

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Maria Izabel Cavalcanti da Silva Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3528-7307>

Centro Universitário UNIESP, Brasil

E-mail: mariaizabelcavalcantii@gmail.com

Simone Alves da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1157-5333>

Centro Universitário Santa Maria. Brasil

E-mail: simonecz2011@gmail.com

Adriele Vieira de Lima Pinto

ORCID : <https://orcid.org/0000-0003-4126-1795>

Centro Universitário UNIESP

E-mail: adrielepsivieira@gmail.com

Camila Teresa Ponce de Leon Mendonça Tagliaferro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9607-0967>

Centro Universitário UNIESP

E-mail: profacamilaatividades@gmail.com

Carla Jeane de Melo Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-0735-5723>

Centro Universitário- UNIESP, Brasil

E-mail: carlajeaneemd@gmail.com

Cícero de Sousa Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4047-5540>

Centro Universitário- UNIESP, Brasil

E-mail: prof.cicerolacerda@gmail.com

Assessment of Mental Health and Quality of Life in the Elderly during the COVID-19 Pandemic

Avaliação da Saúde Mental e Qualidade de Vida em Idosos durante a Pandemia de COVID-19

Evaluación de la Salud Mental y la Calidad de Vida en Personas Mayores durante la Pandemia de COVID-19

RESUMO

Com as restrições sociais impostas pela pandemia da Covid-19, muitos idosos precisaram se adaptar a novas realidades, o que evidenciou fragilidades na saúde mental. Este estudo teve como objetivo avaliar os domínios da qualidade de vida em relação aos níveis de saúde mental de idosos durante a pandemia. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de campo, com delineamento transversal e abordagem multimétodo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais e em conceitos históricos sobre a Covid-19. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e da escala WHOQOL-OLD. A amostra foi composta por 43 idosos, sendo 14 mulheres e 29 homens, com predominância do sexo masculino (67,44%), faixa etária entre 60 e 65 anos (53,49%), estado civil casado (58,14%) e escolaridade superior (55,81%). Quanto à religião, destacou-se a católica (55,81%) e a evangélica (18,60%), com baixo percentual de ateus (2,33%). A maioria teve experiência em empresas privadas (51,16%), encontrava-se aposentada (44,19%) e acumulava mais de 31 anos de atividade profissional (58,14%). Os resultados forneceram subsídios para políticas públicas baseadas em evidências, voltadas à melhoria da qualidade de vida de idosos em crises sanitárias. A abordagem multidisciplinar adotada permitiu uma compreensão mais ampla dos desafios enfrentados por essa população, contribuindo para o planejamento de intervenções futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Qualidade de Vida; COVID-19; Saúde Mental.

ABSTRACT

With the social restrictions imposed by the COVID-19 pandemic, many older adults had to adapt to new realities, which exposed vulnerabilities in mental health. This study aimed to evaluate the domains of quality of life in relation to mental health levels among older adults during the pandemic. It was a descriptive, field-based study with a cross-sectional design and a multimethod approach, grounded in the Theory of Social Representations and historical concepts related to COVID-19. Data collection was conducted through a sociodemographic questionnaire, the General Health Questionnaire (GHQ-12), and the WHOQOL-OLD scale. The sample consisted of 43 older adults, including 14 women and 29 men, with a predominance of males (67.44%), aged between 60 and 65 years (53.49%), mostly married (58.14%), and with higher education (55.81%). Regarding religion, the majority identified as Catholic (55.81%) or Evangelical (18.60%), with a low percentage of atheists (2.33%). Most participants had work experience in private companies (51.16%), were retired (44.19%), and had more than 31 years of professional experience (58.14%). The results provided valuable input for evidence-based public policies aimed at improving the quality of life of older adults during public health crises. The multidisciplinary approach adopted allowed for a broader understanding of the challenges faced by this population, contributing to the planning of future interventions.

KEYWORDS: Elderly; Quality of life; COVID-19; Mental health.

RESUMEN

Con las restricciones sociales impuestas por la pandemia de la COVID-19, muchas personas mayores tuvieron que adaptarse a nuevas realidades, lo que evidenció fragilidades en el ámbito de la salud mental. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los dominios de la calidad de vida en relación con los niveles de salud mental de los adultos mayores durante la pandemia. Se trató de una investigación descriptiva, de campo, con un diseño transversal y un enfoque multimétodo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales y en conceptos históricos relacionados con la COVID-19. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y la escala WHOQOL-OLD. La muestra estuvo compuesta por 43 personas mayores, de las cuales 14 eran mujeres y 29 hombres, con predominio del sexo masculino (67,44%), edades entre 60 y 65 años (53,49%), estado civil casado (58,14%) y nivel educativo superior (55,81%). En cuanto a la religión, predominó la católica (55,81%) y la evangélica (18,60%), con un bajo porcentaje de



personas ateas (2,33%). La mayoría tenía experiencia laboral en empresas privadas (51,16%), estaba jubilada (44,19%) y contaba con más de 31 años de trayectoria profesional (58,14%). Los resultados ofrecieron aportes importantes para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencias, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en contextos de crisis sanitarias. El enfoque multidisciplinario adoptado permitió una comprensión más amplia de los desafíos enfrentados por esta población, contribuyendo al diseño de futuras intervenciones.

PALABRAS CLAVE: Persona mayor; Calidad de vida; COVID-19; Salud mental.

1 INTRODUÇÃO

No início do já distante mês de março no ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em um momento que ficará marcado na história contemporânea, proclamou ao mundo a ocorrência de uma pandemia global decorrente da disseminação avassaladora do vírus SARS-CoV-2, desencadeador da temida COVID-19. Essa convocação global para enfrentar a calamidade que se alastrava como fogo em uma floresta se transformou em um chamado à ação urgente por parte das nações, instituições e indivíduos, exigindo respostas coordenadas e esforços concertados em uma escala raramente testemunhada. Nesse momento crucial, as estruturas de saúde, bem como a compreensão sobre saúde, foram submetidas a uma avaliação sem precedentes, revelando a interconexão profunda entre a saúde pública e a qualidade de vida de cada ser humano (WHO, 2020).

À medida que nos aproximamos da marca de dois anos desde o início desse capítulo global, os desafios inerentes à pandemia persistem, e suas reverberações continuam a se manifestar em inúmeros domínios da vida cotidiana. Os sintomas característicos associados à infecção por SARS-CoV-2, variando desde os mais sutis, como febre e tosse, até os mais debilitantes, como insuficiência respiratória grave, fizeram parte do nosso léxico diário. Contudo, à medida que a ciência e a medicina progrediram na compreensão da COVID-19, novas estratégias emergiram como baluartes cruciais na luta contra a propagação viral. Entre essas, o isolamento social, outrora um conceito distante, se solidificou como uma das táticas centrais para conter a disseminação do vírus e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde (Cucinotta & Vanelli, 2020).

No entanto, as implicações dessas táticas, mesmo quando aplicadas com a mais nobre das intenções, são tão intrincadas quanto os fios de uma complexa tapeçaria. Os efeitos



secundários dessas medidas abrangem uma diversidade de esferas, expandindo-se além das fronteiras da transmissão viral para impactar fatores intrincados da saúde e do bem-estar humanos. Um estudo meticuloso realizado com adultos brasileiros durante os períodos de restrição social revelou um cenário multifacetado e por vezes sombrio. As mudanças comportamentais catalisadas pela necessidade de isolamento se traduziram em uma redução preocupante na prática de atividades físicas, juntamente com um aumento alarmante no consumo de alimentos ultraprocessados, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Paradoxalmente, o tempo dedicado às telas eletrônicas também experimentou um crescimento notável, trazendo consigo potenciais consequências para a saúde mental (Malta et al., 2020).

Todavia, a carga dessas ramificações não é distribuída de maneira uniforme entre os diversos estratos da população. Entre os mais vulneráveis a essas mudanças no estilo de vida emergentes, surgem os idosos, cuja suscetibilidade intrínseca é amplificada pela presença frequente de doenças crônicas e pela diminuição das reservas fisiológicas. Essa combinação potencialmente fatal de fatores faz com que os impactos das alterações abruptas no estilo de vida sejam particularmente acentuados nesse grupo demográfico. Estudos prévios lançam luz sobre uma paisagem sombria: taxas elevadas de ansiedade, depressão, distúrbios do sono e inatividade física emergiram como facetas predominantes na experiência dos idosos durante a pandemia (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Contudo, a definição de saúde vai além da simples ausência de doença, abrangendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse contexto, qualquer abordagem para entender e responder às necessidades dos idosos em tempos de pandemia deve, por sua própria natureza, ser holística e multifacetada. A crise gerada pela COVID-19 exacerbou as disparidades preexistentes, atingindo de maneira desproporcional os idosos mais vulneráveis em áreas que vão desde a saúde até a renda e o emprego (Barros et al., 2020).

Conforme a pandemia se arrasta persistente, torna-se cada vez mais evidente que a reavaliação do conceito de saúde-doença transcende a simples contenção do vírus. Uma abordagem genuinamente abrangente exige a exploração não apenas das consequências diretas das medidas preventivas adotadas, mas também do alcance total das mudanças provocadas nas vidas dos idosos (Cucinotta et al., 2020).

Isso engloba a compreensão de como as adaptações nas rotinas diárias reverberam na qualidade de vida, na saúde mental e no bem-estar geral. Assim, o objetivo primordial deste estudo se consolida: avaliar as medidas preventivas implementadas, investigar a qualidade de vida e analisar a saúde mental dos idosos no contexto da pandemia de COVID-19 (Malta et al.,



2020).

Em síntese, a pandemia transcende o espectro da saúde para desafiar a resiliência das sociedades e a capacidade dos sistemas de saúde e de apoio a se adaptarem a novos paradigmas. O estudo que segue almeja penetrar nas complexidades dessa interação intrincada, examinando o modo como as respostas emergenciais reverberam nas vidas dos idosos e buscando perspectivas que possam iluminar estratégias mais eficazes e abrangentes para enfrentar os desafios presentes e futuros. A cada dia, a trajetória da pandemia oferece lições valiosas e impulsiona uma compreensão mais profunda das interligações entre saúde, sociedade e a condição humana (Barros et al., 2020).

2 METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Metodologicamente, este estudo trata de uma pesquisa de campo descritiva, de caráter transversal, utilizando uma abordagem multimétodo, subsidiada na teoria das Representações Sociais e aportes históricos conceituais acerca do construto COVID-19.

Amostra

A pesquisa foi desenvolvida com idosos na cidade de João Pessoa, contando com uma amostra de 43 (quarenta e três) idosos, sendo a amostragem do tipo não probabilística, utilizando a técnica de coleta de dados *snowball*, adotando os seguintes critérios de inclusão: estar em situação de distanciamento social, não apresentar déficit cognitivo e/ou doença neurológica que impede a compreensão dos questionários. E como critérios de exclusão: pessoas idosas com déficit cognitivo e/ou com dificuldade de comunicação e compreensão dos instrumentos, e os que não aceitaram participar do estudo (Dewes, 2020).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, o questionário de saúde geral (QSG-12) e a escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD.

Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, realizou-se uma técnica de *snowball* com as pessoas idosas. Posteriormente, foram agendadas visitas domiciliares para a coleta de dados, seguindo os dias e horários determinados pelos participantes do estudo. É fundamental destacar que os entrevistadores aderiram estritamente às diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS para a prevenção da COVID-19. Isso incluiu o uso de máscaras de proteção, aplicação de álcool gel e a manutenção de um distanciamento de 1,5 metros entre o entrevistador e o participante do



estudo. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP sob o parecer nº 5.655.346 - CAAE: 58662922.0.0000.5188. Os dados foram coletados através de questionário sociodemográfico com questões sobre sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, religião, trabalho, aposentado, número de pessoas que convive e tempo de trabalho, o questionário de saúde geral (QSG 12) e a escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD.

O estado de saúde mental foi medido usando a o Questionário de saúde geral QSG 12, adaptado por Gouveia (2010) com o objetivo detectar doenças psiquiátricas não-severas (não-psicóticas). O instrumento pode ser pontuado por meio de uma escala dicotômica (presença-ausência) em contextos de triagem, e/ou por meio de escala tipo Likert de quatro pontos, para uma avaliação dimensional do construto. Esse instrumento avalia as dimensões depressão, ansiedade, prejuízos sociais e hipocondria (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996). No Brasil, o estudo de validação do QSG, desenvolvido por Pasquali e colaboradores (1994), identificou cinco fatores, sendo eles: estresse psíquico ($=0,89$; 13 itens), desejo de morte ($=0,89$; 8 itens), desconfiança no desempenho ($=0,89$; 17 itens), distúrbios do sono ($=0,80$; 6 itens) e distúrbios psicossomáticos ($=0,83$; 10 itens).

Também foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD, desenvolvida por Fang (2012). Esse instrumento possui boa resposta à qualidade de vida dos idosos e apresenta desempenho psicométrico bom e praticidade de uso, sendo uma alternativa para avaliar a qualidade de vida dos idosos no contexto da pandemia. A Escala do WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social”(PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20.

Análise dos Dados

Os dados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel, que após correção e verificação de erros, processo de validação por dupla digitação, foram exportados e analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 21.0. Foi realizada a análise dos dados mediante estatística descritiva: frequências (absoluta e relativa), medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (valor mínimo, máximo e desvio padrão).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Os dados desta pesquisa foram estruturados em uma planilha EXCEL e a análise estatística dos dados realizadas com o software estatístico *Statiscal Package for the Social Sciences version 18.0*. Aplicaram-se nas análises testes de hipóteses com nível de dignificância de 5%, Intervalos de confiança a 95%, estatísticas descritivas média, proporção, desvio padrão, gráficos Diagrama de caixa, Medidas de Fidedignidade , Medidas de Associação (Coeficiente de contingência e V de Cramer), Correlação de Pearson e Spearman e Análise de Agrupamento.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos atores sociais do estudo

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	29	67,44
Feminino	14	32,56
Faixa etária (anos)		
60 a 65	23	53,49
66 a 71	14	32,56
> 72	6	13,95
Estado civil		
1	25	58,14
2	12	27,91
3	6	13,95
Religião		
Agnóstica	2	4,65
Ateu	1	2,32
Católica	24	55,81
Espírita	2	4,65
Evangélica	8	18,60
Protestante	6	13,95
Escolaridade		
1	7	16,28
2	12	27,91
3	24	55,81
Trabalho		

Público	8	18,60
Privado	22	51,16
Outro	13	30,23
Aposentado		
Sim	19	44,19
Não	24	55,81
No. de pessoa que convive		
0	11	25,58
1	7	16,28
2	5	11,63
3	7	16,28
> 3	13	30,23
Tempo de trabalho		
Até 10	7	16,28
11 a 30	11	25,58
> 31	25	58,14

Na Tabela 1 pode-se perceber que o perfil da amostra indica a presença do sexo masculino (67,44%); faixa etária mais frequente de 60 a 65 anos (53,49%); estado civil 1 (58,14%); escolaridade superior (55,81%); religiões mais presentes a católica (55,81%) e a evangélica (18,60%), chamando atenção o baixo percentual de ateus (2,32%). A maioria tem trabalho ou já trabalhou em empresa privada (51,16%); são aposentados (44,19%); convivem com mais frequência com mais de três pessoas (30,23%). A maioria tem tempo de trabalho acima de 31 anos (58,14%).

É notável que a proporção de participantes do sexo masculino é maior na amostra apresentada. Isso pode indicar uma possível disparidade de gênero na seleção da amostra ou até mesmo nas características da população-alvo. Além disso, a faixa etária mais frequente entre 60 e 65 anos, com 53,49%, sugere que a amostra é composta principalmente por adultos de meia-idade e idosos.

O fato de que o estado civil 1 é mais frequente que o estado civil 2 pode estar relacionado a diversos fatores sociais e culturais, como as expectativas tradicionais em relação ao casamento e à família.

A predominância da escolaridade superior com 55,81% na amostra sugere que o estudo foi realizado em uma população com um nível educacional relativamente elevado. Isso pode influenciar os resultados de diversas maneiras, como nos padrões de tomada de decisão e na compreensão das informações apresentadas.

A alta presença de católicos (55,81%) e evangélicos (18,60%), além de estar de acordo com a média brasileira demonstrada no Censo IBGE 2010 (Católicos 64,9%; Evangélicos (22,1%), indica uma forte influência religiosa na população em questão. A baixa porcentagem de ateus (2,32%) pode refletir a predominância da religiosidade na cultura ou na região onde o estudo foi realizado.

A maioria dos participantes trabalhou ou trabalha em empresas privadas (51,16%), o que pode estar relacionado ao setor econômico predominante na região. Além disso, o fato de que 44,19% são aposentados sugere que a amostra é composta em grande parte por indivíduos mais velhos, o que pode influenciar os resultados em relação a diferentes aspectos, como atitudes em relação ao trabalho e à vida em geral.

O fato de que a maioria dos participantes convive com mais de três pessoas (30,23%) pode indicar uma tendência à coabitação ou à vida em família ampliada. Além disso, a maioria com tempo de trabalho acima de 31 anos (58,14%) sugere uma longa experiência profissional, o que pode influenciar as atitudes em relação ao trabalho, ao emprego e à aposentadoria.

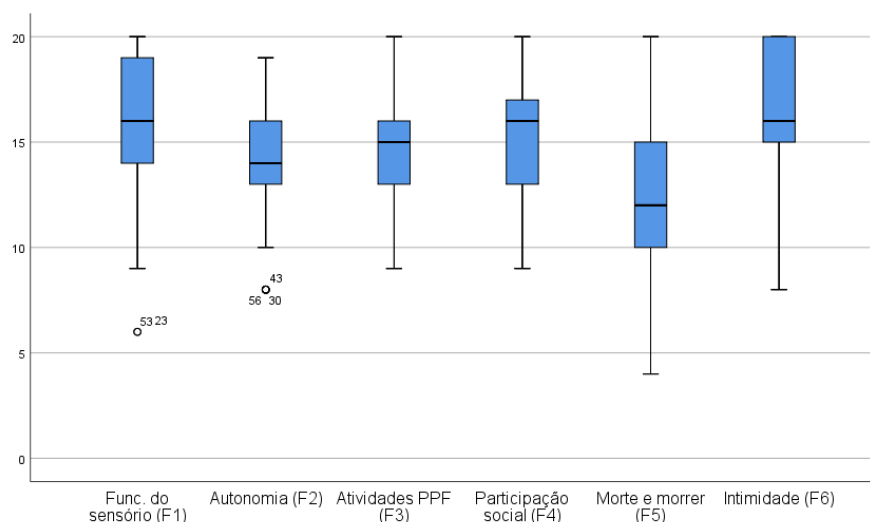
Em resumo, os resultados da Tabela 1 revelam um perfil interessante e diversificado da amostra em estudo, com potenciais implicações para diversos aspectos da vida, como gênero, faixa etária, estado civil, educação, religião e histórico profissional. Explorar mais a fundo esses resultados pode ajudar a proporcionar insights valiosos sobre as características e as atitudes da população em questão, bem como suas influências culturais e sociais.

Tabela 2: Medidas descritivas e *Alpha de Cronbach* da pontuação obtida pelos participantes no Whoqol-old para as suas facetas e para o escore total de pontos.

Facetas	Alpha	Média	Des. Pad.	Mín.	Máx.	IC 95%
Funcionamento do sensorio	0,851	15,59	3,58	6,00	20,00	14,80 a 16,39
Autonomia	0,610	13,84	2,61	8,00	19,00	13,26 a 14,42
Atividades PPF	0,835	14,73	3,05	9,00	20,00	14,05 a 15,40
Participação social	0,931	15,23	3,10	9,00	20,00	14,55 a 15,92
Morte e morrer	0,938	12,23	4,42	4,00	20,00	11,26 a 13,21



Intimidade	0,918	16,47	3,09	8,00	20,00	15,78 a 17,15
TOTAL	0,831	88,10	13,52	52,00	112,00	

Gráfico 1: Diagrama de caixa para os valores das facetas do Whoqol-old

Pode-se perceber no gráfico 1 que os valores mais baixos das medianas (linha preta no interior da caixa) das facetas é obtido com a faceta Morte e Morrer (F5) e Autonomia (F2). Estas duas facetas são as que mais contribuem para decair a qualidade de vida do idoso. Para comprovar este resultado utilizou-se uma Análise de Agrupamento (*Cluster Analysis*) hierárquica com métrica euclidiana e método da ligação média (Hair et al, 2009), obtendo-se o dendrograma (diagrama de árvore) na Figura 01.

O Gráfico 1 apresenta as medianas das facetas e destaca "Morte e Morrer" (F5) e "Autonomia" (F2) têm os valores mais baixos. Isso indica que, de acordo com a escala ou métrica utilizada, essas duas facetas estão associadas a uma percepção mais baixa de qualidade de vida entre os idosos da amostra. É importante notar que essas medianas mais baixas podem sugerir que as áreas relacionadas à "Morte e Morrer" e à "Autonomia" são percebidas como mais desafiadoras, problemáticas ou insatisfatórias para os idosos do estudo.

A utilização de uma Análise de Agrupamento hierárquica é uma abordagem interessante para entender ainda mais esses resultados. O método da ligação média é uma técnica comum na análise de agrupamento, onde a semelhança entre grupos é calculada com base na distância média entre seus elementos. O dendrograma na Figura 01 representa visualmente como os diferentes elementos (ou facetas neste caso) são agrupados com base em suas similaridades.

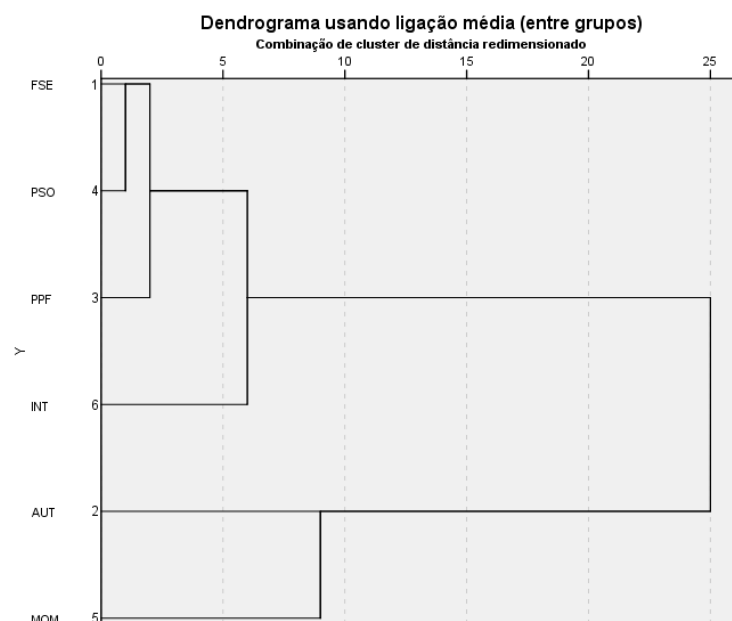
O fato de que as facetas "Morte e Morrer" e "Autonomia" se destacaram como tendo as medianas mais baixas e, posteriormente, terem sido confirmadas como agrupadas de forma semelhante em uma análise de agrupamento, dá mais força à conclusão de que essas áreas específicas estão de alguma forma associadas a uma percepção de qualidade de vida inferior.

No entanto, é importante lembrar que uma análise como essa fornece informações descritivas e correlacionais. Para entender as razões subjacentes por trás desses resultados, seria necessário realizar pesquisas adicionais, como entrevistas qualitativas, questionários detalhados ou análises estatísticas mais avançadas.

Além disso, é fundamental considerar o contexto em que esses resultados foram obtidos. A percepção de qualidade de vida pode ser influenciada por fatores culturais, sociais, econômicos e de saúde, entre outros. Portanto, uma interpretação completa exigiria uma análise mais ampla que considere esses aspectos.

Em resumo, os resultados apontam para as facetas "Morte e Morrer" e "Autonomia" como as mais associadas a uma percepção de qualidade de vida mais baixa entre os idosos da amostra. A análise de agrupamento confirma essa associação, mas investigações adicionais são necessárias para entender as causas subjacentes e as implicações práticas dessas descobertas.

Figura 01: Dendrograma da Análise de Agrupamento para as facetas do Whoqol-Old.



Pode-se observar no dendrograma acima que (observar da direita para a esquerda que há dois braços e um deles leva às facetas F2 = AUT e F5 = MOM) que as facetas F2 e F5 são diferenciadas das demais facetas e estas são as que produzem a menor média que impacta na



diminuição do escore total do QSG podendo levar a uma menor escore total para a qualidade de vida do idoso confirmando o que é apresentado na Tabela 2 e Gráfico 1.

O dendrograma, como mencionado, fornece uma representação visual das relações de similaridade entre diferentes facetas em termos de suas características ou respostas. Ao observar o dendrograma da direita para a esquerda e notar que existem dois braços, com um deles levando às facetas F2 (Autonomia) e F5 (Morte e Morrer), sugere que têm características que as diferenciam das demais no estudo. Isso indica que os idosos avaliam essas duas áreas de maneira única e distintiva em comparação com as outras facetas.

A afirmação de que as facetas F2 e F5 têm a menor média que impacta na diminuição do escore total do QSG é crucial. Isso implica que as áreas de Autonomia (F2) e Morte e Morrer (F5) estão fortemente associadas a uma percepção de qualidade de vida mais baixa entre os idosos da amostra. Essas facetas parecem ser críticas para influenciar negativamente a avaliação geral da qualidade de vida dos idosos.

Essa descoberta é reforçada pelo que foi apresentado anteriormente na Tabela 2 e no Gráfico 1. As medianas mais baixas nas facetas Autonomia e Morte e Morrer já indicavam que essas áreas eram percebidas como desafiadoras ou insatisfatórias em termos de qualidade de vida. A análise do dendrograma, ao agrupar essas facetas juntas e destacá-las como distintas das outras, apoia ainda mais a conclusão de que essas duas áreas específicas são cruciais para a percepção geral de qualidade de vida dos idosos.

Essa coerência entre diferentes análises reforça a validade das conclusões e sugere que intervenções ou estratégias para melhorar a qualidade de vida dos idosos devem concentrar-se especialmente nas áreas de Autonomia e Morte e Morrer. Além disso, a abordagem metodológica utilizada, incluindo tanto análises quantitativas (Tabela 2 e Gráfico 1) quanto uma análise de agrupamento (dendrograma), contribui para uma compreensão mais abrangente e fundamentada dos resultados.

Em resumo, os resultados do dendrograma reforçam a importância das facetas F2 (Autonomia) e F5 (Morte e Morrer) na percepção de qualidade de vida dos idosos, corroborando as conclusões anteriores. A combinação dessas análises oferece uma visão mais sólida e confiável sobre os aspectos que impactam a qualidade de vida nessa população específica.

Tabela 3: Medidas descritivas e *Alpha de Cronbach* para o total obtida pelos participantes no QSG.



Instrumento	Alpha	Média	Des. Pad.	Mín.	Máx.	IC 95%
QSG	0,916	22,01	3,58	14,00	42,00	20,80 a 23,23

O instrumento QSG apresentou valor elevado da fidedignidade *Alpha de Cronbach* revelando que está adequada (PASCOALLI, 1996). Sua aplicação a esta população da qual retirou-se a amostra mantendo a garantia da validação de construto do instrumento original que possui 12 itens produzindo um escore total compreendido de 12 a 48 com ponto médio em 24 e que quanto maior pior é o cenário da saúde mental do idoso. Observa-se na tabela 2 que o escore total médio é aproximadamente 22. Portanto, o índice médio da saúde mental dos idosos neste estudo está um pouco abaixo da média da avaliada pelo QSG. Para detectar isto de forma inferencial testa-se a hipótese de que nestes indivíduos não há diferença significativa dos valores escores totais observados e o valor médio da escala que é igual a 24. Desejamos testar a hipótese estatística $H_0: \mu = \mu_0$ versus $H_1: \mu \neq \mu_0$, ou seja: a hipótese nula de que a média dos escores totais médios é igual 24 ou ficar com a hipótese nula de que são diferentes. Para efetuar este teste podemos utilizar a estatística t-Student com 80 graus de liberdade fazendo uma utilização do teorema central do limite que permite tal aproximação. Alguns testes podem ser efetuados para determinar quais valores do escore total deste instrumento está mais representativo para este grupo de indivíduos. Observe as tentativas efetuadas na tabela 3.

O valor elevado da fidedignidade Alfa de Cronbach é um indicativo positivo da consistência interna das respostas no instrumento QSG. Isso sugere que as questões do instrumento estão medindo de maneira confiável o que pretendem avaliar em relação à saúde mental dos idosos.

A garantia de que o instrumento QSG foi aplicado à mesma população da qual foi retirada a amostra ajuda a manter a validação de construto do instrumento original. Isso é importante para garantir que as conclusões feitas a partir dos resultados possam ser generalizadas para a população-alvo.

O escore total compreendido entre 12 e 48, com um ponto médio em 24, fornece uma escala para avaliar a saúde mental dos idosos, onde valores mais altos indicam um cenário de saúde mental pior. O escore total médio observado de aproximadamente 22 sugere que, em média, os idosos neste estudo estão ligeiramente abaixo da média avaliada pelo QSG, o que poderia indicar um cenário relativamente melhor de saúde mental.

A formulação das hipóteses nula (H_0) e alternativa (H_1) para testar se a média dos escores totais é igual a 24 ou diferente, é uma abordagem estatística comum para avaliar se os



resultados observados diferem do valor esperado ou média. A estatística t-Student com 80 graus de liberdade foi usada para fazer essa análise, aproveitando o teorema central do limite para realizar a aproximação. A tentativa de testar quais valores do escore total são mais representativos para o grupo de indivíduos é uma abordagem interessante para identificar faixas específicas que podem ser indicativas de diferentes níveis de saúde mental. Isso ajuda a compreender de forma mais detalhada a distribuição dos escores e a sua relação com a saúde mental dos idosos.

Em resumo, os resultados mostram uma abordagem metodológica cuidadosa para avaliar a qualidade e a confiabilidade do instrumento QSG na amostra de idosos estudada. A aplicação da estatística t-Student e a exploração das tentativas na tabela 3 demonstram um esforço para entender as nuances dos escores totais e sua relação com a saúde mental. A discussão cuidadosa desses aspectos é importante para interpretar adequadamente os resultados e tirar conclusões confiáveis sobre a saúde mental da população de idosos estudada.

Tabela 4: Cálculo dos possíveis escores totais do QSG para a população:

Hipótese nula (H_0)	t	gl	Valor-p	Decisão	Significado real
$H_0 : \mu = 24$	-3,353	80	0,002	Rejeita H_0	Média $\neq$ 24
$H_0 : \mu = 23$	-1,616	80	0,110	Aceita H_0	Média = 23
$H_0 : \mu = 22$	0,020	80	0,894	Aceita H_0	Média = 22
$H_0 : \mu = 21$	1,657	80	0,101	Aceita H_0	Média = 21
$H_0 : \mu = 20$	3,294	80	0,001	Rejeita H_0	Média = 20

A estratégia adotada para determinar como variam o índice de saúde mental geral dos idosos é efetuar vários testes de hipóteses para a verdadeira média do escore total para a população, iniciando com um valor superior (menor possível) que rejeite a hipótese nula até chegar a um valor menor possível que torne a rejeitá-la. Iniciou-se com o escore total 24 que rejeitou a H_0 e os valores seguintes $H_0 : \mu = 23$, $H_0 : \mu = 22$ e $H_0 : \mu = 22$ Aceita H_0 . Logo em seguida o valor $H_0 : \mu = 20$ rejeita a hipótese nula H_0 . Portanto os valores aceitos para a população de idosos de onde se retirou esta amostra possuirá escore total em média compreendido de 21 a 23 (os valores que aceitam H_0). Nota-se que estes valores estão abaixo da média do escore total do instrumento QSG que é 24. Portanto espera-se que em uma população semelhante de onde esta amostra foi obtida que o QSD esteja compreendido de 21 a 23.

Poderíamos chegar mais rapidamente ao mesmo resultado determinando um intervalo



de confiança a 95% para o escore total médio o que nos leva ao intervalo compreendido entre 20,8 a 23,23 que corresponde a valores reais do escore total compreendido entre 21 a 23 o mesmo intervalo obtido com o cálculo apresentado na Tabela 3. determinado na Tabela 3. Lembrar que o fato de que os escores médios ficar de 21 a 23 significa que numa escala de 12 a 48 em que 12 é o melhor para a saúde mental e 48 o pior cenário para a saúde mental do idoso se conclui que todos estão no grupo daqueles que possuem valores médios fazendo parte do grupo que estando abaixo de 24 possuem as melhores condições de saúde mental porém no limiar entre o bom e o ruim. Em termos percentuais pode-se aplicar a fórmula $QSG\% = (X - 12) 100 / [\text{Máximo}(X) - \text{mínimo}(X)]$, Em que $X = \text{Total QSG}$ obtido nos seus 12 itens. Para $X = 21$ se tem $QSG\% = 37,5$; $X = 22$, $QSG\% = 41,7$ e para $X = 23$ obtém-se $QSG\% = 45,8$. Portanto o $QSG\%$ para a população de idosos se situaria de 37,5% a 45,8% observando 0% seria o cenário ideal para a saúde mental do idoso e 100% o pior. Dessa maneira torna-se mais compreensível a avaliação da saúde mental para a população de todos os idosos.

A estratégia empregada para avaliar a variação do índice de saúde mental geral entre idosos envolveu uma série de testes de hipótese. Inicialmente, testes foram conduzidos com diferentes valores médios do escore total para verificar quais rejeitam a hipótese nula (H_0) e quais a aceitam. Os resultados indicaram que a faixa aceita para a população de idosos, da qual a amostra foi retirada, encontra-se com um escore total médio entre 21 e 23, demonstrando que os valores médios estão abaixo da média do escore total do instrumento QSG, que é 24. Essa mesma faixa de 21 a 23 foi obtida ao calcular um intervalo de confiança a 95% para o escore total médio, mostrando consistência nos resultados. Esse intervalo sugere que os idosos na população em questão possuem condições de saúde mental médias, situando-se abaixo da média 24 que divide que os escores deste instrumento: acima da média ruim e abaixo bom escore.

Em termos percentuais, a fórmula $QSG\%$ foi aplicada para representar a avaliação da saúde mental. Os resultados indicaram que o índice $QSG\%$ varia de 37,5% a 45,8%, sendo 0% o cenário ideal e 100% o pior. Isso torna a avaliação da saúde mental mais compreensível para a população de idosos em geral.

Em resumo, a abordagem de testes de hipótese, intervalos de confiança e análise percentual foi utilizada de forma eficaz para identificar que a saúde mental média dos idosos nesta população específica se situa entre 21 e 23. Isso proporciona uma compreensão mais clara da saúde mental geral dos idosos, utilizando tanto a escala original quanto uma representação percentual.

Tabela 5: Medidas descritivas e *Alpha de Cronbach* para o QSG

Item	Média	DP	Alpha
QSG01	2,16	0,43	0,906
QSG02	2,12	0,75	0,905
QSG03	2,02	0,61	0,904
QSG4	1,96	0,53	0,913
QSG5	1,90	0,89	0,896
QSG6	1,81	0,78	0,900
QSG7	2,19	0,55	0,900
QSG8	2,05	0,44	0,903
QSG9	1,42	0,74	0,899
QSG10	1,30	0,56	0,902
QSG11	1,31	0,72	0,898
QSG12	1,77	0,58	0,907
TOTAL	22,01	4,50	0,916

A Tabela 5 mostra a média obtida em cada item do QSG que poderia ter valores de 1 a 4 e a comprovação da validade deste construto aplicado a esta população com um *Alpha* excelente. Observa-se que em apenas cinco itens as médias estão acima de 2 e na maioria abaixo. Confirma-se o mesmo resultado apresentado na Tabela 3.

Os resultados apresentados na Tabela 5 oferecem insights valiosos sobre a média obtida em cada item do QSG (Questionário de Qualidade de Vida para Idosos) e a validade do construto quando aplicado a esta população, com um índice Alpha excelente.

A escala dos itens do QSG varia de 1 a 4, onde valores mais altos indicam uma percepção negativa em relação à qualidade de vida. Observando as médias de cada item, é notável que a maioria dos itens possui médias abaixo de 2, e apenas cinco itens têm médias acima desse valor.

Essa distribuição de médias sugere que, em geral, os idosos nesta população tendem a avaliar positivamente sua qualidade de vida em relação aos itens do QSG. O fato de que a maioria dos itens tem médias abaixo de 2 indica que a percepção da qualidade de vida está inclinada para o lado positivo da escala, onde valores menores são melhores.

A confirmação da validade do construto através de um índice Alpha excelente é um indicativo de que os itens do QSG estão medindo consistentemente o que se propõem a avaliar nessa população. Isso fortalece a confiabilidade das conclusões tiradas com base nos resultados

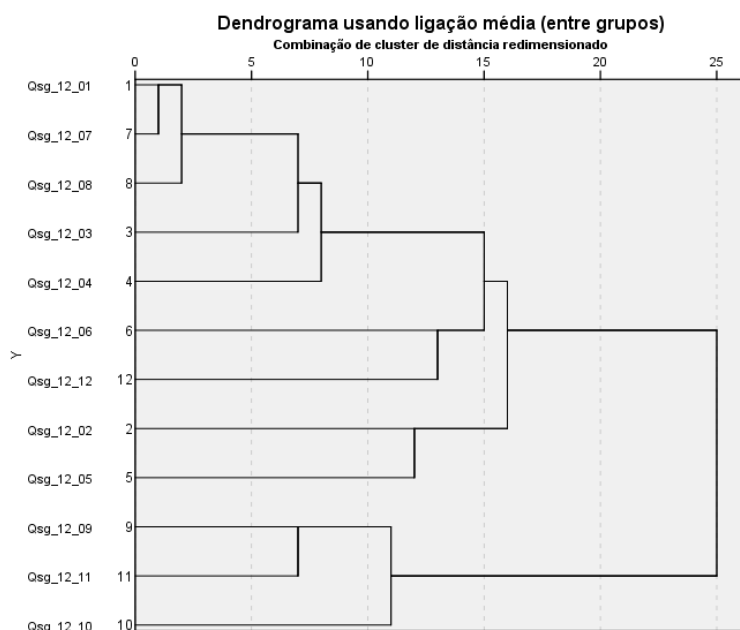
do questionário.

Esses resultados corroboram os achados apresentados na Tabela 4, onde a análise indicou uma média de escores totais entre 21 e 23, sugerindo uma percepção média positiva da saúde mental dos idosos na população estudada. A consistência entre os resultados em diferentes aspectos da análise reforça a validade e a confiabilidade das conclusões.

Em resumo, os resultados da Tabela 5 confirmam a tendência positiva na avaliação da qualidade de vida dos idosos na população, conforme indicado pelas médias dos itens do QSG. Essa confirmação se alinha aos resultados gerais do estudo e enfatiza a robustez das conclusões tiradas a partir dos dados coletados.

Para determinar quais itens apresentam valores diferenciados dos demais utilizou-se uma Análise de Agrupamento hierárquico com métrica euclidiana e método da ligação média obtendo-se o dendrograma apresentado na Figura 02.

Figura 2: Dendrograma para os itens do instrumento QSG



Pode-se observar na Figura 2 que os itens QSG09, QSG10 e QSG11 formam um grupo que se destaca dos demais itens e estes são exatamente aqueles que possuem menor média. Pode-se afirmar que estes itens são os que mais contribuem para um melhor escore total tornando-o menor e levando a melhor contribuir para uma boa saúde mental dos idosos.

O resultado apresentado na Figura 02 revela uma relação interessante entre os itens QSG09, QSG10 e QSG11 do Questionário de Qualidade de Vida para Idosos (QSG), destacando-se como um grupo distintivo dos demais itens. Além disso, esses três itens também possuem as menores médias.

Essa observação sugere que os itens QSG09, QSG10 e QSG11 têm uma influência particular na determinação do escore total do questionário, resultando em um escore total menor. Isso, por sua vez, contribui positivamente para uma melhor saúde mental percebida entre os idosos.

A conexão entre esses itens de menor média e uma melhor saúde mental pode ser interpretada considerando o conteúdo específico desses itens. Pode ser que esses itens tratem de aspectos que são percebidos como menos desafiadores ou mais positivos em relação à qualidade de vida, levando a uma avaliação mais otimista da saúde mental. Isso pode incluir itens relacionados a atividades prazerosas, interações sociais positivas ou senso de realização pessoal.

No entanto, é importante mencionar que uma análise mais aprofundada seria necessária para compreender completamente por que esses itens específicos contribuem de maneira mais significativa para uma melhor saúde mental percebida. Pode haver nuances nos dados ou fatores contextuais que não estão imediatamente evidentes.

Em resumo, os resultados da Figura 02 indicam que os itens QSG09, QSG10 e QSG11 formam um grupo distinto e possuem as menores médias, sugerindo que esses itens têm um papel crucial na determinação de um escore total menor e, portanto, em uma melhor saúde mental percebida entre os idosos na amostra. Essa observação ressalta a importância de investigar a relação específica entre esses itens e os aspectos subjacentes da saúde mental para uma compreensão mais completa.

Tabela 6: Medidas da avaliação da Análise de Correspondência Simples (ACS)

Dimensão	Valor singular	Inércia	Qui-quadrado	Valor-p	Percentual de inércia
1	0,492	0,242			93,6
2	0,129	0,017			6,4
Total	-	0,259	20,950	< 0,001	100,0

Pode-se observar na Tabela 6 que o poder explicativo na solução dada pela ACS para

esta Tabela é de 100% da inércia total e que a dimensão 1 tem quase a totalidade do poder explicativo da informação (em termos de variabilidade) contida entre as variáveis categorizadas Whoqol-old versus QSG que podem agora ser percebidas no mapa perceptual apresentado na Figura 1.

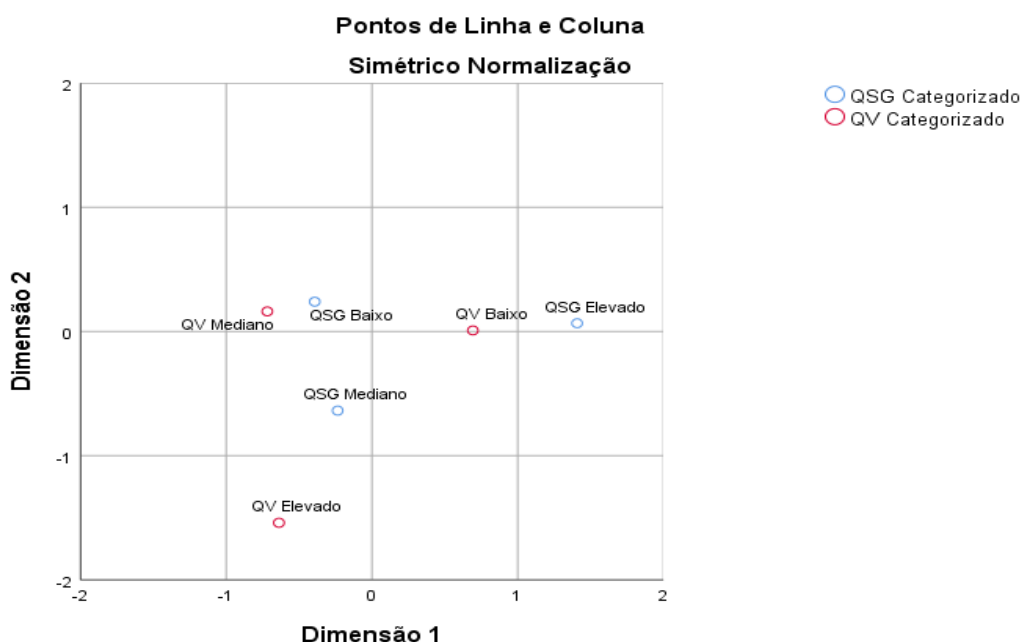
O resultado apresentado na Tabela 6 indica que a Análise de Correspondência Simples (ACS) proporcionou uma solução na qual o poder explicativo é de 100% da inércia total. Isso sugere que a representação das variáveis na solução da ACS explica toda a variabilidade existente nos dados originais, o que é um resultado significativo.

Além disso, a tabela revela que a dimensão 1 da ACS possui quase a totalidade do poder explicativo da informação contida entre as variáveis categorizadas WHOQOL-Old e QSG. Isso indica que a primeira dimensão da solução da ACS é altamente relevante para capturar as variações e as relações entre essas duas variáveis. A dimensão 1 está refletindo, de forma eficaz, as diferenças e padrões presentes nas respostas dessas variáveis.

A referência a um "mapa perceptual" na Figura 1 sugere que essa análise permitiu visualizar as relações entre as variáveis WHOQOL-Old e QSG de maneira mais clara. A figura provavelmente é um gráfico que representa essa análise de correspondência de forma visual, permitindo que se percebam padrões ou agrupamentos entre as respostas das duas variáveis.

Em resumo, a análise revela que a ACS conseguiu explicar 100% da variabilidade total dos dados e que a primeira dimensão dessa análise desempenha um papel crucial na compreensão das relações entre as variáveis WHOQOL-Old e QSG. Isso indica que a ACS foi eficaz em mapear a relação entre essas variáveis e pode proporcionar uma compreensão mais profunda das associações entre elas.

Figura 3: Mapa perceptual para avaliar a associação entre os instrumentos Whoqol-old e QSG.



A Figura 3 é um mapa conhecido por Mapa perceptual na ACM (Johnson, R.A.; Wichern, D.W. 1992) (que mostra as distâncias entre as categorias dos níveis da categorização do escore total dos instrumentos Whoqol-old categorizado em três categorias (Baixo = Menor que a mediana; mediano dos escores totais, Mediano – Escores totais maior que a mediana até o quartil três e categorizado em Elevado = pacientes com Escore total QV acima do quartil três dos escores totais). De forma análoga o instrumento QSG foi categorizado em três categorias.

Pode-se observar na Figura 3 a associação entre as categorias QV Baixo e QSG elevado como também entre QV mediano e QSG Baixo e considerando que a dimensão 1 possui poder explicativo quase total podemos dizer que há associação entre QV Elevado e QSG Mediano. Portanto ocorrem em todas as categorias que um nível maior de QV está associado a um nível menor de QSG, confirmando a já descrita associação existente no teste Qui-Quadrado na Tabela de contingência 3x3 da QV categorizada e do QSG categorizado. O teste quiquadrado informa a existência da associação e a Análise de Correspondência Simples mostra que a forma como ocorre esta associação é de maneira inversamente proporcional: quanto maior o nível QV provavelmente menor a nível de QSG. Este resultado também pode ser comprovado com outras medidas estatísticas de correlação (Correlação de Pearson e Spearman) para os escores totais não categorizados e medidas de associação para a situação em que os escores totais dos instrumentos comparados não foram categorizados (V de Cramer e Coeficiente de Contingência $\phi = \Phi$) (SIEGEL e CASTELLAN, 2006).

A Figura 3, conhecida como Mapa Perceptual na Análise de Correspondência Múltipla



(ACM), demonstra as relações entre as categorias dos níveis do escore total dos instrumentos WHOQOL-Old e QSG, que foram categorizados em três níveis. A análise revela associações significativas entre as categorias desses dois instrumentos.

A Figura 3 revela uma associação entre as categorias "QV Baixo" (Qualidade de Vida) e "QSG Elevado" (Escore Total QSG), assim como entre "QV Mediano" e "QSG Baixo". Além disso, considerando que a dimensão 1 da análise tem um poder explicativo quase total, conclui-se que também há uma associação entre "QV Elevado" e "QSG Mediano".

Esses resultados indicam que, em todas as categorias, um nível mais elevado de Qualidade de Vida está associado a um nível menor de escore total do QSG, corroborando a associação previamente observada no teste Qui-Quadrado na Tabela de Contingência 3x3 da QV categorizada e do QSG categorizado.

A Análise de Correspondência Simples mostra que essa associação é inversamente proporcional: quanto maior o nível de Qualidade de Vida, menor provavelmente é o nível do escore total do QSG. Essa conclusão também pode ser validada através de outras medidas estatísticas de correlação, como a Correlação de Pearson e a Correlação de Spearman, bem como medidas de associação não categóricas como o V de Cramer e o Coeficiente de Contingência phi.

Em resumo, os resultados da Figura 3 e da análise estatística confirmam que níveis mais altos de Qualidade de Vida estão associados a níveis mais baixos de escore total do QSG, reforçando essa associação de maneira inversamente proporcional, e demonstrando consistência em várias abordagens estatísticas.

Tabela 7: Medidas de associação entre os escores totais dos instrumentos Whoqol-old e QSG.

Medidas de correlação associação	Whoqol-old x QSG	P-Valor
Correlação de Pearson	-0,691	< 0,001
Spearman	-0,595	< 0,001
V de Cramer	0,509	< 0,001
Coef. de Contigência (Φ)	0,360	< 0,001

A correlação de Pearson mede a relação linear entre duas variáveis contínuas. O valor de -0,691 sugere uma correlação negativa moderada a forte entre "Whoqol-old" e "QSG". O p-valor associado, que é menor que 0,001, indica que essa correlação é estatisticamente significativa.

A correlação de Spearman avalia a relação monotônica (não necessariamente linear) entre duas variáveis, especialmente quando uma ou ambas as variáveis são ordinais. O valor de -0,595 indica uma associação negativa moderada a forte entre as duas variáveis. Novamente, o p-valor é menor que 0,001, indicando significância estatística.

A medida de associação V de Cramer é usada principalmente para avaliar a associação entre variáveis categóricas. Um valor de 0,509 sugere uma associação moderada entre "Whoqol-old" e "QSG". O p-valor inferior a 0,001 indica significância estatística.

Essa medida também é usada para avaliar a associação entre variáveis categóricas. O valor de 0,360 sugere uma associação moderada entre as variáveis. Da mesma forma, o p-valor menor que 0,001 indica que essa associação é estatisticamente significativa.

Em resumo, todos os resultados indicam que há uma relação significativa e moderada a forte entre as variáveis "Whoqol-old" e "QSG", com diferentes métodos de avaliação confirmando essa associação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo enfatizou a avaliação do impacto profundo das restrições sociais impostas pela pandemia de Covid-19 na população idosa, revelando as vulnerabilidades em seu bem-estar mental. O objetivo principal era avaliar de maneira abrangente os domínios da qualidade de vida e sua relação com os níveis de saúde mental durante a pandemia.

Para atingir esse propósito, foram empregados dois instrumentos de avaliação: o Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e a escala WHOQOL-OLD. O QSG -12, amplamente utilizado, focou na saúde mental e no bem-estar psicológico, abordando sintomas de ansiedade, depressão e estresse por meio de 12 questões. Esse questionário permitiu uma análise objetiva do estado de saúde mental dos participantes, oferecendo insights sobre o impacto da pandemia em seu bem-estar psicológico.

Por outro lado, a escala WHOQOL-OLD era um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de idosos. Ela considerava aspectos relacionados à saúde física, psicológica, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais. A aplicação dessa escala possibilitou uma avaliação abrangente da qualidade de vida dos participantes, considerando não apenas a saúde mental, mas também outros fatores afetados pela pandemia, como as relações sociais e o ambiente em que viviam.

Os resultados do estudo revelaram os diversos desafios enfrentados pelos idosos durante a pandemia, abordando não apenas a saúde mental, mas também aspectos mais amplos relacionados à qualidade de vida, ou seja, foi possível correlacionar ambas as escalas utilizadas. Esses achados possuem relevância significativa, pois forneceram informações cruciais para a formulação de políticas e estratégias de intervenção voltadas para atender às necessidades específicas dessa população vulnerável. À medida que a sociedade continuava a lidar com os impactos da pandemia, compreender as complexas interações entre esses fatores era fundamental para a tomada de decisões informadas e para o fornecimento do suporte necessário aos idosos.

REFERÊNCIAS

- Bailey, L., et al. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(9), 648–653.
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarwald, C. L., & Azevedo, R. C. S. (2020). Social inequality in the prevalence of self-reported chronic diseases in Brazil: National health survey 2013. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–12.
- Barros, M. B. A., et al. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020427.
- Batista, S. R., et al. (2020). Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00196120.
- Bidzan-Bluma, I., et al. (2020). A Polish and German population study of quality of life, well-being, and life satisfaction in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1188.
- Brooks, S. K., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Cepellos, V. (2021). Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Revista de Administração de Empresas*, 61.
- Cucinotta, D., & Vannelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157.
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157.
- Esain, I., et al. (2019). Effects of 3 months of detraining on functional fitness and quality of life in older adults who regularly exercise. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(4), 503–



510.

- Fleck, M. P. A., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 19–28.
- Hair, J. F., Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2009). *Análise multivariada de dados* (5th ed.). Bookman.
- Johnson, R. A., & Wichern, D. W. (1992). *Applied multivariate statistical analysis* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Levkovich, I., et al. (2021). Depression and health-related quality of life among elderly patients during the COVID-19 pandemic in Israel: A cross-sectional study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 2150132721995448.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Malta, D. C., et al. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29.
- Malta, D. C., et al. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51.
- Maximiano-Barreto, M. A., et al. (2019). A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*, 8(2), 239–252.
- Naïto, S. D. N. P. (2007). *Análise de correspondência generalizada* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa.
- Pascoali, L. (Org.). (1996). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. MEC/INEP.
- Qiu, J., et al. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2).
- Rodrigues, R. E., Duarte, P. H. M., & Feitosa, C. L. (2019). Impacto da osteoartrose de joelho na capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes atendidos em um município de Pernambuco, Brasil. *Archives of Health Investigation*, 8(7).
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2nd ed.). Editora Artmed.
- Silva, P. A. B., et al. (2014). Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 48, 390–397.
- Sepúlveda-Loyola, W., et al. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition*,



Health & Aging, 24(9), 938–947.

Van Tilburg, T. G., et al. (2021). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B, 76(7)*, e249–e255.