

**Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso na Perspectiva Psicossocial e Física**  
**Longitudinal study of elderly health from a psychosocial and physical perspective**  
**Estudio Longitudinal de la Salud de las Personas Mayores Desde una Perspectiva**  
**Psicosocial y Física**

*Lilian Cristina dos Santos*

*Universidade Católica de Brasília*

*Suderlan Sabino Leandro*

*Escola Superior de Ciências da Saúde*

*Vicente Paulo Alves*

*Universidade Católica de Brasília*

*Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione*

*Universidade de Brasília*

---

**Resumo**

Introdução: O envelhecimento saudável é entendido na atualidade como a manutenção das habilidades físicas e cognitivas na velhice, sendo o objetivo de importantes estudos no campo da gerontologia. Objetivo: Analisar aspectos psicossociais e físicos como promotores de saúde em idosos. Método: Estudo quantitativo, exploratório e longitudinal, com follow-up de um ano, em 25 idosos com idade média igual a 68,64 anos (DP = ± 4,40), submetidos a intervenções cognitivas e avaliados em medidas psicológicas (com medidas de ansiedade, depressão, qualidade de vida, funcionalidade familiar e desenvolvimento pessoal) e físicas (com medidas de composição corporal e capacidade cardiorrespiratória). Resultados: Os dados foram avaliados por análises de variâncias e teste de correlação, sendo proposto um modelo de regressão linear. Destacam-se a efetividade das intervenções físicas e cognitivas sobre as medidas físicas e psicológicas ( $p \leq 0,05$ ); que as intervenções cognitivas não apresentaram diferenças significativas entre si, nos diferentes tempos ( $p \leq 0,05$ ); e que o modelo de regressão linear é formado por variáveis psicológicas e físicas ( $R^2 = 0,75$ ). Conclusão: Os estudos relacionados à saúde do idoso, dentro de perspectivas das alterações psicossociais e físicas, são um campo importante de investigação diante de um entendimento biopsicossocial de saúde.

*Palavras-chave:* saúde do idoso, pessoa idosa, psicossocial

**Abstract**

Introduction: Healthy aging is currently understood as the maintenance of physical and cognitive abilities in old age, being the aim of important studies in the field of gerontology. Aim: To analyze psychosocial and physical aspects as health promoters in the elderly. Method: Quantitative, exploratory and longitudinal study, with a one-year follow-up, in 25 elderly people with an average age of 68.64 years (SD = ± 4.40), submitted to cognitive interventions and evaluated in psychological measures (with measures anxiety, depression, quality of life, family functionality and personal development) and physical (with measures of body composition and cardiorespiratory capacity). Results: The data were evaluated by analysis of variance and correlation test, and a linear regression model was proposed. The effectiveness of physical and cognitive interventions on physical and psychological measures stands out ( $p \leq 0.05$ ); that cognitive interventions did not show significant differences between them, at different times ( $p \leq 0.05$ ); and that the linear regression model is formed by psychological and physical variables ( $R^2 = 0.75$ ). Conclusion: Studies related to the health of the elderly, from the perspective of psychosocial and physical changes, are an important field of investigation in light of a biopsychosocial understanding of health.

*Keywords:* health of the elderly, aged people, psychosocial

**Resumen**

Introducción: El envejecimiento saludable es entendido actualmente como el mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas en la vejez, siendo objetivo de importantes estudios en el campo de la gerontología. Objetivo: Analizar aspectos psicossociales y físicos como promotores de salud en personas mayores. Método: Estudio cuantitativo, exploratorio y longitudinal, con seguimiento de un año, en 25 ancianos con edad promedio de 68,64 años (DP = ± 4,40), sometidos a intervenciones cognitivas y evaluados en medidas psicológicas (con medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida, funcionalidad familiar y desarrollo personal) y físicas (con medidas de composición corporal y capacidad

cardiorrespiratoria). Resultados: Los datos fueron evaluados mediante análisis de varianza y prueba de correlación, y se propuso un modelo de regresión lineal. Destaca la efectividad de las intervenciones físicas y cognitivas sobre medidas físicas y psicológicas ( $p \leq 0,05$ ); que las intervenciones cognitivas no mostraron diferencias significativas entre ellas, en diferentes momentos ( $p \leq 0,05$ ); y que el modelo de regresión lineal está formado por variables psicológicas y físicas ( $R^2 = 0,75$ ). Conclusión: Los estudios relacionados con la salud de los ancianos, desde la perspectiva de los cambios psicosociales y físicos, son un importante campo de investigación a la luz de una comprensión biopsicosocial de la salud.

*Palabras clave:* salud de los ancianos, anciano, psicosocial

## Introdução

Em razão de mudanças sociais e epidemiológicas, a saúde da pessoa idosa no Brasil se tornou um dos problemas mais importantes para a investigação e o planejamento de políticas públicas (Romero et al., 2018; Bonfim et al., 2023). A partir da própria atualização no conceito de saúde impulsionada pela Constituição Federal (1988), o Brasil desenvolveu outros importantes marcos regulatórios na atenção ao idoso. A Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei nº 8.842, 1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Ministério da Saúde [MS], 2006b) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 2003) foram reflexões importantes em seus momentos históricos e políticos. A saúde da pessoa idosa também fez parte de importantes instrumentos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Pacto pela Saúde (MS, 2006a) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) (Decreto nº 7.508, 2011).

Ainda no que se refere à saúde do idoso, apesar de o Brasil ser considerado pioneiro na criação de leis e políticas públicas que visam à proteção social da pessoa idosa, um problema subjacente à consolidação dessas medidas é a falta de indicadores sensíveis para seu acompanhamento (Oliveira et al., 2023). Mesmo quando há produção regular de dados, não há equivalente regularidade de análise orientada para as necessidades da gestão para a população + 60.

Além dos aspectos demográficos, epidemiológicos e de políticas públicas, é importante destacar que, nessa conjuntura, os aspectos sociais, psicológicos, culturais, econômicos e institucionais também podem ser moderadores da saúde do idoso. A promoção da saúde e a qualidade de vida são alvos de interesse para diferentes programas e serviços voltados ao idoso, com o objetivo de regular e compensar as perdas funcionais e cognitivas associadas ao processo de envelhecimento (Chariglione et al., 2020), sendo este relevante em uma proposta de desenvolvimento do idoso.

O envelhecimento saudável é entendido na atualidade como a manutenção das habilidades físicas e cognitivas na velhice, sendo o objetivo de importantes estudos no campo da gerontologia (Baltes & Smith, 2003; Bauermeister et al., 2018; Chariglione et al., 2020; Smolarek et al., 2016). Parte desses estudos busca entender os fatores que estão associados ao desenvolvimento cognitivo saudável, indicando que estilo de vida, relações sociais, lazer, perfil ocupacional, estado nutricional e aptidão física têm sido associados a fatores cognitivos (Hertzog et al., 2009; Robinson & Lachman, 2018; Mazo et al., 2023). Nessa premissa, a concepção de saúde extrapola os indicadores biológicos e entende a importância de fatores ambientais e psicológicos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) apresenta, de forma expressiva, o contingente populacional da pessoa idosa, demonstrando variáveis de indicadores relevantes, em termos absolutos e de crescente importância no conjunto da sociedade

brasileira, demandando, assim, novas exigências de políticas públicas de saúde e inserção ativa das pessoas idosas na vida social, cultural, entre outras. Entende-se que a saúde pode exercer forte impacto na qualidade de vida das pessoas idosas, na medida em que se oferta um amplo acesso aos serviços de saúde para esse público-alvo com qualidade, humanização e acolhimento de forma integral e integrada.

Desta maneira, a extensão das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá fortemente de um fator-chave: a saúde da população +60, +70, +80, e assim conseqüentemente. Não obstante, se os anos adicionais forem dominados por céleres e intensos declínios na capacidade física e mental do indivíduo, as implicações para os idosos e para a sociedade impactam de forma extremamente negativa. Promover e garantir uma saúde possível na velhice é, portanto, crucial para se alcançar o desenvolvimento sustentável (World Health Assembly, 2016).

O que se verifica nessas múltiplas dimensões sobre o processo de envelhecimento é a gerontologia em desenvolvimento contínuo, voltada para a longevidade e a qualidade de vida do idoso, com pesquisas pertinentes à área da saúde, ressaltando a independência, o estilo de vida, a qualidade de vida, além de abranger diversas áreas inseridas dentro de um contexto interdisciplinar (gerontologia, psicologia, enfermagem, educação física etc.) para uma melhor compreensão e acompanhamento do desenvolvimento do idoso (Oliveira et al., 2020b).

Um ponto também relevante nesse contexto interdisciplinar é perceber que a enfermagem deve participar efetivamente dessa compreensão gerontológica, baseando os seus estudos e avanços na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social, pelo qual a atuação da equipe interdisciplinar desmistifica o papel de cada profissional e deixa claras as especificidades de suas funções. É um processo que visa, fundamentalmente, a ações de forma educativa em ambas as atribuições, na assistência integral à pessoa idosa (Kletemberg et al., 2019).

O cuidado humanizado prestado pelos profissionais da área de enfermagem contribui de forma essencial na assistência qualificada, a qual permite, além de uma ampla visão das necessidades dos idosos, proporcionar um fortalecimento de laços de intimidade, familiaridade, credibilidade e confiabilidade que levam o idoso a aderir aos serviços especializados e cuidados de saúde, garantindo um processo de envelhecimento com maior autonomia e independência (Vieira & Almeida, 2020).

Nesse contexto, o presente estudo trata de uma pesquisa exploratória, cujo objetivo foi analisar aspectos psicossociais e físicos como promotores de saúde no idoso. Destaca-se que estudos longitudinais da saúde do idoso na perspectiva psicossocial e física são cruciais para desvendar a complexa interação entre mente e corpo no envelhecimento, mapeando trajetórias individuais e construindo modelos preditivos para uma velhice mais saudável e autônoma. Assim, buscar-se-á analisar esses constructos em função do tempo (*follow-up* de um ano), por meio de correlações entre essas suas variáveis para a proposição de um modelo estatístico que diferencie variáveis preditoras de qualidade de vida e saúde para o idoso.

## Método

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília, conforme a Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, pelo CAAE

nº 67653517.4.0000.0029, e subsidiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), pelo Edital nº 03/2016, protocolo nº 10461.56.37123.10042016.

### **Delineamento e composição da amostra**

Estudo quantitativo, do tipo exploratório e longitudinal. A coleta de dados foi realizada em três momentos (linha de base, critérios de exclusão, não ter participado de alguma variável analisada ou não ter dado continuidade ao estudo no primeiro ano de intervenções. Destaca-se que foram adotadas como critério para cálculo amostral as recomendações de Tabachnick e Fidell (2001), que apontam que o erro amostral adequado para pesquisas com efeito médio deve ser 0,05 com poder observado de 0,90. Assim, considerando que na presente pesquisa os sujeitos foram comparados ao longo do tempo conforme as intervenções propostas, o teste utilizado, segundo recomenda o protocolo de teste de Field, é o teste de amostras pareadas, resultando em uma amostra mínima de 45 sujeitos. Porém, para o protocolo que será detalhado a seguir, cumpriram todas as etapas apenas 25 sujeitos, conforme previamente informado.

### **Instrumentos**

Foram utilizados instrumentos sociodemográficos (para a caracterização da amostra), psicológicos (para a caracterização psicológica e emocional da amostra) e físicos (para o acompanhamento das alterações físicas e de saúde), de acordo com a descrição a seguir:

- a) **Medidas Sociodemográficas:** Anamnese – com aspectos sociodemográficos, familiares, comportamentais e de saúde.
- b) **Medidas Psicológicas:** Segundo orientações dos autores, utilizaram-se: Escala de Ansiedade de Beck (Beck & Steer, 1990); Escala de Depressão Geriátrica (GDS), adaptada por Almeida e Almeida (1999) com base na escala original (Yesavage et al., 1983); *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-OLD) (Fleck et al., 2000; Fleck et al., 2003), medida de qualidade de vida específica para o grupo de idosos; Avaliação da Funcionalidade Familiar (APGAR), como uma medida de satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade familiar (Duarte, 2001; Smilkstein, 1978); e Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) (Ryff, 2013).
- c) **Medidas Físicas:** Avaliação da composição corporal: realizada pelo método *dual energy X-ray absorptiometry* (DEXA). As medidas por DEXA (modelo DPX-L, LUNAR Radiation, Madison, WI) são em “scan” de corpo inteiro. Todos os “scans” foram analisados por um investigador especializado, utilizando o programa para análise de composição corporal LUNAR Radiation versão 1.2i DPX-L. Para o teste de ergoespirometria, foi realizada avaliação cardiopulmonar, na qual os gases expirados foram analisados por medição direta do consumo de oxigênio para determinar o limiar ventilatório, bem como a aptidão física do idoso avaliado. Foram utilizados cinco eletrodos em cada participante; posteriormente, foi posicionada uma máscara facial (Hans Rudolph Inc., EUA) para análise dos gases expirados. Em seguida, foi realizada a calibração do equipamento em questão.

Para além dos instrumentos aqui apresentados, também foram utilizados os instrumentos das intervenções, sendo elas: estimulação cognitiva (*Stimullus*), treino cognitivo

(MEMO), psicoeducativas e físicas, conforme descrições de estudos previamente realizados (Chariglione et al., 2018a; Chariglione et al., 2018b).

### Procedimentos Metodológicos

O procedimento metodológico seguiu quatro etapas, sendo elas: seleção e recrutamento, avaliação 1 (linha de base), avaliação 2 (6 meses após) e avaliação 3 (1 ano após). Para o processo de recrutamento e seleção para a composição dos participantes, foi realizada a divulgação da pesquisa em ambientes frequentados pela comunidade. As pré-inscrições foram realizadas individualmente, e o contato propondo o convite de participação foi realizado via telefone.

Antes da etapa das avaliações, todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estavam cientes da possibilidade de desistirem do estudo a qualquer momento. Para a avaliação 1, todos os idosos foram avaliados individualmente com a aplicação da Anamnese e de medidas psicológicas, físicas e cognitivas. Para cada uma dessas etapas, havia um pesquisador responsável da respectiva área (psicólogo, profissional de educação física ou gerontólogo) acompanhado por profissionais da medicina e da enfermagem (nas suas respectivas coletas de dados) e com apoio de auxiliares de pesquisa. Cada avaliação durava cerca de 60 minutos. As avaliações 2 e 3 seguiram os mesmos procedimentos da avaliação 1, com exceção da Anamnese e do Miniexame do Estado Mental (MEEM), em até 30 dias após a conclusão das intervenções nos grupos experimentais em intervalos de seis meses.

### Procedimento de Análise de Dados

Para a análise do conjunto de dados, foram realizadas análises de variâncias (ANOVA), controlando o efeito do tempo e teste de correlação de Kendall para verificar a associação entre variáveis físicas e psicológicas. Por fim, com o intuito de avaliar o efeito que as variáveis físicas e psicológicas têm sobre a qualidade de vida dos idosos e entendendo a qualidade de vida como uma medida importante de associação com a saúde do idoso, foi proposto um modelo de regressão linear, utilizando a qualidade de vida geral do idoso como variável resposta. O *software* utilizado para as análises foi o R, versão 3.4.3, utilizando o nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

Para análise do tamanho de efeito (d), usou-se o pacote *Effsize*, conforme as seguintes orientações: valores, em módulo, menores do que 0,147 são desprezíveis, valores menores do que 0,330 são pequenos, valores menores do que 0,474 são médios e valores maiores do que 0,474 são grandes (Torchiano, 2017).

### Resultados

A amostra foi composta por 25 idosos com idade média igual a 68,64 anos (DP =  $\pm 4,40$ ). A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização sociodemográfica com destaque para a maioria dos respondentes ser do sexo feminino (80%), possuir menos de 73 anos de idade (84%) e com distribuição da escolaridade heterogênea. Quanto ao estado civil, 40% dos respondentes são casados, a metodologia de intervenção cognitiva mais realizada é a MEMO (64%), representando pouco menos de 2/3 da amostra. A respeito da realização de atividade

física, 60% não faziam atividade física, contra 40% que praticavam exercícios físicos no momento do estudo.

**Tabela 1**

*Descrição das Variáveis Sociodemográficas*

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Idade	61 a 66 anos	9	36%
	67 a 72 anos	12	48%
	73 a 78 anos	3	12%
	79 a 84 anos	0	0%
	Mais de 84	1	4%
Sexo	Feminino	20	80%
	Masculino	5	20%
Escolaridade	Fundamental Incompleto	7	28%
	Fundamental Completo	3	12%
	Ensino Médio Incompleto	1	4%
	Ensino Médio Completo	8	32%
	Superior Incompleto	1	4%
	Superior Completo	5	20%
Estado Civil	Casado	10	40%
	Separado/Divorciado	7	28%
	Outro	6	24%
	Solteiro	2	8%
Intervenção Cognitiva	MEMO	16	64%
	Stimullus	9	36%
Intervenção Física	Não faz atividade física	15	60%
	Faz atividade física	10	40%

Por meio da Tabela 2, é possível analisar o valor médio das variáveis psicológicas ao longo do tempo, assim como seus respectivos intervalos de confiança. Desse modo, a maior parte das variáveis não aparenta mudança brusca de comportamento entre os tempos.

**Tabela 2**

*Descrição das Variáveis Psicológicas nos Três Momentos*

Variável	Mínimo	1º Q	Mediana	Média	3º Q	Máximo	DP
<b>Medidas psicológicas – Tempo 1</b>							
FS	7	8	8	9,44	11	15	2,43
AUT	9	12	14	14,08	16	20	2,81
PPF	11	14	15	15,96	18	19	2,21
PSO	7	15	16	15,28	17	20	3,13
MEM	4	6	8	8,96	12	18	4,15
INT	8	13	16	15,52	18	20	3,28
GDS	0	2	3	4,12	6	12	3,03
APGAR	0	6	8	7,36	9	10	2,61
EDEP	85	102	111	109,56	118	127	11,35
BECK	0	2	3	5,84	8	18	5,54

Variável	Mínimo	1º Q	Mediana	Média	3º Q	Máximo	DP
<b>Medidas psicológicas – Tempo 2</b>							
FS	4	7	8	8,64	10	14	2,38
AUT	12	13	15	15,24	17	20	2,47
PPF	11	15	16	15,8	17	19	2,20
PSO	11	14	16	15,72	17	20	2,57
MEM	4	6	9	9,16	12	16	3,75
INT	10	14	16	15,44	17	20	2,89
GDS	0	1	2	2,64	4	8	2,25
APGAR	1	6	8	7,24	9	10	2,71
EDEP	91	104	105	109,72	113	136	12,15
BECK	0	2	5	6,92	10	25	7,18
<b>Medidas psicológicas – Tempo 3</b>							
FS	7	8	9	9,32	10	13	1,84
AUT	8	13	14	14,48	16	20	2,62
PPF	11	14	15	15,12	16	20	2,40
PSO	10	14	16	15,2	17	20	2,40
MEM	4	7	8	8,56	9	16	2,74
INT	4	13	15	14,36	16	20	3,60
GDS	0	1	2	2,68	3	11	2,63
APGAR	0	7	8	7,8	10	10	2,55
EDEP	91	100	106	112,2	125	159	16,69
BECK	0	1	3	4,44	7	16	4,28

*Nota.* Q = Quadrante; DP = Desvio-padrão; FS = Funções Sensoriais; AUT= Autonomia; PPF = Atividades passadas, presentes e futuras; PSO = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; GDS = Escala de depressão geriátrica; APGAR = Avaliação da Funcionalidade Familiar; EDEP = Escala de desenvolvimento pessoal; BECK = Escala de ansiedade de Beck.

A análise do modelo ANOVA para as variáveis psicológicas verificou as variáveis afetadas pelas intervenções cognitivas, pelo tempo e pela combinação de ambos. Ao analisar a interação, percebe-se que não existe alteração do efeito simples das intervenções cognitivas nos três diferentes tempos, ou seja, as intervenções cognitivas ao longo do tempo não alteraram de forma significativa os resultados encontrados nas medidas psicológicas ( $p \geq 0,05$ ). Foi verificado apenas um efeito entre FS e P-valor Intervenção Física ( $p=0,04$ ). O tamanho do efeito, medido pelo  $d$  de Cohen, foi  $d = 0,310$ , indicando um efeito pequeno.

Também foi realizada ANOVA para as variáveis psicológicas afetadas pelas intervenções físicas. De forma geral, não aparenta haver discrepâncias fortes entre os dois grupos, o que pode ser observado pela sobreposição dos intervalos de confiança. Porém, a variável EDEP ( $p=0,00$ ) apresenta comportamento diferente, o grupo que passou por intervenção física tem valores médios maiores, em todos os tempos, que os do outro grupo estudado, destacando que o tamanho do efeito, medido pelo  $d$  de Cohen,  $d = 0,230$ , indica um efeito pequeno. Ademais, a GDS obteve valores muito semelhantes nos dois grupos, mas característica de queda nos valores após o tempo 1, cenário similar ao que foi vislumbrado na análise por subgrupo de intervenção cognitiva.

A Tabela 3 mostra as mudanças do valor médio, das variáveis físicas no decorrer do tempo e seus respectivos intervalos de confiança. Assim, nota-se que, para a maioria das variáveis, há um comportamento semelhante para os dois tipos de intervenção cognitiva, com exceção

da pressão arterial sistólica (repouso), na qual o grupo com intervenção do tipo *Stimullus* teve queda no valor médio durante o tempo 2. Ademais, percebe-se que, para a variável Massa Magra (g), o grupo com intervenção *Stimullus* obteve média maior em todos os três tempos, e para a variável IMC, o grupo com intervenção MEMO teve média maior nos três tempos observados.

**Tabela 3**

*Descrição das Variáveis Físicas nos Três Momentos*

Variável	Mínimo	1º Q	Mediana	Média	3º Q	Máximo	DP
<b>Medidas físicas – Tempo 1</b>							
P.A.S. repouso	88,00	116,00	127,00	125,56	134,00	162,00	16,68
P.A.D. repouso	58,00	65,00	68,00	73,64	84,00	96,00	11,17
DMO g/cm <sup>2</sup>	930,00	1.075,00	1.141,00	1.127,60	1.190,00	1.334,00	98,68
DEXA (%G)	20,00	32,20	36,50	36,08	38,20	53,50	6,77
Massa gorda (g)	12.737,00	21.287,00	25.700,00	25.295,96	27.927,00	45.511,00	7.101,49
Massa Magra (g)	36.322,00	38.445,00	43.166,00	44.130,20	46.165,00	63.504,00	7.011,29
VO <sup>2</sup> ml/kg, min	6,71	18,72	21,72	21,51	24,63	29,41	4,77
IMC	21,59	25,79	28,38	27,89	29,20	34,15	3,17
<b>Medidas físicas – Tempo 2</b>							
P.A.S. repouso	83,00	113,75	125,50	123,71	133,50	149,00	16,21
P.A.D. repouso	45,00	64,00	72,00	74,68	81,00	126,00	15,72
DMO g/cm <sup>2</sup>	951,00	1.047,00	1.120,00	1.122,64	1.182,00	1.364,00	100,43
DEXA (%G)	19,10	35,40	41,10	41,62	49,40	58,30	9,46
Massa Gordas (g)	12.194,00	24.678,00	29.901,00	29.691,28	34.486,00	50.407,00	8.780,45
Massa Magra (g)	31.175,00	35.946,00	37.951,00	41.045,08	43.188,00	68.619,00	8.323,79
VO <sup>2</sup> ml/kg, min	6,71	20,39	23,70	24,64	29,93	34,98	6,91
IMC	21,29	25,76	27,97	27,88	29,51	34,58	3,27
<b>Medidas físicas – Tempo 3</b>							
P.A.S. repouso	94,00	115,50	131,00	127,67	139,25	147,00	13,89
P.A.D. repouso	59,00	70,00	73,00	76,96	85,00	126,00	13,94
DMO g/cm <sup>2</sup>	980,00	1.086,00	1.130,00	1.153,16	1.238,00	1.311,00	110,63
DEXA (%G)	14,90	32,50	33,90	34.072,00	38,40	47,50	7,24
Massa Gordas (g)	9.490,00	19.280,00	25.730,00	24.611,84	31.230,00	38.901,00	7.301,96
Massa Magra (g)	36.940,00	40.082,00	43.188,00	47.176,44	53.790,00	65.420,00	10.070,03
VO <sup>2</sup> ml/kg, min	6,71	19,96	23,72	24,51	27,30	34,98	7,25
IMC	21,23	26,05	27,97	27,97	29,79	35,71	3,41

*Nota.* Q = Quadrante; DP= Desvio-padrão; P.A.S. = Pressão arterial sistólica; P.A.D. = Pressão arterial diastólica; DMO = Densidade Mineral Óssea; DEXA = Absorciometria de feixe duplo; VO<sup>2</sup> ml/kg, min (A) = Capacidade cardiorrespiratória; IMC = indicador antropométrico.

A análise do modelo ANOVA para as variáveis físicas não apresentou resultados significativos para a influência do tipo de intervenção cognitiva, tempo ou interação ( $p \geq 0,05$ ). ANOVA para as variáveis físicas diante da intervenção ou não de atividade física indicou que as variáveis DXO ( $p=0,00$ ;  $d=0,161$ ), DEXA ( $p=0,00$ ;  $d=0,182$ ) e Massa Magra ( $p=0,00$ ;  $d=0,183$ ) apresentaram influência do tipo de intervenção física. O tamanho do efeito das variáveis supracitadas também foi pequeno ( $d \leq 0,330$ ).

Para avaliar a correlação entre as medidas psicológicas e físicas, foi realizado o coeficiente de correlação Kendall. Observou-se que as variáveis físicas e cognitivas foram fracamente correlacionadas, de acordo com os p-valores. As medidas de p-valor indicaram que, dentre



as medidas psicológicas, INT, AUT e APGAR não estão correlacionadas com nenhuma das medidas físicas. Analisando-se pelas medidas físicas, a Massa Magra e P.A.D. não se correlacionam com nenhuma medida psicológica. No geral, as únicas correlações são: QVG e VO<sup>2</sup> ( $p=0,04$ ;  $d=0,260$ ), PSO e DMO ( $p=0,00$ ;  $d=0,182$ ), PSO e Medicamento ( $p=0,05$ ;  $d=0,152$ ), PPF e Medicamento ( $p=0,02$ ;  $d=0,230$ ), MEM e DMO ( $p=0,01$ ;  $d=0,162$ ), MEM e Medicamento ( $p=0,00$ ;  $d=0,282$ ), GDS e IMC ( $p=0,01$ ;  $d=0,174$ ), GDS e P.A.S. ( $p=0,05$ ;  $d=0,182$ ), FS e DEXA ( $p=0,03$ ;  $d=0,188$ ), FS e Massa Gorda ( $p=0,01$ ;  $d=0,232$ ), FS e P.A.S. ( $p=0,01$ ;  $d=0,294$ ), EDEP e DMO ( $p=0,00$ ;  $d=0,153$ ), EDEP e IMC ( $p=0,04$ ;  $d=0,167$ ), Ansiedade Beck e DMO ( $p=0,01$ ;  $d=0,155$ ) e Ansiedade Beck e Medicamento ( $p=0,03$ ;  $d=0,282$ ). O tamanho do efeito das variáveis supracitadas também foi pequeno ( $d \leq 0,330$ ).

Com o objetivo de estimar a força de relação entre as variáveis físicas e psicológicas dos idosos sobre sua qualidade de vida, um modelo de regressão linear foi proposto. Esse modelo é formado pelas variáveis GDS, APGAR, DMO, Massa Magra e IMC, como variáveis explicativas, e apresenta um  $R^2$  ajustado de 0,755, ou seja, 75,5% da variação da QVG é explicada pelo modelo.

As variáveis GDS ( $p=0,00$ ), APGAR ( $p=0,00$ ), Massa Magra ( $p=0,00$ ) e IMC ( $p=0,00$ ) são estatisticamente significativas, isto é, possuem efeito sobre a qualidade de vida do idoso. O aumento de uma unidade no GDS do idoso leva a uma diminuição esperada de, aproximadamente, 1,17 ponto na escala da qualidade de vida; já o aumento de 1 unidade no APGAR leva a um aumento esperado de 0,95 ponto na QVG. Por fim, o aumento de 1 unidade no IMC leva a um aumento de 1,18 ponto na QVG, aproximadamente. Apesar de a Massa Magra ser significativa para o modelo, sua variação tem um efeito muito próximo a zero na QVG.

Para avaliar se essas suposições são atendidas, utiliza-se a análise dos resíduos do modelo, isto é, a diferença entre os valores observados na amostra e valores estimados no modelo. Os resultados da análise de diagnóstico apresentaram normalidade ( $p=0,90$ ) pelo teste de Shapiro-Wilk, independência ( $p=0,70$ ) pelo teste de Durbin-Watson e homogeneidade ( $p=0,70$ ) pelo teste de Breusch-Pagan. Portanto, o modelo atende às suposições iniciais básicas e pode ser utilizado para estudar o fenômeno em questão.

## Discussão

Os resultados apresentados corroboram estudos nacionais anteriores, que apresentam uma população pesquisada majoritariamente feminina, com baixa escolaridade e casada (Aita et al., 2021; Chariglione et al., 2018b; Passos et al., 2020); Vale et al., 2019). Por meio das análises de variância, foi possível determinar se existe uma diferença significativa das intervenções físicas e cognitivas sobre as medidas físicas e psicológicas dos idosos. Das variáveis psicológicas, foi observado que apenas as funções sensoriais apresentam resultados diferentes para cada uma das intervenções cognitivas, sendo a intervenção *Stimulus* a que apresenta os melhores resultados. Essa associação entre o tipo de intervenção e sua medida de desempenho se explica pela intervenção *Stimulus* possuir atividades de estimulação visual e imagética, beneficiando, assim, os idosos nessa função cognitiva, como confirmado por Chariglione et al. (2018a).

Com relação às variáveis físicas, as intervenções cognitivas não apresentaram diferenças significativas entre si nos três diferentes tempos, indicando que o fator tipo de intervenção não possui associação com ganhos físicos. Esses dados devem ser verificados com parcimô-

nia, visto que o baixo número de idosos avaliados e a heterogeneidade da amostra podem diminuir o poder de predição de determinadas variáveis (Alvarenga et al., 2018; Guimarães et al., 2020; Souza et al., 2017), assim como o fato de os idosos melhorarem de maneira geral, independentemente do tipo de intervenção, que já se refere a um resultado positivo no processo do envelhecimento (Nazar et al., 2020).

Observou-se que duas variáveis psicológicas apresentaram alteração após a intervenção física, sendo elas PSO na WHOQOL-OLD e EDEP, em que se verifica que os idosos submetidos a atividades físicas apresentam maiores valores para essas duas escalas. Resultados anteriores corroboram essa associação de realização de atividades físicas e os seus benefícios em medidas de qualidade de vida (Azevedo Filho et al., 2019; Faustino & Neves, 2020) e desenvolvimento pessoal do idoso (Oliveira et al., 2020b).

Três das variáveis físicas sofreram influência da intervenção física, sendo elas: DMO, Massa Magra e DEXA. Acerca das duas primeiras variáveis, o grupo que sofreu intervenção apresentou valores mais elevados durante todo o tempo, a cada nova avaliação em relação à linha de base. Quanto ao DEXA, o grupo que sofreu intervenção apresentou valores mais baixos durante todo o tempo, corroborando os resultados dos estudos de Aita et al. (2021).

Com a análise de correlações entre as variáveis psicológicas com as físicas, notou-se que as únicas variáveis físicas que não apresentaram correlação com nenhuma medida psicológica foram Massa Magra e P.A.S. Todas as demais se correlacionam com pelo menos uma das variáveis psicológicas. Apesar desses resultados apresentarem semelhanças com outros estudos, sua interpretação deve ser realizada com cuidado, pois Massa Magra e P.A.S. não são capazes de avaliar as alterações nos compartimentos corporais em decorrência da idade (Borges et al., 2024).

O modelo de regressão linear identificou que GDS, APGAR e IMC são, estatisticamente, significativas para o modelo, ou seja, controlando as demais variáveis, elas possuem efeito sobre a qualidade de vida do idoso. Buscando uma estimativa para a saúde do idoso, entende-se o quão menos depressivo e mais funcional à família e com melhor IMC pode ser a saúde do idoso. Esse modelo confirma discussões anteriores que apresentam a saúde do idoso dentro de reflexões biopsicossociais (Ramalho et al., 2018; Sousa et al., 2020).

Dentre as limitações do estudo, destacam-se a representatividade da amostra de conveniência para a população idosa, o N reduzido, a amostra relativamente heterogênea, o tempo de seguimento de um ano e o efeito da replicação de testes que podem ter mascarado declínios e, talvez, superestimado incrementos nos testes avaliados. Além disso, medidas de correlação não fornecem evidências de dependência ou causalidade, sendo indicados estudos confirmatórios em pesquisas futuras. Porém, destaca-se que foram adotadas medidas de controle e redução de vieses na alocação da amostra que permitiram um avanço no controle metodológico, tempo de acompanhamento, verificação do efeito de aprendizagem e controle estatístico por meio das análises realizadas neste estudo.

## Conclusão

Diante das reflexões realizadas, entendem-se os estudos relacionados à saúde do idoso, dentro de perspectivas das alterações psicossociais e físicas, como um campo importante de investigação ante um entendimento de saúde biopsicossocial. Discutir associações e correlações entre aspectos psicológicos e como esses se associam às próprias questões físicas

comuns ao processo do envelhecimento se faz importante na atualidade, uma vez que os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento da pessoa idosa necessitam de atenção integral e humanizada à saúde. Ações multidimensionais e multiprofissionais propõem-se, além do controle e da prevenção das doenças, a oferecer bem-estar físico, psíquico e social, impactando em um processo saudável e promotor de qualidade de vida para a pessoa idosa.

As perspectivas psicológicas e físicas permitem uma visão mais ampla da saúde do idoso e, neste estudo, buscou-se essa ampla reflexão, sob perspectivas multidisciplinares, especificamente focadas em uma compreensão gerontológica. Dentro dessas perspectivas, refletiu-se quanto à necessidade de intervenções preventivas voltadas para uma população de idosos (ainda saudáveis) que não se encontram em quadro de declínio cognitivo ou demencial, em que comumente os estudos nessa área são mais realizados. Assim, entende-se o cuidado gerontológico aos idosos como um processo de acompanhamento em todo o seu envelhecimento, objetivando não somente a qualidade de vida e a longevidade, mas também o envelhecimento saudável, perpassando por um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, propiciando o bem-estar, mesmo em idades mais avançadas.

Por meio do seu trabalho, o acompanhamento gerontológico pode contribuir para a promoção do envelhecimento saudável e ativo ao articular seus saberes com o de diversos profissionais, ao realizar a escuta ativa e estimular os idosos a desenvolverem suas atividades e colocarem suas habilidades e potencialidades em prática.

### Referências

- Aita, A. A., Satler, C., Da Silva, H. S., & Chariglione, I. P. F. S. (2021). Neuropsychological and Physical Trajectories in Neurotypical and High-cognitive Performing Older Adults. *Journal of Geriatric Medicine*, 3(2), 4–14. <https://doi.org/10.30564/jgm.v3i2.3602>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 421–426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- Alvarenga, G. M. O., Delfino, L. L., Silva, L. S. V., Yassuda, M. S., & Cachioni, M. (2018). Idosos e inclusão digital com Tablet-PC: Uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 23(1), 125–142. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.75904>
- Azevedo Filho, E. R., Chariglione, I. P. F. S., Silva, J. T. C., Vale, A. M. S., Araújo, E. K. H. S., & Santos, M. F. R. (2019). Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: Um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 41(2), 142–149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.010>
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bauermeister, S., Legdeur, N., Bauermeister, J., Legido-Quigley, C., Kim, C.-H., & Jansen, W. (2018, 16 a 18 de abril). Predictors of successful cognitive aging in European Superagers (90 + years): A cross-plataform EMIF & DPUK Investigation of Real-World Evidence. In *Conference IMI-EMIF Symposium Brussels*. Brussels, Belgium. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28925.87528>

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. Psychological Corporation.
- Bonfim, C. B., Bernardo, K. J. C., & Castelar, M. (2023). Atuação da Psicologia no contexto da Saúde Coletiva e as políticas públicas direcionadas ao público idoso. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 28, e123507. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.123507>
- Borges, A. E. dos S., Berto, B. T., Peres, G. S., Machado, J. A. dos S., de Souza, T. M., de Moraes, A. M., & Azzolin, G. M. C. (2024). Relação da pressão arterial de idosos participantes do projeto “Vitaliã” – PUC-Campinas com a idade, sexo/gênero e IMC. *Revista Contemporânea*, 4(1), 4102–4119. <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-223>
- Chariglione, I. P. F. S., Da Silva, H. S., & Sacramento, A. M. (2018a). Cognitive performance and physical fitness in the health of Brazilian elderly women. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 8(2), 1–16. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbpe/article/view/9875>
- Chariglione, I. P. F. S., Janczura, G. A., & Belleville, S. (2018b). Cognitive interventions to improve memory in healthy older adults: the use of Canadian (MEMO) and Brazilian (Stimulus) approaches. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(1), 2–13. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180002>
- Chariglione, I. P. F. S., Silva, H. S., Melo, G. F., Vilaça e Silva, K. H. C., & Oliveira, M. L. C. (2020). Cognitive interventions and performance measures: A longitudinal study in elderly women. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e190032. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e190032>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 outubro). Brasília, DF: Senado Federal. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011, 29 junho). *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
- Duarte, Y. A. O. (2001). *Família: Rede de suporte ou fator estressor - A ótica de idosos e cuidadores familiares* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).
- Faustino, A. M., & Neves, R. (2020). Benefícios da prática de atividade física em pessoas idosas: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(5), e3012. <https://doi.org/10.25248/reas.e3012.2020>
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793–799. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., 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), 178–783. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Guimarães, E. V., Silva, H. P. R., & Basile, R. (2020). Avaliação da qualidade de vida e relação com o nível de atividade física em idosos utilizando os questionários WHOQOL-bref e IPAQ. *Cadernos UniFOA*, 15(43), 133–141. <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/3148/pdf>

- Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2009). Fit body, fit mind? *Scientific American Mind*, 20, 24–31. <https://doi.org/10.1038/scientificamericanmind0709-24>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Estatísticas: Perfil do idoso*. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/popula%C3%A7%C3%A3o/idoso>
- Klettemberg, D. F., Padilha, M. I., Maliska, I. A., Villarinho, M. V., & Costa, R. (2019). O mercado de trabalho em enfermagem gerontológica no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 97–103. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0178>
- Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. (1994, 5 janeiro). *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm)
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. (2003, 3 outubro). *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)
- Mazo, G. Z., de Aguiar Antunes, G., Gil, P. R., & Alves, L. G. (2023). Projeto SC 100: Qualidade de Vida, Atividades Físicas e de Lazer de Idosos Centenários de Santa Catarina. *LICERE – Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, 26(1), 133–151. <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2023.45694>
- Ministério da Saúde. (2006a). *Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
- Nazar, F., Gomes, F., Oliveira, V., & Vagetti, G. (2020). Qualidade de vida, atividade física e cognição na população idosa: uma revisão sistemática. *Uningá Review Journal*, 35, eRUR2789. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2789>
- Oliveira, D. S., Lima, M. P., Ratto, C. G., Rossi, T., Baptista, R. R., & Irigaray, T. Q. (2020a). Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(1), 187–204. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50796>
- Oliveira, M. C. G. M., Salmazo-Silva, H., Gomes, L., Moraes, C. F., & Alves, V. P. (2020b). Elderly individuals in multigenerational households: Family composition, satisfaction with life and social involvement. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e180081. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180081>
- Oliveira, W. I. F. D., Salvador, P. T. C. D. O., & Lima, K. C. D. (2023). Aspectos determinantes para construção social da pessoa idosa a partir das políticas públicas no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 32, e210118pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210118pt>
- Passos, S. G., Ferneda, E., Cruz, F. W., Silva, H. S., Alves, V. P., & Chariglione, I. P. F. S. (2020). Medicação®: Um estudo sobre o Autogerenciamento de Medicamentos em idosos. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 9(2), 199–211. <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/503>
- Ramalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2018). Determinantes psicossociais do comportamento sedentário dos idosos: Estudo qualitativo. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(1), 147–165. <https://doi.org/10.6018/cpd.333221>
- Robinson, S. A., & Lachman, M. E. (2018). Perceived control and cognition in adulthood: The mediating role of physical activity. *Psychology and aging*, 33(5), 769–781. <https://doi.org/10.1037/pag0000273>

- Romero, D. E., Castanheira, D., Marques, A. P., Muzi, J., Sabadini, L., & Silva, R. S. (2018). Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: O SISAP-Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2641–2650. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10302016>
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://dx.doi.org/10.1159/000353263>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. <https://psycnet.apa.org/record/1979-26481-001>
- Smolarek, A. C., Ferreira, L. H. B., Mascarenhas, L. P. G., McAnulty, S. R., Varela, K. D., Dangui, M. C., de Barros, M. P., Utter, A. C., & Souza-Junior, T. P. (2016). The effects of strength training on cognitive performance in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 749–754. <https://doi.org/10.2147/CIA.S102126>
- Sousa, P. H. S. F., Primo, A. E., Fernandes, A. K. B., Silva, M. M. L., Almeida, T. F., Azevedo, M. V. C., Torres, R. C., & Santos Júnior, G. M. (2020). Enfermagem na prevenção da depressão no idoso / nursing in the prevention of depression in the elderly. *Brazilian Journal of Development*, 6(9), 70446–70459. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-482>
- Souza, L. H. R., Brandão, J. C. S., Fernandes, A. K. C., & Cardoso, B. L. C. (2017). Queda em idosos e fatores de risco associados. *Revista de Atenção à Saúde*, 15(54), 55–60. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n54.4804>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4ª ed.). Allyn and Bacon.
- Torchiano, M. (2017). Effsize: Efficient effect size computation. version 0.7.1. <https://CRAN.R-project.org/package=effsize>
- Vale, M. A. S., Silva, H. S., & Chariglione, I. P. F. S. (2019). Memória autobiográfica: Uma proposta de estimulação mnêmica em idosos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 359–377. [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v21n2/pt\\_v21n2a13.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v21n2/pt_v21n2a13.pdf)
- Vieira, P. F., & Almeida, M. A. R. (2020). Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 3(1), 371-378. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/294>
- World Health Assembly, 69. (2016). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health: Report by the Secretariat*. World Health Organization. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf)
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Recebido em: 20/05/2022

Última publicação: 12/02/2024

Aceite final: 28/02/2024

**Sobre os autores:**

**Lilian Cristina dos Santos:** Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Consultora Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) de Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. **E-mail:** lilian\_cristina25@hotmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8142-1514>

**Suderlan Sabino Leandro:** Doutor em Enfermagem pelo Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas para Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF. Professor na Pós-Graduação em Enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas para Saúde na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). **E-mail:** suderlan.leandro@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9796-5551>

**Vicente Paulo Alves:** Doutor em Ciências da Religião pela Universidade Católica de Brasília. Professor na Pós-Graduação no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia na Universidade Católica de Brasília. **E-mail:** vicerap@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1412-830X>

**Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione:** [Autora para contato]. Doutora em Cognição e Neurociências pela Universidade de Brasília. Professora na Graduação em Psicologia e na Pós-Graduação em Psicologia na Universidade de Brasília. **E-mail:** ichariglione@unb.br, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0001-8627-3736>