

Autoavaliação de saúde e satisfação com a vida de idosos acompanhados pela atenção domiciliar

Life satisfaction and health self-assessment of older adults assisted through home care
Autoevaluación de salud y satisfacción con la vida de ancianos seguidos por atención domiciliar

Mariane Lurdes Predebon¹

ORCID: 0000-0003-1085-3034

Gilmara Ramos¹

ORCID: 0000-0003-0198-3320

Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol¹

ORCID: 0000-0002-6790-0121

Juana Vieira Soares¹

ORCID: 0000-0002-6964-8871

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹

ORCID: 0000-0003-1444-4086

Idiane Rosset¹

ORCID: 0000-0003-3651-652X

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² University of Alberta, Faculty of Nursing. Edmonton, Alberta, Canada.

Como citar este artigo:

Predebon MP, Ramos G, Dal Pizzol FL, Soares JV, Paskulin LMG, Rosset I. Life satisfaction and health self-assessment of older adults assisted through home care. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200357. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0357>

Autor Correspondente:

Mariane Lurdes Predebon
E-mail: predebon11@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 26-04-2020 **Aprovação:** 18-10-2020

RESUMO

Objetivo: identificar características sociodemográficas e de saúde de acordo com faixas etárias e analisar associação da autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida regular/ruim com características sociodemográficas, funcionalidade global e quedas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica. **Método:** estudo transversal com 124 idosos, realizado através de entrevistas domiciliares. Utilizou-se questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde, Índice de Barthel, Escala de Lawton, Mini Exame do Estado Mental, Escala Depressão Geriátrica e Teste *Timed Up and Go*. Aplicaram-se análises bivariada e multivariada (Regressão de Poisson). **Resultados:** houve predomínio de octogenários do sexo feminino. Autoavaliação de saúde regular/ruim apresentou associação com sintomas depressivos leves ($p=0,002$) e severos ($p<0,001$). Satisfação com a vida regular/ruim teve associação com medo de cair ($p=0,019$) e com sintomas depressivos leves ($p<0,001$) e severos ($p<0,001$). **Conclusão:** sintomas depressivos estiveram associados com pior autoavaliação de saúde e satisfação com a vida.

Descritores: Satisfação Pessoal; Idoso; Enfermagem Geriátrica; Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify sociodemographic and health characteristics according to age groups and to analyze the association between self-assessed health status and satisfaction with regular/bad life with sociodemographic characteristics, global functioning and falls of older adults linked to home care within the primary health care network. **Method:** cross-sectional study with 124 older adults, conducted using home interviews. A sociodemographic data and health status questionnaire was used, together with Barthel Index, Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), the Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale and the Timed Up and Go Test. Bivariate and multivariate analyses (Poisson regression) were applied. **Results:** there was a predominance of female octogenarians. Self-assessment of regular/bad health was associated with mild ($p=0.002$) and severe ($p<0.001$) depressive symptoms. Satisfaction with regular/bad life was associated with fear of falling ($p=0.019$) and with mild ($p<0.001$) and severe ($p<0.001$) depressive symptoms. **Conclusion:** depressive symptoms were associated with a worse life satisfaction and health self-assessment.

Descriptors: Personal Satisfaction; Aged; Geriatric Nursing; Home Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar características sociodemográficas y de salud según fajas etarias y analizar asociación de autoevaluación del estado de salud y de satisfacción con la vida regular/mala con características sociodemográficas, funcionalidad global y caídas de ancianos en seguimiento por Atención Domiciliar de la Atención Básica. **Métodos:** Estudio transversal con 124 ancianos, realizado mediante entrevistas domiciliarias. Se utilizó cuestionario de datos sociodemográficos y condiciones de salud, Índice de Barthel, Escala de Lawton, Mini Examen del Estado Mental, Escala de Depresión Geriátrica y Test *Timed Up and Go*. Se aplicó análisis bivariado y multivariado (Regresión de Poisson). **Resultados:** Predominaron octogenarias de sexo femenino. Autoevaluación de salud regular/mala presentó asociación con síntomas depresivos leves ($p=0,002$) y severos ($p<0,001$). Satisfacción con la vida regular/mala estuvo asociada con miedo a caer ($p=0,019$) y con síntomas depresivos leves ($p<0,001$) y severos ($p<0,001$). **Conclusión:** Los síntomas depresivos estuvieron asociados con peor autoevaluación de salud y satisfacción con la vida.

Descritores: Satisfacción Personal; Anciano; Enfermería Geriátrica; Atención Domiciliar de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O declínio funcional decorrente do avançar da idade e de doenças crônicas pode repercutir na necessidade de cuidados prolongados⁽¹⁾. Diante disso, é preciso adequar a gestão de cuidados dos serviços de saúde, com o intuito de atender às novas demandas e permitir maior participação no autocuidado e bem-estar da pessoa idosa⁽²⁾.

O conceito de saúde do idoso está diretamente relacionado à sua funcionalidade e bem-estar⁽²⁾. No que tange ao bem-estar individual, a autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida são duas medidas subjetivas importantes. A autoavaliação do estado de saúde, também denominada de autopercepção de saúde, revela a compreensão do indivíduo sobre a sua própria saúde, podendo expressar, na pessoa idosa, perda da capacidade funcional⁽³⁻⁴⁾. A satisfação com a vida, por sua vez, integra, em vários aspectos, o bem-estar e é entendida como um sentimento individual em relação à sua vida derivado de uma comparação do que tem com o que espera ter⁽⁵⁾.

Estudo canadense mostrou que os idosos que tiveram suas necessidades resolvidas pelo atendimento domiciliar relataram níveis mais altos de satisfação com a vida e níveis mais baixos de solidão e de estresse percebido⁽⁶⁾. No contexto brasileiro, a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), prevista nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), serve como uma estratégia de atenção à saúde, sendo o elo entre o indivíduo idoso e o serviço de saúde. A AD1 é destinada aos usuários que requeiram cuidados com menor frequência e complexidade, sendo de responsabilidade da Atenção Básica⁽⁷⁾. A modalidade AD1 ainda é pouco estruturada na Atenção Básica, no que diz respeito à sistematização do cuidado prestado, bem como pouco mencionada em divulgações e publicações científicas, quando comparada às modalidades de Atenção Domiciliar tipo 2 e 3, que constituem o programa Melhor em Casa. Embora não seja direcionada somente a idosos, observa-se, na prática, que grande parte dos usuários possui mais de 60 anos, principalmente em locais com população mais envelhecida. Assim, entende-se que a AD1 é um campo propício para intervir no bem-estar da pessoa idosa que possui limitações.

A funcionalidade global da pessoa idosa tem relação direta com seu bem-estar, repercutindo na sua satisfação com a vida e autoavaliação de saúde. A funcionalidade global é um conceito abrangente que compreende a capacidade do indivíduo de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo, ancorada pelos principais sistemas funcionais de cognição, comunicação, humor e mobilidade⁽⁸⁾. Portanto, devem ser avaliados, de forma minuciosa, as alterações da capacidade funcional e os sistemas funcionais, tendo em vista a promoção de saúde e satisfação com a vida. Os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida de idosos em geral já foram descritos anteriormente, apresentando associação com múltiplos fatores sociodemográficos, econômicos, funcionais e psicológicos⁽⁹⁻¹²⁾. Entretanto, quando se trata de idosos em acompanhamento pela Atenção Domiciliar (AD) vinculada à Atenção Básica, existem poucos estudos. Dessa forma, busca-se, com este estudo, identificar quais são as particularidades dessa população. O conhecimento sobre as medidas subjetivas que

expressam o bem-estar e os fatores associados de idosos com acompanhamento da AD1 possibilitará ao enfermeiro, por meio de boas práticas em enfermagem gerontológica na AD, planejar e implementar intervenções com o idoso, a família e/ou o cuidador, visando manter sua autonomia e bem-estar na perspectiva da longitudinalidade do cuidado.

OBJETIVO

Identificar características sociodemográficas e de saúde de acordo com faixas etárias e analisar a associação da autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida regular/ruim com características sociodemográficas, funcionalidade global e quedas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Tipo de estudo, local e período

Estudo transversal conduzido no Distrito Sanitário (DS) Centro de Porto Alegre. Esse DS possui a maior proporção de idosos cadastrados do município, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos de Porto Alegre⁽¹³⁾. O DS Centro é composto por três serviços de Atenção Básica: Santa Cecília, que contém uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com quatro equipes de Saúde da Família (eSF), Modelo e Santa Marta, ambos contêm uma UBS sem eSF e uma UBS com duas eSF. As entrevistas ocorreram no domicílio dos participantes. Os dados foram coletados no período de outubro de 2018 até abril de 2019.

Amostra e critérios de seleção

A amostra foi composta por 124 idosos. Os critérios de inclusão foram: pessoas idosas (≥ 60 anos)⁽²⁾ e vinculadas à AD1 do DS Centro de Porto Alegre, ao passo que os critérios de exclusão foram: idosos não localizados após três tentativas de contato telefônico, em dias e turnos diferentes ou que não estiveram no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar; idosos sem capacidade de comunicação verbal/escrita ou com diagnóstico médico de demência avançada informado pelo cuidador ou pelo profissional da equipe; e idosos institucionalizados.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa *WinPepi*, versão 11.65. Com base no estudo de Sposito e colaboradores⁽¹⁴⁾, para que fosse possível detectar uma diferença de 35% nos percentuais de satisfação entre as diferentes faixas etárias, tendo em vista um poder de 80% e nível de significância de 5%, foram necessários, no mínimo, 36 indivíduos por cada faixa etária, totalizando 108 indivíduos. No entanto, optou-se por incluir a totalidade da população idosa vinculada à AD1 dos três serviços, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão (N=124).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas conduzidas por enfermeiras e por discentes da graduação de Enfermagem capacitados previamente. Inicialmente foi realizada a identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS Centro por meio das listas fornecidas por enfermeiros e por agentes comunitários de saúde de cada serviço, as quais continham nome completo, endereço e telefone. No total, constavam 227 usuários, porém apenas 124 se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo. Para aqueles indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio e uma tentativa de visita domiciliar, caso não fosse possível o contato telefônico. Foram aplicados: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde; Índice de Barthel; Escala de Lawton; Escala de Depressão Geriátrica; Teste *Timed Up and Go* (TUG). A duração das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos.

O questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde foi construído pelas autoras deste estudo e continha as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, número de quedas nos últimos 12 meses, medo de cair, autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida. A autoavaliação do estado de saúde foi analisada por meio do questionamento "Em geral, comparando sua saúde com a das outras pessoas de sua idade, o(a) sr.(a.) diria que a sua saúde é: muito boa, boa, regular ou ruim" e a satisfação com a vida, pelo questionamento "Em geral, de que forma o(a) sr.(a.) avalia sua satisfação com a vida: muito boa, boa, regular ou ruim"^(3,10).

Em relação à funcionalidade global⁽⁸⁾, ela foi avaliada pela capacidade funcional (Índice de Barthel e Escala de Lawton), e por três de seus principais sistemas funcionais: Cognição (MEEM), Humor (Escala de Depressão Geriátrica) e Mobilidade (TUG).

O Índice de Barthel e a Escala de Lawton foram utilizados para avaliar a capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), respectivamente. O Índice de Barthel foi validado para uso no Brasil⁽¹⁵⁾. Esse instrumento avalia dez ABVD, variando a pontuação de 0 a 100. É considerado dependente total a pessoa com pontuações inferiores a 20; de 20 a 35, dependente elevado; de 40 a 55, dependente moderado; de 60 a 99, dependente mínimo e 100, independente⁽¹⁵⁾. A Escala de Lawton possui reconhecimento pelo Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁶⁾ para avaliação funcional da pessoa idosa na Atenção Básica, sendo amplamente utilizada na prática clínica. Essa escala avalia nove AIVD, sendo atribuídos, para cada atividade, de um a três pontos ("Sem ajuda" – três pontos; "Com ajuda parcial" – dois pontos; "Não consegue" – um ponto), quanto maior for a soma do escore total, maior é a independência do idoso⁽¹⁶⁾. O autor da escala original e a versão que consta no material do MS não propõem ponto de corte, assim, em virtude de a distribuição encontrada no presente estudo ser assimétrica, foi categorizada em menor dependência pontuação inferior a 12 (mediana) e, em maior dependência, pontuação igual ou maior a 12 pontos.

Na avaliação da cognição, foi utilizado o MEEM, na versão adaptada para uso no Brasil⁽¹⁷⁾. O escore total varia de 0 a 30 pontos, e o ponto de corte para declínio cognitivo é estabelecido de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos,

18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade.

A Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida (15 itens) foi utilizada para avaliar os sintomas depressivos na avaliação do humor dos idosos⁽¹⁸⁾. A pontuação total varia de 0 a 15 pontos, sendo: entre 0 e 5, normal (ausência de sintomas depressivos), entre 6 e 10, sintomas depressivos leves e, entre 11 e 15, sintomas depressivos severos⁽¹⁶⁾.

O TUG foi utilizado na sua versão brasileira para a avaliação da mobilidade⁽¹⁹⁾. Tendo em vista que este estudo é composto por amostra que possui limitações de locomoção (critério de inclusão na AD1), foi utilizado apenas um ponto de corte, menor que 20 segundos indicando boa mobilidade e igual ou maior a 20 segundos alteração da mobilidade.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram duplamente digitados em planilha do Excel[®] e analisados com apoio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 21.0. Na análise descritiva, foram calculados: média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica para as variáveis quantitativas e, para as categóricas, frequências absolutas e relativas. As variáveis expressas por frequências absolutas e relativas foram associadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados. Para avaliar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, foram aplicadas análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson, analisando-se, de forma dicotômica, "muito boa/boa" e "regular/ruim", sendo apresentado, nos resultados, o desfecho de risco "regular/ruim". O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalência em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Houve predomínio do sexo feminino (75,8%), encontrando-se o maior percentual de mulheres na faixa etária de 80 a 89 anos (38,7%). A média de idade da amostra foi de 82,8 ($\pm 9,2$) anos.

A Tabela 1 apresenta, na faixa etária de 60 a 79 anos, maior proporção, estatisticamente significativa, do sexo masculino ($p=0,001$), estado conjugal casado ($p=0,003$), boa mobilidade ($TUG < 20$ segundos, $p=0,025$) e menor dependência para as AIVD ($p=0,012$). Na faixa etária de 80 a 89 anos, houve maior concentração, estatisticamente significativa, do sexo feminino ($p=0,001$), enquanto que, na faixa etária igual ou superior a 90 anos, houve maior proporção do estado conjugal viúvo ($p=0,003$) e alteração da mobilidade ($TUG \geq 20$ segundos, $p=0,025$).

Houve um percentual maior de idosos que respondeu a opção "boa" tanto na autoavaliação do estado de saúde (50,8%), quanto na satisfação com a vida (45,2%), foi observada correlação significativa positiva entre autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida ($r=0,489$; $p < 0,001$). Esses dados estão distribuídos na Figura 1.

A análise bivariada das variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim está apresentada na Tabela 2.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra total e comparação entre as faixas etárias, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Variáveis	Amostra total N=124 (100%)	60 a 79 anos n=40 (32,3%)	80 a 89 anos n=54 (43,5%)	≥ 90 anos n=30 (24,2%)	p*
Sexo					0,001
Masculino	30 (24,2)	18 (45,0)**	6 (11,1)	6 (20,0)	
Feminino	94 (75,8)	22 (55,0)	48 (88,9)**	24 (80,0)	
Escolaridade					0,121
0 a 4 anos	56 (45,2)	13 (32,5)	25 (46,3)	18 (60,0)	
5 a 8 anos	37 (29,8)	14 (35,0)	14 (25,9)	9 (30,0)	
> 8 anos	31 (25,0)	13 (32,5)	15 (27,8)	3 (10,0)	
Estado conjugal					0,003
Casado	33 (26,6)	16 (40,0)**	12 (22,2)	5 (16,7)	
Solteiro/Divorciado	32 (25,8)	13 (32,5)	16 (29,6)	3 (10,0)	
Viúvo	59 (47,6)	11 (27,5)	26 (48,1)	22 (73,3)**	
Renda familiar***					0,299
1 a 2 s.m.	43 (34,7)	15 (37,5)	18 (33,3)	10 (33,3)	
3 a 5 s.m.	58 (46,8)	22 (55,0)	23 (42,6)	13 (43,3)	
> 5 s.m.	23 (18,5)	3 (7,5)	13 (24,1)	7 (23,3)	
ABVD – Dependência					0,236
Moderada/Elevada/Total	57 (46,0)	14 (35,0)	28 (51,9)	15 (50,0)	
Mínima/Independente	67 (54,0)	26 (65,0)	26 (48,1)	15 (50,0)	
AIVD					0,012
< 12	64 (51,6)	13 (32,5)	32 (59,3)	19 (63,3)	
≥ 12	60 (48,4)	27 (67,5)**	22 (40,7)	11 (36,7)	
Declínio cognitivo					0,967
Com	61 (49,2)	19 (47,5)	27 (50,0)	15 (50,0)	
Sintomas depressivos					0,565
Sem	63 (50,8)	19 (47,5)	26 (48,1)	18 (60,0)	
Leves	47 (37,9)	18 (45,0)	21 (38,9)	8 (26,7)	
Severos	14 (11,3)	3 (7,5)	7 (13,0)	4 (13,3)	
Mobilidade					0,025
< 20 s	27 (21,8)	13 (32,5)**	12 (22,2)	2 (6,7)	
≥ 20 s	48 (38,7)	10 (25,0)	20 (37,0)	18 (60,0)**	
Acamado/Cadeirante	49 (39,5)	17 (42,5)	22 (40,7)	10 (33,3)	
Queda no último ano					0,325
Sim	49 (39,5)	12 (30,0)	24 (44,4)	13 (43,3)	
Medo de cair					0,163
Sim	88 (71,0)	24 (60,0)	42 (77,8)	22 (73,3)	

Nota: ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária; *teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados; **associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância; ***salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

Tabela 2 – Análise bivariada de variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Variáveis (N=124)	Autoavaliação do estado de saúde			Satisfação com a vida		
	Regular/Ruim n=47 (%)	RP (IC 95%)	p*	Regular/Ruim n=49 (%)	RP (IC 95%)	p*
Sexo						
Masculino (n=30)	10 (33,3)	1,00		11 (36,7)	1,00	
Feminino (n=94)	37 (39,4)	1,18 (0,67 a 2,08)	0,564	38 (40,4)	1,10 (0,65 a 1,87)	0,718
Faixa etária						
60 a 79 anos (n=40)	13 (32,5)	1,00		17 (42,5)	1,00	
80 a 89 anos (n=54)	23 (42,6)	1,31 (0,76 a 2,26)	0,329	21 (38,9)	0,92 (0,56 a 1,50)	0,723
≥ 90 anos (n=30)	11 (36,7)	1,13 (0,59 a 2,16)	0,715	11 (36,7)	0,86 (0,48 a 1,56)	0,625
Escolaridade						
0 a 4 anos (n=56)	10 (32,3)	1,27 (0,70 a 2,32)	0,429	23 (41,1)	0,98 (0,58 a 1,65)	0,937
5 a 8 anos (n=37)	14 (37,8)	1,17 (0,61 a 2,26)	0,634	13 (35,1)	0,84 (0,46 a 1,53)	0,565
>8 anos (n=31)	23 (41,1)	1,00		13 (41,9)	1,00	
Estado conjugal						
Casado (n=33)	10 (30,3)	1,00		12 (36,4)	1,00	
Solteiro/Divorciado(n=32)	17 (53,1)	1,75 (0,95 a 3,23)	0,072	20 (62,5)	1,72 (1,02 a 2,91)	0,043
Viúvo (n=59)	20 (33,9)	1,12 (0,60 a 2,10)	0,727	17 (28,8)	0,79 (0,43 a 1,45)	0,450

Continua

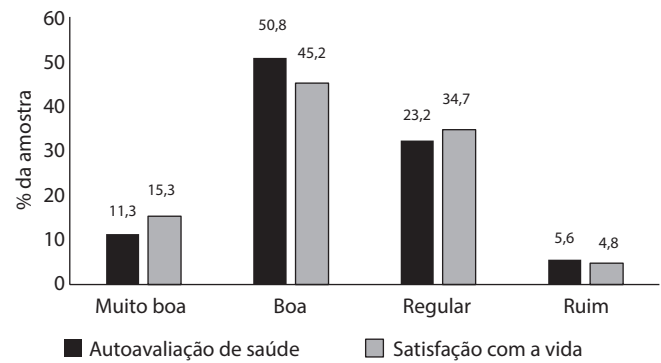


Figura 1 – Autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida de idosos (N=124) vinculados à AD1, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Na Tabela 3, é possível observar que, após análise multivariada, apenas os sintomas depressivos leves ($p=0,002$) e severos ($p<0,001$) mantiveram associação estatisticamente significativa com a autoavaliação do estado de saúde regular/ruim. No que diz respeito à satisfação com a vida regular/ruim, permaneceram as associações estatisticamente significativas com os sintomas depressivos leves ($p<0,001$) e severos ($p<0,001$) e com o medo de cair ($p=0,019$).

DISCUSSÃO

O considerável predomínio de octogenários do sexo feminino encontrado neste estudo, relaciona-se ao já conhecido processo de feminização do envelhecimento e às características do grupo etário cuidado na AD, que tende a ser mais velho⁽²⁰⁾. À vista disso, é essencial que os profissionais de enfermagem que atuam na AD1 considerem, em suas intervenções, particularidades do cuidado à saúde da mulher idosa. Nesse sentido, é imprescindível que a atenção abranja as consequências das perdas hormonais e funcionais, direcionando ações para a autoimagem, autoestima, sexualidade, autonomia e engajamento na vida da mulher idosa, repercutindo em sua satisfação pessoal⁽²¹⁾.

Continuação da Tabela 2

Variáveis (N=124)	Autoavaliação do estado de saúde			Satisfação com a vida		
	Regular/Ruim n=47 (%)	RP (IC 95%)	p*	Regular/Ruim n=49 (%)	RP (IC 95%)	p*
Renda familiar**						
1 a 2 s.m. (n=43)	19 (44,2)	1,13 (0,61 a 2,08)	0,696	20 (46,5)	0,97 (0,57 a 1,66)	0,918
3 a 5 s.m. (n=58)	19 (32,8)	0,84 (0,45 a 1,57)	0,580	18 (31,0)	0,65 (0,37 a 1,15)	0,140
> 5 s.m. (n=23)	9 (39,1)	1,00		11 (47,8)	1,00	
ABVD – Dependência						
Moderada/Elevada/Total (n=57)	28 (49,1)	1,73 (1,09 a 2,75)	0,020	27 (47,4)	1,44 (0,93 a 2,24)	0,101
Mínima/Independente (n=67)	19 (28,4)	1,00		22 (32,8)	1,00	
AIVD						
< 12 (n=64)	31 (48,4)	1,82 (1,11 a 2,97)	0,017	31 (48,4)	1,62 (1,02 a 2,56)	0,042
≥ 12 (n=60)	16 (26,7)	1,00		18 (30,0)	1,00	
Declínio cognitivo						
Sem (n=63)	21 (33,3)	1,00		23 (36,5)	1,00	
Com (n=61)	26 (42,6)	1,28 (0,81 a 2,02)	0,289	26 (42,6)	1,17 (0,75 a 1,81)	0,487
Sintomas depressivos						
Sem (n=63)	9 (14,3)	1,00		9 (14,3)	1,00	
Leves (n=47)	25 (53,2)	3,72 (1,92 a 7,22)	<0,001	27 (57,4)	4,02 (2,09 a 7,73)	<0,001
Severos (n=14)	13 (92,9)	6,50 (3,49 a 12,1)	<0,001	13 (92,9)	6,50 (3,49 a 12,1)	<0,001
Mobilidade						
< 20 s (n=27)	9 (33,3)	1,00		8 (29,6)	1,00	
≥ 20 s (n=48)	17 (35,4)	1,06 (0,55 a 2,05)	0,856	21 (43,8)	1,48 (0,76 a 2,87)	0,250
Acamado/Cadeirante (n=49)	21 (42,9)	1,29 (0,69 a 2,40)	0,430	20 (40,8)	1,38 (0,70 a 2,69)	0,350
Queda						
Sem (n=75)	23 (30,7)	1,00		26 (34,7)	1,00	
Com (n=49)	24 (49,0)	1,60 (1,02 a 2,49)	0,039	23 (46,9)	1,35 (0,88 a 2,08)	0,167
Medo de cair						
Sim (n=88)	38 (43,2)	1,73 (0,93 a 3,19)	0,081	42 (47,7)	2,46 (1,22 a 4,94)	0,012
Não (n=36)	9 (25,0)	1,00		7 (19,4)	1,00	

Nota: RP = Razão de Prevalência; ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária; *análise bivariada de Regressão de Poisson; **salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

Tabela 3 – Análise multivariada de variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Variáveis	Autoavaliação do estado de saúde		Satisfação com a vida	
	RP (IC 95%)	p*	RP (IC 95%)	p*
Estado conjugal				
Casado	1,00		1,00	
Solteiro/Divorciado	1,43 (0,84 a 2,43)	0,186	1,37 (0,81 a 2,33)	0,243
Viúvo	0,92 (0,54 a 1,56)	0,750	0,67 (0,39 a 1,14)	0,139
Renda familiar**				
1 a 2 s.m.	-----	-----	0,91 (0,48 a 1,70)	0,760
3 a 5 s.m.	-----	-----	0,66 (0,40 a 1,11)	0,115
> 5 s.m.	-----	-----	1,00	
ABVD – Dependência				
Moderada/Elevada/Total	1,25 (0,79 a 1,96)	0,345	1,06 (0,63 a 1,77)	0,840
Mínima/Independente	1,00		1,00	
AIVD				
< 12	1,02 (0,59 a 1,77)	0,947	0,98 (0,57 a 1,66)	0,926
≥ 12	1,00		1,00	
Sintomas depressivos				
Sem	1,00		1,00	
Leves	3,09 (1,54 a 6,19)	0,002	3,34 (1,79 a 6,25)	<0,001
Severos	5,64 (2,86 a 11,1)	<0,001	5,93 (2,95 a 11,9)	<0,001
Queda				
Sem	1,00		1,00	
Com	1,39 (0,94 a 2,06)	0,103	1,10 (0,78 a 1,56)	0,595
Medo de cair				
Sim	1,19 (0,68 a 2,11)	0,542	2,02 (1,12 a 3,63)	0,019
Não	1,00		1,00	

Nota: RP = Razão de Prevalência; ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária; *análise multivariada de Regressão de Poisson; **salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

Como era esperado, os idosos na faixa etária de 60 a 79 anos, ou seja, os mais jovens do presente estudo, apresentaram associação estatisticamente significativa com o estado conjugal casado, TUG < 20 segundos e menor dependência para as AIVD. Esses achados corroboram outros estudos que mostraram que ser casado reduz a probabilidade de pior capacidade funcional e que possuir 80 anos ou mais aumenta a chance de maior dependência nas atividades de vida diária, especialmente as instrumentais^(14,22).

Chama a atenção a proporção de idosos com 90 anos ou mais em acompanhamento pela AD1. Esse grupo apresentou associação significativa com TUG ≥ 20 segundos, o que pode estar relacionado à sarcopenia e ao consequente declínio funcional que, em geral, aumenta com o avançar da idade, elevando a chance de redução da mobilidade⁽²³⁾. Destaca-se o papel do enfermeiro na AD1 quanto à elaboração, implementação e ao acompanhamento do plano de cuidados individualizado junto a equipe multidisciplinar. Nessa perspectiva, é essencial que seja avaliado o risco de quedas, implementando-se medidas preventivas. De modo semelhante, com vistas à manutenção da mobilidade sugere-se, se possível, estimular a movimentação desse grupo, mesmo que dentro de seu domicílio.

Quanto à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, mais da metade dos idosos avaliaram como boa ou muito boa, similar a achados com idosos em geral^(4,10). A satisfação com a vida e a autoavaliação do estado de saúde são apontadas em pesquisas como indicadores de qualidade de vida e de bem-estar^(6,24). Os resultados encontrados neste estudo podem ser indicativos

de resolutividade e benefícios do acompanhamento em saúde no domicílio⁽⁶⁾. É possível que o trabalho realizado pela equipe de APS no domicílio esteja proporcionando maior bem-estar para a pessoa idosa por meio da construção de vínculo, ampliação do acesso à saúde, capacitação do idoso e familiares para o autocuidado diante das necessidades de cuidado identificadas, e monitoramento do estado de saúde.

Referente aos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, não houve associação significativa com variáveis sociodemográficas, diferindo de outros estudos com idosos em geral⁽⁹⁻¹²⁾. Destaca-se que, dentro da condição socioeconômica brasileira, a região Sul possui média de renda mais elevada, quando comparada às demais, fator que pode impactar positivamente na qualidade de vida dos sulistas⁽²⁵⁾.

Autoavaliações de saúde negativas de pessoas idosas geralmente decorrem de limitações no desempenho de atividades de vida diária, estando relacionadas com pior capacidade funcional⁽²⁶⁾. No presente estudo, houve maior razão de prevalência na relação entre os idosos mais dependentes nas ABVD e nas AIVD com a pior autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida, entretanto tal associação não permaneceu significativa na análise multivariada. É possível que, aumentando-se o tamanho da amostra, também seja mantida a significância. Ainda assim, foi perceptível que os participantes do estudo, mesmo possuindo limitações funcionais, avaliaram sua saúde e a satisfação com a vida como boa. Essa percepção vai ao encontro de Sposito e colaboradores⁽¹⁴⁾ que sugerem que indivíduos mais velhos apresentam melhor satisfação com a vida, mesmo com maior comprometimento funcional. Apesar de ser esperado que quanto maior a dependência da pessoa idosa pior a sua autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida, infere-se que a ampliação dos recursos e acesso à saúde, dentre eles, assistência no domicílio, podem trazer impactos positivos no bem-estar individual, repercutindo na sua percepção de saúde e satisfação com a vida.

Ainda no tocante à funcionalidade global do idoso, alteração na mobilidade e declínio cognitivo também não apresentaram associação significativa com autoavaliação do estado de saúde e com satisfação com a vida regular/ruim, diferindo, assim, de outros estudos com idosos em geral^(11,27-29). Destaca-se que a amostra em estudo possui particularidades em comparação a idosos em geral da comunidade, pelo fato de receberem visita domiciliar de profissionais de saúde e pelo acesso diferenciado aos serviços de saúde, o que pode ter exercido algum impacto nos achados. Além disso, vale ressaltar que não foram incluídos, no estudo, os idosos com demência avançada.

Quanto ao humor, manteve-se associação significativa entre sintomas depressivos leves e severos, tanto com a autoavaliação do estado de saúde quanto com a satisfação com a vida regular/ruim, após o controle para variáveis confundidoras, ratificando estudos nacionais e internacionais, embora estes com idosos em geral^(11,29-33). Estudo coreano constatou que o apoio social possui efeito na depressão por meio do alívio de estresse⁽³⁴⁾. Em vista disso, sugere-se como uma alternativa fortalecer a rede de apoio, tendo o enfermeiro o papel de estimular o contato intergeracional com familiares e amigos, incentivando inclusive ligações de áudio ou vídeo, explorando os recursos que possuem. Os *day care center*, já implementados em outros países, são espaços que possibilitam

que idosos dependentes saiam de casa por algumas horas do dia e interajam com pessoas de outros grupos etários. São os próprios enfermeiros que atendem esses idosos no domicílio que os referenciam para os *day care center*. Esse espaço proporciona interações sociais e participação dos idosos em atividades que impactam positivamente na percepção de solidão, qualidade de vida e atitudes⁽³⁵⁾. Nesse sentido, com o objetivo de promover o bem-estar da pessoa idosa e reduzir a sobrecarga da família, recomenda-se o desenvolvimento de espaços semelhantes no contexto brasileiro.

As boas práticas em enfermagem gerontológica na AD requerem constantes planejamentos e reorganizações⁽³⁶⁾. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de ampliar ações voltadas ao bem-estar do indivíduo no seu domicílio, com a finalidade de reduzir sintomas depressivos, tendo em vista as evidências de que o envolvimento em atividades sociais e culturais está relacionado ao maior bem-estar e à resiliência⁽³⁷⁾. Dessa forma, sugere-se que o enfermeiro, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), elabore planos de cuidados individualizados que envolvam atividades diferenciadas com a pessoa idosa no seu próprio domicílio, visando estimular sua autonomia e atentando para as suas preferências individuais, tais como: pintura, leitura, lista de desejos/sonhos, diário de atividades, crochê, yoga, meditação, preparo de alimentos, atividades com familiares/cuidadores, entre outras. É fundamental que não sejam propostas apenas tarefas para preencher o tempo, mas que tragam significado para sua vida, auxiliando a estabelecerem objetivos para sua existência.

A presença de quedas não apresentou significância com nenhuma das variáveis em estudo. Ressalta-se que mais da metade da amostra não apresentou nenhum episódio de queda no último ano. Esse dado pode estar relacionado ao cuidado diferenciado que recebem com profissionais de saúde que vão aos seus domicílios com frequência e que têm entre suas ações avaliar o risco de quedas e estabelecer intervenções preventivas⁽³⁸⁾. No entanto, o medo de cair apresentou associação significativa com a avaliação de satisfação com a vida regular/ruim. O medo de cair tem sido relacionado a diminuição da qualidade de vida, declínio funcional, risco de quedas e aumento do isolamento social na população idosa, o que reforça a necessidade de, além de aplicar instrumento que avalie risco de quedas, avaliar o medo de cair⁽³⁹⁾. Por outro lado, o medo de cair também pode ser considerado como um aspecto positivo quando incita o idoso a estar mais atento aos fatores de risco para quedas e, até mesmo, a adotar medidas de prevenção. Entretanto enfatiza-se a importância de monitorar e intervir quando necessário diante do medo de cair, com o propósito de reduzir suas consequências na saúde física e mental da pessoa idosa. Podem ser realizadas atividades educativas com os idosos, familiares e/ou cuidadores, para que compreendam que o medo de cair é passível de controle por meio da supervisão de fatores de risco modificáveis nos domicílios, capacitação de quem realiza o cuidado e realização de exercícios físicos supervisionados para o desenvolvimento do equilíbrio e fortalecimento da musculatura⁽³⁹⁾.

Na AD, intervenções de enfermagem possuem potencial de ocasionar mudanças de hábitos de vida em virtude do forte vínculo entre os usuários e a equipe a qual conhece o contexto familiar e social em que o indivíduo está inserido. Observa-se que tais

intervenções contribuem para o bem-estar e a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa, pois acolhem as necessidades do idoso e sua família e/ou cuidador, facilitando o acesso aos serviços de saúde^(38,40). Além disso, cabe ao enfermeiro acolher a demanda, elencar diagnósticos de enfermagem, estabelecer um planejamento de enfermagem e implementar intervenções necessárias e tangíveis.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação o desenho transversal impossibilitando inferências causais. Além disso, os resultados não podem ser generalizados, uma vez que trazem características específicas de determinada região de um município do país e pelo próprio tamanho amostral. A escassez de estudos com população específica abordada nesta pesquisa limitou a discussão comparativa com outras realidades.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

Os resultados desta pesquisa podem conduzir os enfermeiros a repensarem sua forma de planejar e implementar a assistência prestada às pessoas idosas no domicílio, com ênfase no seu bem-estar. Por meio da atuação do enfermeiro, ao elencar diagnósticos de enfermagem, planejar, implementar intervenções e avaliá-las após desenvolvidas, é possível conhecer a percepção que os idosos em acompanhamento da AD1 têm sobre a própria saúde e sobre a satisfação com a vida, bem como os fatores associados. Ações, como fortalecimento da rede de apoio, plano de cuidado abordando fatores psicossociais e medo de cair, propiciam melhorias quanto ao bem-estar e à qualidade de vida dessa população. Ademais, esses achados possibilitam ampliar a visibilidade quanto ao potencial da AD1 diante das novas demandas de saúde e incentivar a discussão de políticas públicas, bem como fortalecer a sua articulação nas Redes de Atenção à Saúde. Ressalta-se, assim, a importância de expandir essa modalidade de saúde que agrega bem-estar à longevidade,

fornecendo suporte e amparo aos idosos, aos familiares e/ou aos cuidadores.

CONCLUSÃO

Houve predomínio de octogenários do sexo feminino, o que ressalta a importância de profissionais, serviços e sistemas de saúde preparados para atender às novas demandas. Quanto à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, a maior parte dos idosos respondeu a opção “boa”, o que salienta a importância de receber acompanhamento no domicílio, dependendo da condição de saúde do indivíduo idoso. A autoavaliação do estado de saúde regular/ruim apresentou associação com os sintomas depressivos leves e severos, enquanto a satisfação com a vida regular/ruim teve associação com o medo de cair e com os sintomas depressivos leves e severos.

Assim, evidencia-se a necessidade de intervenções psicossociais para idosos em acompanhamento domiciliar, implementadas por um plano de cuidado individualizado, passível de ser realizado no domicílio do idoso, visando à detecção precoce de sintomas depressivos e suas implicações. Além disso, percebe-se a necessidade de abordar as limitações, os riscos e as consequências que envolvem o medo de cair.

Nesse contexto, destaca-se a importância da modalidade de saúde AD1 no acompanhamento da população idosa com limitação, porque ela serve como uma estratégia de continuidade de cuidado a idosos que requerem assistência de menor complexidade, sendo possível implementar ações voltadas à funcionalidade e ao bem-estar de indivíduos que possuem restrições para sair de seu domicílio. Sugerem-se, assim, novos estudos de intervenção que apresentem benefícios e limitações da assistência prestada pela AD1, com vistas a ampliar a discussão e melhorar a organização da sistematização dessa modalidade de cuidado no SUS.

FOMENTO

Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA), nº 160580.

REFERÊNCIAS

1. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, (Eds.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 99-104 p.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde: resumo [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [cited 2020 Aug 14]. 30 p. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
3. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Dal Molin V, Wibelinger LM. Self-perceived health in elderly living in a city in Rio Grande do Sul state. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86. doi: 10.1590/S1809-98232014000100009
4. Carvalho ML, Barbosa CNS, Bezerra VP, Santos AMR, Silva CRDT, Brito CMS, et al. Health situation in the perception of elderly widows assisted by primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):199-204. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0549
5. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol.* 1961;16(2):134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134
6. Kadowaki L, Wister AV, Chappell NL. Influence of home care on life satisfaction, loneliness, and perceived life stress. *Can J Aging.* 2014;34(1):1-15. doi: 10.1017/S0714980814000488
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2020 Apr 12]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

8. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2020 Aug 14]. Available from: http://subpav.org/download/prot/atencao_a_saude_do_idoso_apectos_conceituais.pdf.
9. Kolosnitsyna M, Khorkina N, Dorzhiev H. Determinants of life satisfaction in older russians. *Ageing Int.* 2017;42(3):354-373. doi: 10.1007/s12126-017-9297-3
10. Banhato EFC, Ribeiro PCC, Guedes DV. Life satisfaction in community-dwelling elderly. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2018;17(2):16-24. doi:10.12957/rhupe.2018.40807
11. Ng ST, Tey NP, Asadullah MN. What matters for life satisfaction among the oldest-old? evidence from China. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171799. doi: 10.1371/journal.pone.0171799
12. Souza MS, Coqueiro RS, Fernandes MH. Population study on the determinants for self-rated health of elderly residents in community. *Cienc Enferm.* 2016;22(2):13-26. doi: 10.4067/S0717-95532016000200002
13. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2020 [cited 2020 Apr 12]. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918
14. Sposito G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento ME. Satisfaction with life and functionality among elderly patients in a geriatric outpatient clinic. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(12):3475-82. doi: 10.1590/S1413-81232013001200004
15. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011
16. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2020 Aug 14]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
18. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1999;57(2B):421-426. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013
19. Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Brazilian version of Timed Up and Go test. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol.* 2016;3(9):81-88. doi: 10.16891/2317-434X.430
20. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm.* 2017;35(2):210-20. doi: 10.17533/udea.iee.v35n2a10
21. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Silva ES, Alves JP, Santos NR, et al. Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl2):71-8. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0015
22. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brito TA. Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: a longitudinal study. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(10):3393-401. doi: 10.1590/1413-812320182310.23382016
23. Santos VR, Gomes IC, Bueno DR, Christofaro DGD, Freitas Jr. IF, Gobbo LA. Obesity, sarcopenia, sarcopenic obesity and reduced mobility in Brazilian older people aged 80 years and over. *Einstein.* 2017;15(4):435-40. doi: 10.1590/S1679-45082017AO4058
24. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Self-perceived health among adult and elderly users of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(1):45-52. doi: 10.1590/1413-81232018241.34932016
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018 [cited 2020 Aug 18]. 151 p. Available from: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/ce915924b20133cf3f9ec2d45c2542b0.pdf.
26. Bortoluzzi EC, Doring M, Portella MR, Cavalcanti G, Mascarello A, Delani MP. Prevalence and factors associated with functional dependence in the oldest old. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2017;22(1):85-94. doi: 10.12820/rbafs.v.22n1p85-94
27. Soares VN, Fattori A, Neri AL, Fernandes PT. Influence of physical performance on elderly mortality, functionality and life satisfaction: FIBRA's study data. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(11):4181-90. doi: 10.1590/1413-812320182411.07592018
28. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, et al. Self-perception of health and cognitive performance in community-dwelling elderly. *Arch Clin Psychiatr.* 2010;37(1):32-35. doi: 10.1590/S0101-60832010000100007
29. Santos EC, Couto BM, Bastone AC. Factors associated with negative self-assessment of health in elderly enrolled in Primary Care Units. *ABCS Health Sci.* 2018;43(1):47-54. doi: 10.7322/abcshs.v43i1.999
30. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Negative self-rated health in the elderly in cities with different levels of economic well-being: data from FIBRA. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(12):3653-68. doi: 10.1590/1413-812320152012.20492014
31. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Self-assessment of health by older Brazilians: systematic review of the literature. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(4):302-310. doi: 10.1590/S1020-49892013000400010
32. Lau BH, Kwan JS, Cheung KS, Martin P. Depression moderates the frailty-subjective health link among Chinese near centenarians and centenarians. *Am J Geriatr Psychiatr.* 2016;24(9):753-61. doi: 10.1016/j.jagp.2016.05.014
33. Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, Stazi MA, Lucidi F, Violani C, et al. The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Front Psychiatr.* 2019;10:419. doi: 10.3389/fpsy.2019.00419

34. Lee HS, Kim C. Structural equation modeling to assess discrimination, stress, social support, and depression among the elderly women in South Korea. *Asian Nurs Res.* 2016;10(3):182-8. doi: 10.1016/j.anr.2016.06.003
 35. Esmailzadeh S, Oz F. Effect of psychosocial care model applied in an “elderly day care center” on loneliness, depression, quality of life, and elderly attitude. *Niger J Clin Pract.* 2020;23(2):189-97. doi: 10.4103/njcp.njcp_366_19
 36. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AN, Carvalho LPN, Almeida VC, et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):302-310. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0445
 37. Rapacciuolo A, Filardi PP, Cuomo R, Mauriello V, Quarto M, Kisslinger A, et al. The impact of social and cultural engagement and dieting on well-being and resilience in a group of residents in the metropolitan area of Naples. *J Aging Res.* 2016;2016(4768420):1-11. doi: 10.1155/2016/4768420
 38. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Home intervention as a tool for nursing care: evaluation of the satisfaction of the elderly. *Rev Gaúch Enferm.* 2016;37(spe):e68351. doi: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68351
 39. Vitorino LM, Teixeira CAB, Vilas Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03215. doi: 10.1590/S1980-220X2016011803215
 40. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, Silva KL, Santos MLM. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Saúde Debate.* 2019;43(121):592-604. doi: 10.1590/0103-1104201912123
-