



CLÍNICA

Qualidade de vida de idosos que participam de grupo de promoção da saúde

Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud

Quality of life of elderly who participate in group health promotion

*Santos, Leidiene Ferreira **Oliveira, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante

Barbosa, Maria Alves *Nunes, Daniella Pires *****Brasil, Virginia

Visconde

*Doutora em Ciência da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Professora da Universidade Federal do Tocantins. E-mail: leidienesantos@uft.edu.br ** Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora da Universidade Federal de Goiás. *** Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/USP. Professora da Universidade Federal de Goiás ****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/USP. ***** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/USP. Professora da Universidade Federal de Goiás. Brasil.

Palavras chave: Qualidade de vida; Idosos; Estrutura de grupo; Promoção da saúde.

Palabras Clave: Calidad de vida; Ancianos; Estructura de grupo; Promoción de la salud

Keywords: Quality of life; Elderly; Group Structure; Health Promotion

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional configura-se em fenômeno mundial, sendo assim, torna-se imprescindível implementar atividades que contribuam para um envelhecimento saudável e ativo. Essa pesquisa objetivou descrever a Qualidade de Vida (QV) de idosos participantes de um grupo de promoção da saúde.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, com idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), que participam de um grupo de promoção da saúde. A coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2012, por meio de um questionário sociodemográfico, do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados foram analisados no software *Stata* versão 11.0. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade e de dispersão e as categóricas por frequências simples absolutas e percentuais. Os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD foram representados por média, desvio-padrão e intervalo de confiança.

Resultados: A idade média dos idosos é de 71,0 anos (DP: 7,2). A maioria dos idosos avaliou sua QV como boa ou muito boa (20; 76,9%), mas quase totalidade deles não estava satisfeita com sua saúde (24; 92,4%) (Tabela 2).

Conclusão: A avaliação da QV configura-se em estratégia que pode ser usada pelo profissional de saúde que coordena grupos para identificar aspectos da vida dos idosos mais comprometidos pelo processo de envelhecimento e, dessa maneira, possibilita a implementação de intervenções efetivas às demandas dessa clientela.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población se configura como un fenómeno mundial, por lo que es esencial para poner en práctica actividades que contribuyan a un envejecimiento saludable y activo. Este estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida (CV) de los mayores participantes de un grupo de promoción de la salud.

Metodología: Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, con mayores inscritos en una Unidad de Atención Primaria de Salud de la Familia (UABSF), que participan de un grupo de promoción de la salud. La recolección de datos ocurrió entre junio y octubre de 2012, utilizando un cuestionario socio demográfico, del WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Los datos fueron analizados en el software *Stata* versión 11.0. Las variables numéricas fueron exploradas por medidas descriptivas de centralidad y de dispersión y las categóricas por frecuencias simples absolutas y porcentajes. Los dominios del WHOQOL-BREF y la faceta del WHOQOL OLD fueron representados por media, desviación estándar e intervalo de confianza.

Resultados: La edad media de los mayores es 71,0 años (DE: 7,2). La mayoría de las personas mayores evaluaron su CV como buena o muy buena (20, 76,9%), pero casi todos ellos no estaban satisfechos con su salud (24, 92,4%) (Tabla 2).

Conclusión: La evaluación de la CV se configura en estrategia que puede ser utilizada por profesionales de la salud que coordinan grupos para identificar los aspectos de la vida de los mayores más afectados por el proceso de envejecimiento y, por lo tanto, permite la implementación de intervenciones efectivas a las necesidades de esta clientela.

ABSTRACT

Introduction: Population aging sets as worldwide phenomenon, therefore, it is essential to implement activities that contribute to a healthy and active aging. This research aimed to describe the Quality of Life (QoL) of elderly participants of a group of health promotion.

Methodology: This is a descriptive research with quantitative approach, with elderly enrolled in a Primary Care -Family Health Unit (UABSF), participating in a group of health promotion. Data collection took place from June to October 2012, through a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Data were analyzed using *Stata* software, version 11.0. Numerical variables were explored by descriptive measures of centrality and dispersion and the categorical by simple absolute and percentage frequencies. The WHOQOL-BREF and the facet of the WHOQOL-OLD were represented by mean, standard deviation and confidence interval.

Results: The mean age of the elderly is 71.0 years (SD: 7.2). Most seniors assessed their QoL as good or very good (20; 76.9%), but almost all of them were not satisfied with their health (24; 92.4%) (Table 2).

Conclusion: The assessment of QoL sets up strategy that can be used by the health professional that coordinates groups to identify aspects of life of the most committed elderly by the aging process and, thus, enables the implementation of effective interventions to the demands of these clients.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo sequencial, acumulativo, irreversível, não patológico e comum a todo organismo vivo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de

fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, assim, aumente sua possibilidade de morte⁽¹⁻²⁾.

É uma experiência vital singular, própria de cada indivíduo, regulada por padrões socioculturais que definem sua significação. Tempo individual da vida de cada um, que se esgota na finitude objetiva da morte biológica⁽²⁾.

De modo geral as pessoas idosas estão expostas a diversas alterações biopsicossociais, tais como incapacidades, esquecimento, raciocínio lento, desgaste físico, redução da resistência física, doenças, demência, senilidade, inatividade, declínio da imagem, aparecimento de rugas, preconceito, desrespeito, assexualidade, dependência, inutilidade, rejeição familiar, isolamento, abandono, solidão, tristeza, depressão e institucionalização⁽³⁻⁴⁾.

Nesse sentido destacamos que o envelhecimento populacional configura-se em fenômeno mundial de grande relevância, haja vista que à medida que as sociedades envelhecem surgem novas demandas, especialmente direcionadas aos sistemas de saúde⁽⁵⁻⁶⁾, e de seguridade social⁽⁷⁾.

Todavia percebe-se que a sociedade não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não tem acompanhado essa evolução⁽⁸⁾.

Sendo assim torna-se imprescindível implementar atividades que contribuam para um envelhecimento saudável e ativo e para melhorar a QV da população que mais cresce no Brasil e no mundo⁽⁵⁻⁶⁾. Pesquisas têm demonstrado que ações de educação e promoção da saúde têm contribuído significativamente para melhorar vários aspectos da vida do idoso, colaborando para se alcançar um envelhecimento satisfatório⁽⁹⁻¹¹⁾.

Nessa perspectiva atividades grupais tem demonstrados resultados exitosos na proteção e promoção da saúde do idoso. Estudos indicam que ao participar de grupos os idosos têm a oportunidade de expandir as fronteiras de seu valor pessoal, vivenciar novas perspectivas de vida, realizar atividades prazerosas, planejar projetos de vida e adquirir e/ou manter estratégias para enfrentar o processo de envelhecimento de maneira positiva⁽¹²⁻¹³⁾.

Considerando o atendimento em grupo como importante recursos para promoção da saúde das pessoas e que avaliar a QV do idoso permite aos profissionais de saúde identificar os aspectos mais comprometidos nessa etapa do desenvolvimento humano⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, essa pesquisa objetivou descrever a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de promoção da saúde.

Essa pesquisa traz como inovação o uso de instrumentos de avaliação da QV como recurso para direcionar as ações implementadas no contexto grupal pelos profissionais da saúde. Além disso, os resultados apresentados evidenciam a importância do atendimento em grupo como recurso para promoção e proteção da saúde da pessoa idosa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, em que a amostra foi composta por conveniência e trata-se de idosos cadastrados em uma Unidade de

Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), que participam de um grupo de promoção da saúde.

Esse grupo possui mais de doze anos de existência e é coordenado por agentes comunitários de saúde vinculados à UABSF. Os encontros ocorrem semanalmente e possuem três horas de duração. Neles são desenvolvidas atividades de alongamento, pintura, dança, gincanas, apresentação de poesia e música, entre outras. Todas as ações são planejadas de modo a atender as demandas dos idosos, e o foco é a promoção da saúde dessa clientela⁽¹²⁾.

No grupo há baixa taxa de evasão e permanente renovação das atividades propostas. O vínculo entre os membros não está condicionado a oferta de medicamentos, consultas e outros. Atualmente mais de 50 pessoas participam do grupo de promoção da saúde e, apesar dessa atividade ser destinada a idosos, mais da metade dos participantes possui idade entre 50 e 55 anos.

No total 26 idosos integram o referido grupo e todos atenderam aos critérios de inclusão (estar orientado auto e alopsiquicamente; ser capaz de se comunicar verbalmente; frequentar o grupo a no mínimo seis meses) e aceitaram participar desta pesquisa. Para tanto foi agendado dia e horário para realização de uma entrevista em seu domicílio, visando seu conforto e a privacidade necessária para esse momento.

Nesta etapa o entrevistador realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com o idoso, esclarecendo todas as dúvidas e solicitando sua assinatura. Com o objetivo de evitar constrangimentos aos participantes que, eventualmente, não fossem alfabetizados ou apresentassem qualquer limitação que os impedissem de ler e/ou escrever, os instrumentos foram preenchidos pelo entrevistador, na presença do sujeito. A coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2012, por meio de um questionário sociodemográfico, do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de avaliação da QV. Possui ao total 26 perguntas, sendo que a primeira avalia a percepção do indivíduo em relação à sua QV, em uma perspectiva geral, e a segunda a satisfação com a saúde. As 24 questões restantes estão distribuídas nos domínios “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente”⁽¹⁶⁾.

O WHOQOL-OLD é destinado a avaliar a QV da pessoa idosa. Ele possui 24 itens distribuídos em seis facetas: “funcionamento do sensorio”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer” e “intimidade”⁽¹⁷⁾.

Nos dois instrumentos as respostas seguem uma escala do tipo Likert (pontuação de 1 a 5). Nesta pesquisa a escala utilizada para indicar os escores obtidos em cada domínio/faceta foi de 0 a 100, sendo que quanto mais alta a pontuação obtida, mais positiva é a percepção do idoso em relação a sua QV.

As informações registradas nos instrumentos de coleta de dados foram digitadas no programa Excel e analisadas no software *Stata* versão 11.0. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (intervalo de confiança e desvio padrão) e as variáveis categóricas por frequências simples absolutas e percentuais. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do

WHOQOL-OLD foram representados por média, desvio-padrão e intervalo de confiança.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo n.º. 036/2011), e atendeu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, regidos na resolução 466/12.

RESULTADOS

A idade média dos idosos é de 71,0 anos (DP: 7,2). Nota-se que 17 (65,4%) idosos recebem aposentadoria, 20 (76,9%), possuem renda individual de até um salário mínimo, 21 (80,8%) contribuem com as despesas familiares, 16 (61,5%) moram com três pessoas ou mais, sendo que 17 (65,4%) moram com filhos e/ou netos. 25 (96,1%) possuem casa própria.

Há maior número de mulheres (22; 84,6%), de pessoas que não mora sozinha (22; 84,6%) e que possui até quatro anos de estudo (18; 69,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição (%) dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas e participação em grupo de promoção à saúde. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Características dos idosos	f(%)
Idade - anos, média (DP) [§]	71,0 (7,2)
Sexo (n=116)	
Masculino	4 (15,4)
Feminino	22 (84,6)
Escolaridade (n=115)	
≤4 anos	18 (69,2)
>4 anos	8 (30,8)
Mora sozinho (n=116)	
Não	22 (84,6)
Sim	4 (15,4)
Mora com companheiro (n=116)	
Não	15 (57,7)
Sim	11 (42,3)
Mora com quem	
Com filhos e/ou netos	11 (42,3)
Com companheiro, filhos e/ou netos	6 (23,1)
Somente companheiro	4 (15,4)
Sozinho	4 (15,4)
Com companheiro e outros parentes	1 (3,8)
Outros parentes	0 (0,0)
Pessoas morando na mesma casa (n=116)	
Até duas	10 (38,5)
Três ou mais	16 (61,5)
Recebe aposentadoria (n=116)	
Não	9 (34,6)
Sim	17 (65,4)
Renda individual (n=113)	
≤1 Salário mínimo	20 (76,9)
>1 Salário mínimo	6 (23,1)

Contribui com as despesas familiares (n=116)	
Não	5 (19,2)
Sim	21 (80,8)
Renda familiar	
≤1 Salário mínimo	7 (33,3)
>1 Salário mínimo	14 (66,7)
Número de pessoas que contribuem com a renda	
Uma	15 (57,7)
Mais de uma	11 (42,3)
Tipo de moradia (n=116)	
Alugada	1 (3,9)
Própria	25 (96,1)
Total	26 (22,4)

[§]DP= desvio padrão

A maioria dos idosos avaliou sua QV como boa ou muito boa (20; 76,9%), mas quase totalidade deles não estava satisfeita com sua saúde (24; 92,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição (%) dos idosos segundo avaliação da qualidade de vida, satisfação com a saúde e participação no grupo. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF	G1 f(%)
Como você avalia sua QV?	
Muito ruim	0 (0,0)
Ruim	0 (0,0)
Nem ruim nem boa	6 (23,1)
Boa	14 (53,8)
Muito Boa	6 (23,1)
Você está satisfeito com sua saúde?	
Muito insatisfeito	6 (23,0)
Insatisfeito	12 (46,1)
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (23,1)
Satisfeito	2 (7,8)
Muito satisfeito	0 (0,0)
Total:	26 (100)

No WHOQOL-BREF, nota-se que no domínio “físico” foi obtida pontuação de 66,7 (DP= 11,2), no “psicológico” 67,9 (DP= 11,2), “relações sociais” 75,3 (DP= 15,4) e meio “ambiente” 60,2 (DP= 11,2).

Em relação ao WHOQOL-OLD percebe-se que a faceta “habilidades sensoriais” apresentou escore médio de 70,0 (DP= 18,1), “autonomia” 58,4 (DP= 14,9), “atividades passadas, presentes e futuras” 69,7 (DP= 11,7), “participação social” 72,4 (DP= 11,2), “morte e morrer” 56,7 (DP= 19,5) e “intimidade” 67,3 (DP= 20,3). A maior pontuação foi obtida no escore total do WHOQOL-OLD, sendo de 87,5 (DP= 7,9) (Tabela 3).

Tabela 3. Medidas de tendência central e de dispersão da qualidade de vida de idosos de acordo com a participação no grupo. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Qualidade de Vida	G1	
	Média (DP*)	IC** 95%
WHOQOL-BREF (0-100 pontos)		
Físico	66,7 (11,2)	62,4 – 71,1
Psicológico	67,9 (11,2)	63,6 – 72,3
Relações Sociais	75,3 (15,4)	69,3 – 81,3
Meio Ambiente	60,2 (11,2)	55,7 – 64,7
WHOQOL-OLD (0-100 pontos)		
Habilidades sensoriais	70,0 (18,1)	62,5 – 77,5
Autonomia	58,4 (14,9)	52,6 – 64,2
Atividades passadas, presentes e futuras	69,7 (11,7)	65,0 – 74,4
Participação social	72,4 (11,2)	67,8 – 76,9
Morte e morrer	56,7 (19,5)	48,8 – 64,6
Intimidade	67,3 (20,3)	59,4 – 75,2
Escore total	87,5 (7,9)	84,2 – 90,7

*DP: desvio padrão

**IC: intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Entre os idosos desta pesquisa, bem como em praticamente todos os grupos etários, há predomínio do sexo feminino⁽⁵⁾. Percebe-se que as mulheres se preocupam mais com a saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis, apresentando maior interesse em atividades de promoção e proteção à saúde, quando comparadas aos homens⁽¹⁸⁾. Nota-se, assim, a necessidade de implementar ações direcionadas ao homem visando, principalmente, proteger e promover à saúde desses indivíduos⁽¹⁹⁾. Nesta pesquisa a maioria entrevistados apresentou baixa escolaridade e condição econômica. Situações comumente associadas e presentes na vida dos idosos brasileiros⁽⁵⁾.

Interessante pontuar que a escolaridade favorece a adoção de hábitos de vida que protegem a saúde do idoso⁽²⁰⁻²¹⁾, bem como a participação em atividades de educação e promoção da saúde, pois permite que o idoso entenda que essas ações são importantes na manutenção de sua saúde e QV⁽²⁰⁾. Em contrapartida, idosos com pior escolaridade mostram-se mais sedentários e com menor ingestão de frutas, verduras ou legumes frescos⁽²²⁾.

Percebe-se que indivíduos capacitados têm maior poder de interferir no seu próprio processo de saúde e doença, ampliando a sua visão acerca dos fatores relacionados à produção social de uma vida saudável⁽²³⁾.

A baixa renda, por sua vez, favorece o acesso inadequado a alimentos nutritivos, moradia, cuidados com a saúde, participação em atividades de lazer, inclusão social, entre outros. Essa situação reflete negativamente na QV do idoso⁽²⁴⁾.

Também é válido destacar que mudanças advindas do processo de envelhecimento, tais como surgimento de doenças crônico-degenerativas, limitações físico-funcionais

e/ou cognitivas, podem comprometer muito a saúde do idoso, fazendo com que ele, muitas vezes, se sinta insatisfeito com esse aspecto de sua vida⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Além disso, o manejo de agravos à saúde, presença de sintomas, mudanças na rotina diária, entre outras questões, podem influenciar negativamente na percepção da QV das pessoas⁽²⁶⁾. A exemplo idosos com dor e desconforto, alterações no sono e na mobilidade, dependência em relação ao uso de medicamentos e realização de tratamentos, apresentam pior QV quando comparados aos idosos que não possuem essas características⁽²¹⁾.

Entretanto, como observado neste e em outro estudo⁽²⁷⁾, a insatisfação com a saúde não necessariamente representa insatisfação com a QV. Mesmo idosos com diversas comorbidades podem manifestar percepções positivas em relação a QV. Para muitos pessoas ter uma doença controlada ou tomar remédios não as fazem perceberem-se como doentes⁽²⁸⁾.

As pontuações alcançadas pelos participantes deste estudo, no WHOQOL-BREF, apresentaram valores mais altos que os obtidos por idosos de outra pesquisa⁽²¹⁾.

Estudos indicam que participar de grupos melhoram, de alguma maneira, aspectos físicos e psicossociais do idoso, pois estimulam essas pessoas a aderirem a hábitos saudáveis, bem como praticarem regularmente exercícios físicos e a exercer participação social^(12,18).

Semelhante ao resultado apresentado nesse estudo, idosos participantes de um grupo de convivência obtiveram pontuação de 83.6 (DP= 5.1) no escore total do WHOQOL-OLD⁽¹⁴⁾. Esse resultado sugere que o processo de envelhecimento, apesar de ocasionar declínio de algumas capacidades cognitivas, pode ser compensado se o idoso se mantiver participativo na comunidade em que vive, estabelecendo laços e redes de apoio e suporte social⁽²⁷⁾.

Nesse sentido depreende-se que são determinantes para a QV do idoso, além dos aspectos biológicos, também as possibilidades de se estabelecer relacionamento interpessoal e de participação social, aspectos indispensáveis para um envelhecimento ativo e saudável⁽²⁷⁾, e que podem ser alcançados por meio da participação em atividades grupais⁽¹²⁾.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a avaliação da QV configura-se em estratégia que pode ser usada pelo profissional de saúde que coordena grupos para identificar aspectos da vida dos idosos mais comprometidos pelo processo de envelhecimento e, dessa maneira, possibilita a implementação de intervenções efetivas às demandas dessa clientela.

Todavia destacamos que foram usados instrumentos genéricos de avaliação da QV, ou seja, não nos limitamos a aspectos específicos, tais como o fato de ter ou não ter saúde. Essa situação possibilitou a percepção de aspectos biopsicossociais relacionados a vida do idoso.

Sugere-se que participar de grupos de promoção da saúde favorece melhorias de diversos aspectos da QV dos idosos, especialmente os relacionados a participação social e estabelecimento/manutenção de relacionamento interpessoal.

Sendo assim o grupo é um recurso que deve ser usado por profissionais da saúde para promoção e proteção da saúde do idoso, pois ele permite romper situações de solidão e oportuniza, ao idoso, estabelecer novos vínculos de amizade.

Destacamos que as ações desenvolvidas no grupo de promoção da saúde investigado são realizadas em resposta às necessidades dos idosos. Essa situação pode potencializar os benefícios alcançados com a prática grupal. Nessa perspectiva recomendamos que os profissionais que desejam fazer uso do grupo, como recurso para assistência ao idoso, se atentem à questões relacionadas ao planejamento, estrutura e coordenação do grupo, para que consigam, de fato, potencializar os benefícios que podem ser alcançados ao se usar essa atividade, tais como empoderamento do idoso na busca e proteção de sua autonomia e envelhecimento ativo.

Dentre as limitações do estudo destaca-se que, por se tratar de uma pesquisa descritiva não foi possível estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

1. National Institute on Aging [Internet]. United States, 2011. Biology of aging: research today for a healthier tomorrow [cited 2014 jun 24]. Available from: <http://glennfoundation.org/content/pdf/Biology-of-Aging.pdf>.
2. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4):523-8.
3. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(6): 2931-40.
4. National Institute on Aging [Internet]. United States, 2011. Global Health and Aging [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf.
5. IBGE [Internet]. Brasil, 2011. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010 [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142_011571416899473.pdf.
6. Census Bureau [Internet]. United States, 2013. America's Families and Living Arrangements: 2012 - Population Characteristics [cited 2014 jun 24]. Available from: <http://www.census.gov/prod/2013pubs/p20-570.pdf>.
7. Stivali M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. Cien Saude Colet. 2011;16(9):3729-39.
8. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDNB, Albuquerque AV, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. Rev Enferm UFPE. 2013;7(5):1434-42.
9. Hariprasad VR, Sivakumar PT, Koparde V, Varambally S, Thirhalli J, Varghese M, et al. Effects of yoga intervention on sleep and quality-of-life in elderly: A randomized controlled trial. Indian J Psychiatry. 2013;55(Suppl 3):364-8.
10. Sampaio PYS, Ito E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. Occup Ther Int. 2012;20(2013):1-10.
11. Brovold T, Skelton DA, Bergland A. Older adults recently discharged from the hospital: effect of aerobic interval exercise on health-related quality of life, physical fitness, and physical activity. J Am Geriatr Soc. 2013;61(9):1580-5.

12. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1352-8.
13. Santos LF, Nunes DP. Using group approaches to promote healthy aging. *J Gerontol Geriatr Res*. 2013;2(2):119.
14. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de Vida de Idosos em um Grupo de Convivência. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2011;21(4):166-72.
15. Milte CM, Walker R, Luszcz MA, Lancsar E, Kaambwa B, Ratcliffe J. How important is health status in defining quality of life for older people? An exploratory study of the views of older south australians. *Appl Health Econ Health Policy*. 2013.
16. World Health Organization [Internet]. Genebra, 1996. WHOQOL BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
17. World Health Organization [Internet]. Copenhagen, 2006. WHOQOL OLD: manual: World Health Organization. Available from: <http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf>.
18. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saude Colet*. 2012;17(8):2087-93.
19. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Cien Saude Colet*. 2013;18(3):743-52.
20. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):123-33.
21. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr Enf [internet]*. 2011;13(2):211-8.
22. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2004;13(4):201-8.
23. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ÉT, Vaz AVM, Siqueira-Batistall R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(1):80-6.
24. Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations, 2012. Population ageing and development: Ten years after Madrid [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/popfacts_2012-4.pdf.
25. Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(12):2223-31.
26. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LÁ. Chronic diseases and quality of life in primary health care. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1774-82.
27. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(2):370-8.
28. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):101-7

Recebido: 24 de junho de 2014; Aceito: 20 de setembro de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia