

FUNÇÃO COGNITIVA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Emanoela Rocha Santos Diniz¹; Ana Carolina Daher Ribas Galvão²; Manoel Freire de Oliveira Neto³; Carlúcia Ithamar Fernandes Franco⁴

¹ Graduada do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba

² Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba

³ Professora Dra. do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba

⁴ Professor Dr. do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba
emanoelarocho@hotmail.com;

RESUMO

O envelhecimento fisiológico é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano, cada um inicia seu envelhecimento a um dado momento e perde a função em seu próprio ritmo, mas linear. O estudo teve como objetivo investigar a função cognitiva sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos do Grupo de Convivência da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA). O estudo apresenta uma abordagem caráter, exploratório, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, com 26 idosos. Os Instrumentos utilizados foram para rastreio de déficit cognitivo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e *Montreal Cognitive Assessment (MoCa)*; para capacidade funcional o *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ)* e Escala de qualidade de vida de *Flanagan (EQVF)*. Os dados foram analisados através do programa SPSS Versão 20,0. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. A amostra apresentou idade de 60 a 90 anos com média de $73,93 \pm 7,45$ anos. Quanto ao gênero, masculino 15,38% e feminino 84,61%. O nível de escolaridade verificou-se maior prevalência de concluintes do ensino médio, composto por 46,15%. A maioria dos idosos eram aposentados com 74,1% e a maioria das doenças geriátricas observadas foram diabetes mellitus 57,69 %. Quanto a cognição pelo MEEM não foi evidenciada alterações, no MoCA observou-se um declínio cognitivo leve. Na capacidade funcional verificou-se dificuldade de grau leve. Quanto a qualidade de vida por EQVF evidenciou-se alta capacidade funcional. Após os análise dos resultados conclui-se que idosos da UAMA apresentaram declínio cognitivo leve sem repercussão na capacidade funcional e alta qualidade de vida. **Palavras-Chave:** Idosos Saudáveis, Universidade para Maturidade, Cognição, Capacidade Funcional, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The physiological aging is linear and not Necessarily the same in all human body systems, each starts aging at any given Beheerder team and lose function at your own pace, but linear. The study Aimed to investigate cognitive function on functional capacity and the elderly quality of life Living Group at the Open University to Maturity. The study presents a character approach, exploratory, descriptive and analytical approach to Quantitative with 26 seniors. The instruments used to Were screening of cognitive impairment the Mini Mental State Examination (MMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCa); functional capacity to the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) and

Flanagan quality of life scale (FQLS). Data Were Analyzed using SPSS version 20.0 program. Study was approved by the Research Ethics Committee of UEPB. The sample had aged 60 to 90 years with a mean of 73.93 ± 7.45 years. Regarding gender, male and female 84.61% 15:38%. The level of education there was a higher prevalence of graduating high school, composed of 46.15%. Most seniors Were retired with 74.1% and most of the Observed geriatric diseases Were diabetes mellitus 57.69%. The cognition by MMSE was the evidence of decline in the MoCA there was a mild cognitive decline, functional capacity the sample Suggests mild difficulty. As the quality of life for FQLS was high functional capacity. As a result we concluded that UAMA the elderly had mild cognitive decline without repercussion on functional capacity and quality of life. **Keywords:** Healthy Seniors, University for maturity, cognition, functional capacity, quality of life

INTRODUÇÃO

Uma das mudanças demográficas significativas, conferida nas últimas décadas em nosso país, tem sido a redução drástica nos níveis de fecundidade. Esse fator, aliado ao aumento da expectativa de vida da população, acarreta crescimento na proporção de indivíduos idosos no Brasil, em relação aos demais grupos etários. Esse aumento é reflexo da alta fecundidade predominante no passado quando comparado à situação atual e a redução da mortalidade. Verificando-se um processo de transição demográfica, intimamente correlacionando às mudanças, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica (transição epidemiológica). No primeiro momento, observa-se alta taxa de nascimento, equilibrada por alta taxa de mortalidade; deste modo, a população mantinha-se relativamente estável, com grande percentagem de jovens na população¹.

Como outros processos fisiológicos, o envelhecimento humano faz parte do ciclo natural da vida. É o período onde ocorre o declínio das funções biológica da maior parte dos órgãos e, junto com essas alterações, surge o aumento de incidência de doenças neurodegenerativas, ocasionada pela destruição progressiva e irreversível das células do sistema nervoso. Esse fator, associado às disfunções metabólicas, endócrinas e hidroeletrólíticas, quadros infecciosos, déficits nutricionais e distúrbios psiquiátricos, podem levar o indivíduo à demência. As demências são assim denominadas por afetarem de forma significativa a memória e também outras funções cognitivas, com proporção suficiente para produzir perda funcional, incluindo



até, eventualmente, a realização de atividades da vida diária ou o reconhecimento de pessoas e lugares adjacentes do próprio convívio.

A cognição é uma expressão que está relacionada com o processo de aquisição de conhecimento. Corresponde ao somatório de fatores diversos como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio, entre outros, que fazem parte do desenvolvimento intelectual. A psicologia cognitiva está ligada ao estudo dos processos mentais que influenciam o comportamento de cada indivíduo e o desenvolvimento intelectual. A realização da avaliação cognitiva inicia na fase do rastreio de déficit cognitivo, podendo ser um instrumento útil na avaliação global do idoso, permitindo ao clínico geral, profissional de saúde adquirir informações que subsidiem tanto o diagnóstico do quadro, quanto o planejamento e execução de medidas terapêuticas e/ou de reabilitação a serem realizadas².

Para avaliar a qualidade de vida do idoso é imprescindível a adoção de múltiplos critérios, de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na senescência: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos³. As doenças crônicas não transmissíveis são bastante expressivas entre os idosos. Todos estes fatos determinam custos elevados de tratamento de saúde desta população em relação as demais faixas etárias⁴.

Com base nesses dados, torna-se necessário a realização desse estudo, uma vez que possibilitará identificar as alterações cognitivas e capacidades funcionais motoras sobre a qualidade de vida dos indivíduos idosos, sendo um facilitador para produção de conhecimentos que podem transformar-se em subsídios informativos e tecnológicos para o planejamento de estratégias de acessibilidade, atendimento e terapêutica efetiva como também implantação de programas adequados a esta população. Com base na literatura, o presente estudo teve como objetivo investigar a função cognitiva sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br



inseridos no Grupo de Convivência da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) de Campina Grande – PB.

METODOLOGIA

Este estudo tem caráter exploratório, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Aberta à Maturidade-UAMA/UEPB, localizada na Rua Domitila Cabral de Castro S/N, Bairro Universitário, Bodocongó em Campina Grande – PB, e em seguida, foi realizada nas residências dos idosos. A amostra foi composta por idosos, que concluíram a formação pela Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) e atualmente, participam do Grupo de Convivência da UAMA/UEPB. Foram incluídos idosos que concluíram a formação pela UAMA e inseridos no Grupo de Convivência. Entretanto, foram excluídos os idosos que apresentaram os seguintes critérios: que se abstenham de participar da pesquisa; que ainda não tenham concluído os dois anos de formação da UAMA; que apresentam disfunção visual, auditiva, linguagem e/ ou funcional que impeça a realização dos testes/patologias psiquiátricas associadas.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram compostos por questionário sócio-demográfico; relacionado à função cognitiva foi utilizado duas escalas: o *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ambas escalas objetiva-se rastrear declínio cognitivo; para avaliação da capacidade funcional do idoso foi utilizado o *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* – BONFAQ; e Escala de Qualidade de Vida de *Flanagan* – EQVF.

Os dados colhidos foram expressos em frequência, percentil, média, desvio padrão da média, correlação, comparação de médias e o nível de significância através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para *Microsoft Windows*. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (CEP- UEPB) com o número de protocolo: 43022815.2.0000.5187 seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo 26 participantes inseridos no grupo de convivência da UAMA. Relacionado a faixa etária dos idosos verificou-se que os mesmos apresentavam idades entre 60 e 90 anos, com $73,93 \pm 7,45$, corroborando com os estudos de Nunes et al.⁵, Dutra⁶, onde os idosos apresentaram predominância de idades entre 60 e 90 anos. Verificou-se também que idosos com idade entre 60-79 apresentaram valores de $71,10 \pm 5,28$ anos e entre 80 – 99 anos valores de $84,33 \pm 3,8$ anos. Observando-se que a maioria dos entrevistados se encontravam na faixa etária de 60 a 79 totalizando 20 idosos e na faixa etária de 80 a 99 anos foi composta de 6 idosos.

Quanto ao gênero, observou-se que a amostra foi composta por indivíduos do gênero masculino com 15,38% e predominância do gênero feminino com 84,61%, mostrando concordância com o padrão demográfico brasileiro atual. Concomitantemente, Paskulin e Viana⁷, verificaram predominância em mulheres idosas, assim como, Marin et al.⁸ e Lima-Costa et al.⁹, constataram que a maioria de sua amostra foi composta por idosos do gênero feminino. Similarmente, estudos realizados com idosos na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) e na Universidade aberta a terceira idade, da escola de artes, ciências e humanidade da Universidade de São Paulo (EACH USP) verificaram prevalência do gênero feminino^{10,11}. A prevalência do gênero feminino na população estudada reflete no aumento de mulheres na terceira idade, corroborando assim com a chamada “feminização da velhice”, fato crescente em nosso país. Um estudo realizado em João Pessoa confirmou a tendência com 79,7% mulheres idosas¹².

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos idosos, evidenciou-se ausência de analfabetos; ensino fundamental completo (14,8%) e ensino médio completo (46,15%), o que corrobora com o estudo de Ordonez¹¹, que verificou predominância de idosos que concluíram ensino médio; 15,38% que apresentaram curso técnico concluído; (26,92) que apresentaram Ensino Superior completo. Por outro lado, estudos de Costa et al.¹³, Picini et al.¹⁴, Monteiro¹⁵, mostraram que 46,3% de idosos eram analfabetos. Contudo, observa-se nessa pesquisa que o nível de

escolaridade da amostra foi diferenciado, uma vez que, consta de uma porcentagem significativa de idosos que conseguiram concluir o ensino médio e chegar a concluir o nível superior, ressaltando que não foi evidenciado idosos analfabetos.

Quanto à ocupação, observou-se que 74,1 são aposentados, dados que fazem paralelo ao de Lebro¹⁶. Que demonstram que aposentadorias e pensões são a principal fonte de renda do idosos da população brasileira. O que podemos analisar e confirmar segundo o estudo de Coutrim¹⁷ que cita que a aposentadoria possibilitou ao idoso a sua segurança financeira e a garantia de um rendimento mínimo para que supra suas necessidades básicas. Embora com idade avançada o que o torna mais vulnerável as despesas com remédios e demais necessidades de saúde está população possui melhores condições financeira dos que os mais jovens.

No que diz respeito às doenças crônico-degenerativas ou doenças geriátricas, verificou-se que Diabetes Mellitus apresentou prevalência de 57,69 %, seguido de osteoartrite (26,92 %), cardiopatias e Insônia com (23,07 %) respectivamente, neoplasias (15,38 %), nenhuma doença (11,54 %), varizes com (3,84 %), por fim a hipertensão AVE (3,84 %). O Processo de envelhecimento não necessariamente está relacionando a doença e incapacidades, porém as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontras entre idoso¹⁸. E como dito por Veras⁴ as doenças crônicas não transmissíveis são de maior incidência entre os idosos.

Quanto à avaliação cognitiva através do MEEM, evidenciou-se que os idosos apresentaram uma distribuição variada com valor médio de $27,15 \pm 1,79$ o que sugere nenhum grau de declínio cognitivo. Os domínios de valor máximo foram Linguagem ($8,30 \pm 0,91$), orientação espacial ($4,96 \pm 0,19$) e o de valor mínimo foi memória com $1,67 \pm 1,04$.

Continuando com a análise da cognição, foi utilizado o MoCA, os indivíduos apresentaram diferenças entre os domínios, sendo o valor máximo correspondente a orientação com $5,89 \pm 0,32$ seguido do domínio atenção com $4,41 \pm 1,37$, visuoespacial/executiva com $3,22 \pm 1,76$, sendo o pior resultado para abstração com $1,44 \pm 0,69$. Apresentando um total de $22,63 \pm 4,05$, apresentando com isso um Declínio cognitivo leve, levando em consideração que o escore normal é (83) 3322.3222

considerado igual ou maior que 26 pontos. Segundo Carvalho e Papaleó¹⁹ esse declínio se enquadra como declínio fisiológico de cognição, dobrando este declínio a cada 5 anos. Ressaltando que nesta etapa da vida inicia-se a identificação de distúrbios de linguagem, evidenciados pelas trocas de palavras ao se expressar.

Em relação a capacidade funcional, os idosos apresentaram dificuldade leve com comprometimento em $2,29\% \pm 2,78$ das atividades de acordo com o protocolo de BOMFAQ. Dentre estes 70,37% apresentaram dificuldade leve (1 a 3 atividades) durante a realização de tarefas, seguido de 18,52% sem dificuldades (0 atividades), 7,4% com dificuldade grave (7 ou mais atividades) e 3,7% dificuldade moderada (4 a 6 atividades). A função motora nos idosos está diretamente relacionada com a morbimortalidade, uma vez que os que apresentam dificuldades para realizar sete ou mais atividades de vida diária tem três vezes mais risco de morte do que indivíduos independentes²⁰.

O presente estudo, evidenciou-se que a maioria dos idosos apresentaram dificuldade leve para realização de atividades. Por outro lado, estudos de Santos²¹, mostraram que os idosos apresentaram dificuldade para realização de sete atividades ou mais. O que pode ser explicado, é que a população escolhida para participar no presente estudo, foram idosos considerados saudáveis, que fazem parte do um grupo de convivência da UAMA, indicando que a capacidade funcional em idosos que se expõe a novos conhecimentos e relacionamentos recreativos tende a ser melhor. Sendo possível afirmar que quanto menor o déficit cognitivo melhor a capacidade funcional de um indivíduo.

A qualidade de vida é uma variável resultante do desenvolvimento pessoal e coletivo, dependente de múltiplos fatores, está associado ao bem-estar, à segurança, à expectativa de vida. Relaciona-se também através de dimensões como: saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, autonomia, metas de vida e grau de desenvolvimento pessoal. Quanto à percepção dos idosos acerca da qualidade de vida, foi resultado bastante positivo e de grande relevância para esta pesquisa, pois, é perceptível a influência positiva da atividade física, pois essa constitui um

excelente instrumento de promoção à saúde em qualquer faixa etária, em especial para os idosos que participam do Programa.

A participação nas reuniões semanais do grupo de convivência da UAMA tem contribuído para o processo de realização pessoal destes idosos, resgatando sua dignidade de viver, a capacidade de ser útil, e de sentir-se um membro importante para a continuidade do grupo. Os idosos mencionaram que a reunião semanal, mesmo com o número reduzido dos membros associados, faz com que os presentes sejam reconhecidos como atuantes e comprometidos no fazer dos trabalhos em grupo, das atividades de lazer, melhorando sua Qualidade de Vida.

Em relação à Qualidade de Vida através da EQVF, os idosos apresentaram ter qualidade de vida satisfatória, verificou-se uma pontuação total de $94,22 \pm 6,63$. Quanto aos escores obtidos nas cinco dimensões, e dos 15 itens propostos por Flanagan. Neste estudo os escores maiores foram de socialização com $6,74 \pm 0,52$ seguido por ter e criar filhos com $6,63 \pm 0,56$, os escores mais baixos foram com $5,67 \pm 1,41$ para o de participação em associações e atividades de interesse público com e $5,67 \pm 1,33$ relacionamento íntimo. Segundo a classificação proposta por Flanagan²², que quantificou a satisfação de qualidade de vida de 0-45 como baixa, 46-74 médio e acima de 75 pontos como alta qualidade de vida, evidenciou-se neste estudo, que 100% da amostra apresentam-se como alta qualidade de vida, pois suas pontuações estão dentro do escore de pontuação de acima de 75 pontos, concluindo assim que os idosos estão com uma satisfação grande com sua qualidade de vida.

Similarmente, Santos et al.²³, observaram que os idosos apresentaram certas peculiaridades e expectativas próprias na ordem de prioridade que concebem a qualidade de vida, sendo diferente de outros indivíduos. Assim como, Benedet e Spricigo²⁴, demonstram que a maioria dos idosos apresentou alta qualidade de vida. Estudo de Cella, Tulsy e Gray²⁵, mostraram que o fator de maior impacto sobre os escores de qualidade de vida dos idosos é o seu estado emocional. Sintomas como ansiedade e depressão, promovem os mesmos impactos sobre a qualidade de vida,

quando o idoso se percebe doente²⁶ e a percepção de sua saúde, o padrão de vida e a habilidade para o trabalho variam conforme a faixa etária²⁷.

Realizada análise da correlação entre a Função Cognitiva versus Idade e Nível de Escolaridade destes idosos, foi feita a correlação entre idade e a escolaridade e o perfil cognitivo através da MoCa. Foi possível observar que idosos com idade (60 a 79 anos) apresentaram correlação fraca e negativa sem alteração significativa ($\rho = -0,29$; $p=0,57$) assim como, quanto a qualidade de vida ($\rho = -0,19$; $p=0,70$), e a função cognitiva. Entretanto, quanto a funcionalidade, verificou-se correlação forte e positiva ($\rho = 0,29$; $p=0,57$) sem significância e a função cognitiva. Portanto, evidenciou-se uma correlação inversamente proporcional entre a capacidade cognitiva e a idade e qualidade de vida nos idosos entre 60 a 79 anos que participaram da UAMA, por outro lado, observou-se uma correlação proporcional quanto a função cognitiva e a funcionalidade, o que pode ser respaldado em que o declínio cognitivo leve não apresenta repercussão na funcionalidade.

Similarmente, verificou-se que os idosos com idade (80 a 99 anos), mostraram correlação fraca e negativa sem alteração significativa ($\rho = -0,29$; $p=0,57$) assim como, quanto a qualidade de vida ($\rho = -0,20$; $p=0,71$), e a função cognitiva. Entretanto, quanto a funcionalidade, verificou-se correlação forte e positiva ($\rho = 0,29$; $p=0,57$) sem significância e a função cognitiva. Portanto, evidenciou-se uma correlação inversamente proporcional entre a capacidade cognitiva e a idade e qualidade de vida nos idosos entre 80 a 99 anos que participaram da UAMA, por outro lado, observou-se uma correlação proporcional quanto a função cognitiva e a funcionalidade, o que pode ser respaldado em que o declínio cognitivo leve não apresenta repercussão na funcionalidade.

Devido à escassez de trabalhos com esse enfoque, não foi possível comparar com os dados presentes na literatura.

Tabela I: Correlação entre a Função Cognitiva e Idade, nível escolaridade de Idosos da UAMA.

Teste de Spearman	Correlação	Gênero	Idade	MoCa	MEEM
Rô de Spearman	Coeficiente (rho)	1.00	-0,04	0,28	0,20
60 a 79 anos	Sig (p)	.	0,87	0,23	0,38
Rô de Spearman	Coeficiente (rho)	1,00	- 0,29	- 0,48	0,00
80 a 99 anos	Sig (p)	.	0,57	0,33	1,00

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

Conclusão

Com base na análise dos resultados é possível sugerir que idosos participantes da UAMA apresentaram:

- ✓ Idades entre 60 a 90 anos, sendo a maioria do gênero feminino;
- ✓ Declínio cognitivo leve com alto padrão de capacidade funcional e boa qualidade de vida.

Portanto, sugere-se que seria interessante desenvolver um projeto de intervenção com estimulação cognitiva de forma que proporcione a modulação do nível cognitivo e conseqüentemente de sua capacidade funcional e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2010. [Acesso em 2015 jul 25] Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 10-02-2014.
2. Zanini-Schlindwein R. Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects. Rev Neurocienc. 2010. 18(2):220-226.
3. Galisteu, K. J.; Facundim, S. D.; Ribeiro, R. C. H. M.; Soler, Z. A. S. G. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. Arq de Ciênc da Saúde. 2006 V.13, n.4, p. 209-214.
4. Veras, R. P. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UnATI, p. 23-27, 2001.
5. Nunes, M. C. R., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L. Franceschini, S. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

funcional de idosos residente em Ubá, Minas Gerais. Rev. Brasileira de Fisioterapia 2008; 13(5): 376-382.

6. Dutra, M. M. Perfil dos idosos hospitalizados da estratégia saúde da família. (TCC). Porto Alegre: Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

7. Paskulin Lisiane M G, Vianna Lucila A C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev. Saúde Pública. 2007; 757-768. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500010>

8. Marin M J S, Cecílio L C O, Perez A E W U F, Santella F. Silva C B A, Gonçalves Filho J R, Roceti L C. Caracterização do uso de medicamentos entre idoso de uma unidade do programa de saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(7): 1545-1555. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700009>

9. LIMA-COSTA M F. Epidemiologia do envelhecimento do Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, p 499-513, 2003.

10. Simoneau A, Oliveira D. Programa universitário para pessoas idosas: a estrutura da representação social. Arq. Bras de Psicol, Arq. bras. psicol. [online]. 2011, 63(1):11-21.

11. Ordonez T N, Cachioni M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2011, 14(3) 461-474.

12. Santos J S, Barros M D A. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: Uma análise da morbimortalidade hospitalar. Epidemiol Serv Saude. 2008 17(3) 177-186.

13. Costa E C, Nakatani A Y K, Bachion M M. Capacidade de idosos as comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Acta Paulista de Enferm. 2006 19(1) 43-35.

14. Picini R X, Facchini L A, Tomas I E, Thumé E, Silveira D S, Siqueira F V, Rodrigues M A. Necessidades de Saúde aos idosos: efetivamente na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência & Coletiva. 2006 11(3) 657-667.

15. Monteiro A. Idosos usuários do SUS do município de Alambarí – SP. Quem são? Como vivem? O que sentem? [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2002.

16. Lebrão M L, Laurentini R. Saude, bem-estar e envelhecimento: o estudo sabe no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005 8(2)127-41.

17. Coutrim. Idosos Trabalhadores: perdas e ganhos nas relações internacionais. Sociedade e Estado. maio/ago. Brasília. 2006 21(2):367-390, 2006.

18. Alves L C, Leimann B C Q, Vasconcelos M E L, Sá Carvalho M, Vasconcelos A G G, Godoi A G, Fonseca T C O, Lembrão M L, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. ago, Rio de Janeiro, 2007 23(8): 1924-1930.
19. Carvalho E T, Papaleó N M, Garcia Y M. Biologias e teorias sobre o envelhecimento. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2006.
20. Ricci N A, Kubota M T, Cordeiro R C. Concordâncias de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2005 39(4):655-662.
21. Santos L D, Salmela L F T, Lelis F O et al. Eficácia da Atividade Física na manutenção do desempenho funcional do idoso: revisão de literatura. Rev Fisioter Brasil. 2011.
22. Flanagan J C Measurement of quality of life: current os artstate. Archive Physical Medicine Rehabilitation. 1982 9:23-56.
23. Santos S R, Santos I B C, Fernandes M G M, Henriques M E R M. Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2002 nov/dez 10(6):757-764.
24. Benedet D M, Spricigo K. Qualidade de vida dos idosos do Grupo Autonomia do Idoso da Clínica de Atenção Básica à Saúde – CIABS (TCC). Santa Catarina, 2008.
25. Cella D F, Tulsky D S, Gray G. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of general measure. Journal of Clinical Oncology. 1993 11(3):570-579.
26. Sullivan M D, Kempen G I J M, Van Sonderen E, Ormel J. Models of health related quality of life in a population of community-dwelling dutch elderly. Quality of life Research. 2001 (8): 801-810.
27. Boling A. The most importante thing in life. Comparison between older and younger popilations age group by gender. Results from a national survey of the public judgement. International Journal of Health Sciences. 1995 6(12) 169-175.