M. P. A, Louzxada, S., Xavier, M., Vieira, E. C., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. Recuperado em 6 fevereiro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.

França, L. H., & Stepansky, D. V. (2005). Educação permanente para trabalhadores idosos – o retorno à rede social. *Boletim Técnico do SENAC*, 31(2), 47-55. Recuperado em 06 fevereiro 2019, de: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/337>.

Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>.

Grupo Whoqol. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). Porto Alegre, RGS: UFRGS. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. Recuperado em 6 fevereiro, 2019, de: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.

Juárez-Ramírez, C. Márquez-Serrano, M., Snyder, N. S., Pelcastre-Villafuerte, B. E. Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*, 35(4), 284-290. Recuperado em 20 dezembro, 2017, de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/284-290>.

Kawaschi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). *Social capital and health*. New York, USA: Springer Science.

Lenardt, M. H., & Carneiro, N. H. K. (2013). Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 13-20. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000100002&lng=pt&tlng=pt.

Linari, J. A. (2004). *Programa pré-aposentadoria: o recomeço de uma nova vida – crise ou oportunidade? O caso Cesp*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/12359>.

Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., Tallmann, A. E. C., & Neu, D. K. M. (2012). Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 176-185. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/25.pdf>.

Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79, 387-427. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11565162>.

Nogueira, R. P. (2010). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes. Recuperado em 10 março 2019, de: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>.

Oliveira, L. S. P. (2012). *Atitudes sexuais e idadismo na terceira idade*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado em 10 março 2019, de: <http://docplayer.com.br/73963398-Lidia-sofia-pinto-oliveira-atitudes-sexuais-e-idadismo-na-terceira-idade.html>.

Pedroso, B., Pilatti, L. A., & Reis, D. R. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(1), 31-36. Recuperado em 20 janeiro, 2019, de: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505>.

Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2129-2139. Recuperado em 06 fevereiro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health discussion paper 2: Debates, policy and practice, case studies*. Geneva, Suisse: WHO. Recuperado em 20 maio, 2019, de: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360. Recuperado em 05 fevereiro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>.

The Whoqol Group. (1998). *Whoqol user manual*. Geneva, Suisse: WHO. Recuperado em 05 fevereiro, 2019, de: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252. Recuperado em 05 fevereiro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>.

Vianna, L. A. C. (s/d). *Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença*. UNIFESP: UNASUS (cap. 5). Recuperado em 05 fevereiro, 2019, de: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Suzana Gontijo, Trad. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado em 05 fevereiro, 2019, de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

Camila Maria Fernandes Fantacini – Psicóloga, Universidade de Franca, UNIFRAN. Atua na clínica geriátrica Domus Claret em Batatais, SP. Docente e Tutora dos cursos de graduação e pós-graduação EaD do Claretiano, Centro Universitário de Batatais, SP. Especialista em Saúde Mental e Neuropsicologia. Mestre em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, EERP-USP.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4773-0214>

E-mail: camilafantacini@claretiano.edu.br

Regina Celia Fiorati - Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Doutorado em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-doutorado na Faculdade de Medicina, da Universidade Autônoma de Madri, Espanha. Atualmente é docente no Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Atua nas seguintes áreas de conhecimento: saúde mental, saúde pública, saúde coletiva coletiva e campo social.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3666-9809>

E-mail: reginacf@fmrp.usp.br