

## FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO INTERIOR SERGIPANO

Danilo Barbosa Morais (1); Andressa Melo Alves (2); Glauber Rocha Monteiro (3); Roberto Jerônimo dos Santos Silva (4)

*Secretaria Municipal de Saúde, Cedro de São João – SE - [danilo\\_bmorais@yahoo.com.br](mailto:danilo_bmorais@yahoo.com.br)*

*Universidade Federal de Sergipe UFS – São Cristóvão / SE - [andressameloalves@hotmail.com](mailto:andressameloalves@hotmail.com)*

*Faculdade Uninassau, Curso de Educação Física BAC – Aracaju/SE – [Glauber.monteirocha@gmail.com](mailto:Glauber.monteirocha@gmail.com)*

*Universidade Federal de Sergipe UFS/SE, Programa de Pós Graduação em Educação Física – São Cristóvão / SE - [rjeronimoss@gmail.com](mailto:rjeronimoss@gmail.com)*

### INTRODUÇÃO

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século no Brasil, em que se observa uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV) garantindo a esses indivíduos políticas públicas voltadas ao seu bem estar, físico, psíquico e social<sup>1</sup>.

Associado a essas transformações e ao crescimento dessa população, observa-se também o desafio dos múltiplos problemas de saúde, psicossociais e econômicos gerados pelo envelhecimento<sup>2</sup>. Essa acentuada velocidade colocará o Brasil, no período de 25 anos, como a sexta população em quantidade de idosos no mundo, em números absolutos, o que representará cerca de 15,5% da população brasileira, trazendo repercussões positivas e/ou negativas na forma como avaliam sua saúde<sup>3</sup>.

A investigação da percepção de saúde entre idosos apresenta grande relevância para o Brasil nos últimos anos, que vivencia um acelerado processo de envelhecimento populacional, com importantes impactos e desafios para os serviços de saúde. Estudos nacionais já revelaram que a proporção de percepção negativa da saúde aumenta com o passar da idade<sup>4,5</sup>.

Em decorrência das diferenças geográficas, populacionais, culturais, e socioeconômicas, fazem-se necessários mais estudos relacionados a percepção de saúde em idosos das diferentes regiões do país. A partir da identificação dos possíveis fatores que interferem na percepção negativa de saúde por esses indivíduos onde será possível desenvolver ações direcionadas a saúde desse segmento populacional e atividades voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento saudável.

#### *Justificativa*

Desconsiderar elementos sociais e ambientais do universo do estado de saúde do idoso pode levar a uma subestimação do fenômeno e incorrer em alguns equívocos na elaboração e gerenciamento das políticas de saúde para esta população. Variáveis econômicas e sociais podem interferir na percepção positiva ou negativa na saúde e qualidade de vida de idosos<sup>6,7</sup>.

Sendo assim, a prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além da monitorização de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos<sup>8</sup>.

A adoção de hábitos saudáveis associadas a uma prática regular de atividade física na população de um modo geral vem se demonstrando como fator de proteção aos agravos associados ao próprio envelhecimento e as doenças crônicas relacionadas à vida do homem contemporâneo. Assim, o incentivo a popularização de programas e o incremento da prática regular de atividade física podem melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde da população idosa<sup>9</sup>.

#### *Objetivo Geral*

Analisar fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos.

#### *Objetivos Específicos*

Verificar a associação entre as características sociodemográficas e a percepção negativa de saúde e qualidade de vida;

Avaliar a associação entre as variáveis funcionais flexibilidade e agilidade e a percepção negativa de saúde e qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal. A população da pesquisa foi composta de 906 idosos cadastrados na base de dados SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, da zona rural e urbana do município de Cedro de São João – SE. Do total de idosos elegíveis para o estudo, 233 foram entrevistados, contudo para essa análise, nove entrevistas foram excluídas devido à falta de dados sociodemográficos, nível de atividade física e/ou debilidade física para o *Senior Fitness Test*, totalizando a amostra em 224 idosos.

Foi realizado um treinamento com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde para conhecimento e esclarecimento dos questionários socioeconômico, WHOQOL-BREF e IPAQ, os testes de aptidão física foram aplicados pelos pesquisadores em um momento posterior. A fase de treinamento com os ACS foi realizada no mês de fevereiro de 2016, sendo a coleta de dados entre os meses de março a maio. A realização dos testes físicos foi realizada nos meses de junho e julho de 2016.

Os instrumentos que avaliaram as variáveis foram compilados em um único documento, sendo eles: Questionário de identificação para variáveis socioeconômicas e epidemiológicas; a classificação utilizada para estimar o nível socioeconômico (NSE) dos participantes foi a proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>10</sup>; O instrumento WHOQOL – BREF avalia a percepção da qualidade de vida em adultos, é constituído de 26 questões, sendo a pergunta 1 e 2 sobre questões gerais de satisfação de saúde e qualidade de vida<sup>11</sup>; Outro instrumento utilizado foi o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que estima os níveis de atividade física, estabelecendo quatro categorias de classificação: “muito ativo”, “ativo”, “irregularmente ativo” e “sedentário”<sup>12</sup>.

A Bateria de Testes de Aptidão Física utilizada foi a *Senior Fitness Test* (SFT). Essa bateria de testes mensura a aptidão física de idosos para realizar as atividades da vida diária na velhice e é composta por seis testes motores que avaliam a flexibilidade dos membros superiores a partir do alcançar das mãos atrás das costas; flexibilidade de membros inferiores com o idoso sentado na borda da cadeira tentando alcançar com a mão os dedos dos pés; força dos membros superiores com o indivíduo sentado e flexionando o antebraço com uso de halter; força dos membros inferiores, com o movimento de levantar e sentar na cadeira; agilidade e equilíbrio dinâmico iniciando o teste com o idoso sentado, logo levanta, caminha 2,44m e volta a sentar; e, a aptidão cardiorrespiratória com o teste de caminhada de 6 minutos<sup>13</sup>.

Para confecção do banco de dados foi utilizado planilha eletrônica e para análise dos dados o pacote estatístico SPSS versão 22. Para melhor interpretação dos dados algumas variáveis foram

dicotomizadas. Para a identificação dos fatores associados com a Percepção Negativa de Saúde e Qualidade de Vida, foi realizada análise bruta e ajustada por meio de regressão logística binária. Para a construção do modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram  $p \leq 0,20$  na análise bruta. Considerou-se um nível de significância  $p < 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%.

A avaliação para coleta de dados e aferição dos testes foi dividida em duas etapas. Na primeira, a entrevista realizada pelo ACS de forma individual na residência do idoso e/ou nos grupos de intervenção ofertados pela Academia da Saúde, os participantes responderam aos questionário socioeconômico, WHOQOL-BREF e IPAQ versão curta. Nesse momento, foi feito um agendamento para a próxima etapa.

Na segunda etapa, foi realizada uma avaliação física no espaço da Academia da Saúde e em uma quadra poliesportiva do município que se localiza ao lado da Academia. A avaliação obedeceu a seguinte sequência: teste físico utilizando o protocolo de Rikli e Jones verificando a flexibilidade, força de membros superiores e inferiores, agilidade e por último, aptidão cardiorrespiratória com o teste de caminhada de 6 minutos.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 224 idosos. A média de idade foi de  $70,58 \pm 6,43$  anos, com amplitude de 60 a 93 anos. A partir da amostra (tabela 2) foi identificado que 88,8% dos idosos são responsáveis financeiramente pela família, e, a maioria deles acredita que a convivência com parentes tem sim impacto positivo na vida. Foi demonstrado também que maioria dos idosos estudados refere estarem satisfeitos com a saúde, assim como com boa percepção de qualidade de vida. Quanto ao nível socioeconômico o estudo mostrou que a maioria dos participantes apresentou um extrato para classe média / baixa. Em relação ao nível de atividade física, 54,5% dos idosos foram considerados ativos. Apenas as variáveis: flexibilidade de membros superiores e inferiores apresentaram associação significativa com o desfecho Percepção Negativa de Saúde (tabela 3). O idoso que não era responsável financeiramente pela família demonstrou ter 52% menores chances de percepção negativa de saúde quando confrontado com idosos que se diziam ser responsáveis pela família financeiramente. A idade, a convivência familiar, o nível de atividade física e socioeconômico e a agilidade não foram significantes. Em relação à flexibilidade ruim de membros superiores nos idosos foi verificado duas vezes e meio maiores chances de percepção negativa de saúde comparada aos idosos que apresentaram flexibilidade boa. Houve semelhança no resultado de flexibilidade para membros inferiores, apresentando quase três vezes maiores chances de percepção negativa de saúde, ou seja, idosos que apresentaram flexibilidade ruim tem maiores chances de percepção negativa de saúde.

Na tabela 4, mostraram-se associadas com a percepção negativa de qualidade de vida o responsável financeiro e a flexibilidade de membros inferiores. No estudo, o idoso que não era responsável financeiramente pela família demonstrou ter 66% menor chance de percepção negativa de qualidade de vida quando comparado com idosos que se diziam ser responsáveis pela família financeiramente. As variáveis: sexo, idade, convivência familiar, nível de atividade física, nível socioeconômico, flexibilidade de membros superiores e agilidade não foram significantes. A flexibilidade ruim de membros inferiores apresentou quase três vezes maiores chances de percepção negativa de qualidade de vida em relação a sua referência.

**Tabela 2 - Características da amostra de idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224)**

VARIAVEIS	N	%	IC 95%
<b>FAIXA ETARIA</b>			
Idoso Jovem	116	51,8	(69,74 – 71,43)
Idoso Mediano/Avançado	108	48,2	
<b>SEXO</b>			
Feminino	149	66,5	(0,27 – 0,40)
Masculino	75	33,5	
<b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>			
Sim	199	88,8	(0,85 – 0,93)
Não	25	11,2	
<b>CONVIVÊNCIA FAMILIAR</b>			
Sim	207	92,4	(0,88 – 0,95)
Não	17	7,6	
<b>OCUPAÇÃO</b>			
Autônomo	04	1,8	
Funcionário Público	05	2,2	(3,87 – 3,96)
Aposentado	215	96,0	
<b>SATISFAÇÃO COM A SAÚDE</b>			
Insatisfeito	105	46,9	(0,46 – 0,59)
Satisfeito	119	53,1	
<b>PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA</b>			
Boa	120	53,6	(0,46 – 0,60)
Ruim	104	46,4	
<b>NÍVEL SOCIOECONÔMICO</b>			
Alto	15	6,7	
Intermediário	104	46,4	(2,32 – 2,48)
Baixo	105	46,9	

NAF DICOTOMIZADO	N	%	IC 95%
Ativo	122	54,5	(0,38 – 0,52)
Baixos níveis de ATF	102	45,5	
<b>FLEXIBILIDADE DE MEMBROS SUPERIORES</b>			
Ruim	145	64,7	(0,28-0,41)
Bom	79	35,3	
<b>FLEXIBILIDADE DE MEMBROS INFERIORES</b>			
Ruim	131	58,5	(0,35 – 0,48)
Bom	93	41,5	
<b>AGILIDADE</b>			
Ruim	144	64,3	(0,29 – 0,42)
Boa	80	35,7	

**Tabela 3 - Associação entre a Satisfação Negativa de Saúde e as Variáveis Independentes em Idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224).**

Variáveis	Percepção Negativa de Saúde			
	Análise bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
<b>Sexo</b>				
Feminino	1,51 (0,85–2,65)	0,155*	1,67 (0,92 – 3,05)	0,092
Masculino	1		1	
<b>Idade</b>				
< 70	1,21 (0,71 – 2,05)	0,483		
> 70	1			
<b>Responsável Financeiro</b>				
Não	0,48 (0,20 – 1,17)	0,109*	0,54 (0,21 – 1,37)	0,196
Sim	1		1	
<b>Convivência Familiar</b>				
Não	0,85 (0,31 – 2,39)	0,768		
Sim	1			
<b>Nível de Atividade Física</b>				
Ativo	0,85 (0,50 – 1,44)	0,547		
BNAF	1			
<b>Nível Socioeconômico</b>				
Alto	0,81 (0,27 – 2,40)	0,704		
Intermediário	0,69 (0,40 – 1,19)	0,185		
Baixo	1			
<b>Flexibilidade de membros superiores</b>				
Ruim	2,43 (1,37– 4,31)	0,002*	2,27 (1,25- 4,11)	0,007
Bom	1		1	
<b>Flexibilidade de membros inferiores</b>				
Ruim	2,69 (1,54 – 4,69)	0,000*	2,49 (1,40 – 4,41)	0,002
Bom	1		1	
<b>Agilidade</b>				
Ruim	1,06 (0,62 – 1,85)	0,815		
Boa	1			

\* Para o modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram p ≤ 0,20 na análise bruta.

**Tabela 4 - Associação entre a Percepção Negativa de Qualidade de Vida e as Variáveis Independentes em Idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224).**

Variáveis	Percepção Negativa de Qualidade de Vida			
	Análise bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	valor p	OR (IC 95%)	valor p
<b>Sexo</b>				
Feminino	1,31 (0,75 – 2,31)	0,342		
Masculino	1			
<b>Idade</b>				
< 70	0,73(0,43 – 1,24)	0,241		
> 70	1			
<b>Responsável Financeiro</b>				
Não	0,33(0,12– 0,85)	0,022*	0,36 (0,13– 0,95)	0,040
Sim	1		1	
<b>Convivência Familiar</b>				
Não	1,17(0,42– 3,23)	0,764		
Sim	1			
<b>Nível de Atividade Física</b>				
Ativo	1,15 (0,67 – 1,95)	0,615		
BNAF	1			
<b>Nível Socioeconômico</b>				
Alto	0,48 (0,15 – 1,50)	0,209		
Intermediário	0,75 (0,43 – 1,29)	0,295		
Baixo	1			
<b>Flexibilidade de membros superiores</b>				
Ruim	1,40(0,80 – 2,44)	0,238		
Bom	1			
<b>Flexibilidade de membros inferiores</b>				
Ruim	2,52(1,45– 4,39)	0,001*	2,42 (1,38 – 4,24)	0,002
Bom	1		1	
<b>Agilidade</b>				
Ruim	0,93(0,54 – 1,62)	0,805		
Boa	1			

\* Para o modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram p ≤ 0,20 na análise bruta.

## DISCUSSÃO

Com relação aos dados sociodemográficos, a média de idade dos integrantes desse estudo foi de 70,58±6,43 anos, prevalecendo indivíduos do sexo feminino com 66,5%. Este achado ratificou os resultados de Aragoni *et al*<sup>14</sup>, na capital de Santa Catarina – SC, onde 96,2% dos participantes do estudo eram mulheres. Outro estudo<sup>15</sup>, citou que em uma população de idosos participantes de um programa de atenção básica, prevaleceram 91,6% do sexo feminino. Isso pode ser justificado pelas mulheres viverem mais que os homens, tornarem-se viúvas mais cedo, estarem menos expostas a riscos ocupacionais, e principalmente as diferenças de atitude em relação à saúde, elas por sua vez procuram mais os serviços de saúde em relação ao público masculino<sup>16</sup>.



A prevalência de satisfação com a saúde foi de 53,1%. O estudo é consistente com informações de Confortin *et al*<sup>17</sup>, o qual verificou que a prevalência desse desfecho foi de 51,2%. Um estudo prévio<sup>18</sup>, verificou que a prevalência desse desfecho foi de 50,4% em três municípios do interior do Brasil na região do Nordeste, Sudeste e Sul. O estudo de Borim *et. al*<sup>19</sup>, apresentou prevalência superior ao presente estudo, de 80,9% de idosos em Campinas – SP. A diferenciação das prevalências estudadas está relacionada provavelmente à categorização regional influenciada principalmente por aspectos socioeconômicos e demográficos, podendo interferir na percepção de saúde.

A auto percepção é forte indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz a sobrevivência dessa população. Estudos demonstraram que a percepção de saúde boa é um dos indicadores mais relatados<sup>20, 21</sup>. Em Guarapuava, 54,6% dos entrevistados consideraram sua saúde “boa” e 31,5% “ruim”. No contexto da saúde, a auto percepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo<sup>22</sup>.

A percepção positiva de qualidade de vida apresentada no estudo foi de 53,6% e o nível de atividade física (NAF) prevaleceu idosos ativos com 54,5%. O estudo de Guimarães *et. al*<sup>23</sup> demonstrou uma percepção de qualidade de vida variando entre 46,8 e 84,3% e o NAF de 46%. A lógica refere em ambos os estudos que idosos com maior NAF, tende a ter melhores níveis de percepção positiva de qualidade de vida. Dessa forma a satisfação de saúde e percepção positiva de qualidade de vida nesse estudo pode estar associada ao fato da maioria desses idosos serem ativos.

Paskulin<sup>24</sup> destaca que a condição de saúde, de acordo com os idosos, não se refere apenas à ausência de doença, mas também a possuir atividades de lazer, a capacidade de continuar trabalhando (autonomia e independência) e a busca por relações sociais e convivência familiar, isso interfere beneficemente nos aspectos relacionados à percepção da qualidade de vida, pois possibilitam melhores indicadores dos níveis de atividade física quando comparado a idosos que não realizam essas atividades.

No estudo foi verificado as condições referentes ao responsável financeiro, este por sua vez obteve resultados significativos, porém demonstrando que tiveram associação apenas com a percepção negativa de qualidade de vida. O idoso que não era responsável pelo ambiente domiciliar financeiramente apresentou menos chances de ter percepção negativa de qualidade de vida tanto na análise bruta como na ajustada. Os resultados do estudo estão em consonância com a literatura descrita por outros autores<sup>25,26</sup>, quando opinam que as interações familiares, a coesão e organização no seio da família e um adequado apoio familiar interferem na qualidade de vida.

Apesar de o estudo apresentar um NAF ativo para a maioria dos idosos, isso não traduz que os mesmos possam ter ótimos resultados referentes à sua flexibilidade. A dificuldade na realização de atividades funcionais gerou debilidade física a partir do *Sênior Fitness Test*, que apontou relação ruim da percepção negativa de saúde para flexibilidade de membros superiores e inferiores e percepção de qualidade de vida somente para flexibilidade de membros inferiores, sugerindo que, quanto maior a dificuldade do idoso realizar as AVD's pior percepção nessas variáveis analisadas.

Alguns estudos referem que idosos que apresentam dificuldades ao realizar atividades funcionais é indicativo de saúde ruim, sendo o uso de dispositivos um indicador direto de incapacidade<sup>27</sup>.

Outro estudo ainda cita que o processo de deterioração osteoarticular acelera-se a partir dos 65 anos, o que gera uma diminuição da amplitude de movimento causando uma perda importante na qualidade de vida e saúde dessas pessoas. Contrariando de certa forma o estudo, autores<sup>18</sup> comentam que as condições físicas não são suficientes para determinar a forma de o idoso perceber o estado de saúde. Entretanto, algumas condições patológicas e comportamentais contribuem para uma percepção negativa do estado de saúde.

Guimaraes e Farinatti<sup>28</sup> citam que a diminuição da flexibilidade está associada à ocorrência de quedas no idoso, sobretudo em função de perda de mobilidade de quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral, gerando alterações no padrão de marcha e dificuldades no desempenho e tarefas cotidianas, como utilizar transportes públicos ou caminhar.

O estudo demonstrou que a agilidade não teve associação de percepção negativa de saúde e qualidade de vida, não obtendo dados significantes. Em relação à agilidade e ao equilíbrio dinâmico, o estudo desenvolvido por Toraman e Yildirim<sup>29</sup>, vai de encontro com o resultado do estudo, já que foi utilizado a bateria de testes físicos *Sênior Fitness Test*, no qual verificou que idosos com maior risco de quedas são aqueles com menores índices de agilidade e equilíbrio dinâmico.

Meireles *et al*<sup>30</sup> também cita que o envelhecimento causa déficits sobre o sistema mantenedor do equilíbrio humano e isso ocorre porque as estruturas afetadas pelo processo de envelhecimento cerebral desempenham importante função na dinâmica corporal.

## CONCLUSÕES

Os fatores sociodemográficos não apresentou associação significativa para a percepção negativa de saúde. O responsável financeiro no modelo bruto e ajustado foi bastante significativo, apresentando relação de associação com a percepção negativa de qualidade de vida.

Analisando as variáveis funcionais a flexibilidade de membros superiores e inferiores estiveram associados à percepção negativa de saúde no modo bruto e ajustados. Na percepção negativa de qualidade de vida se manteve associado apenas a flexibilidade de membros inferiores.

A variável funcional agilidade não se mostrou associada à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em nenhuma das análises bruta e ajustada.

Sendo assim, torna-se importante planejar a elaboração de políticas públicas direcionadas a saúde e ao bem estar da pessoa idosa com constante monitoramento das condições que possam afetar o idoso nas diversas atividades do seu dia-a-dia, facilitando o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde e promovendo saúde e qualidade de vida no âmbito da atenção básica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Rev Enfermagem Atual*. 2008;46:19-23.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad de Saúde Pública* 2003;19(3):793-8.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Sinopse do censo demográfico de 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [citado em 12/05/2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/Isang> EYL, Liamputtong P, Pierson J. The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. *Ageing&Society* 2004; 51-74. Acesso em 31 de março de 2017.
4. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev BrasEpidemiol*2013;16(3):559- 571.
5. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *CienSaudeColet*2012;17(12):3353-62.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
7. José F. População e Meio Ambiente no Novo Regime Demográfico Brasileiro. In: Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Ana Amélia Camarano (Organizadora) / Rio de Janeiro, 2014.
8. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad Saúde Pública, Rep Public Health. 2008; 24(3):535-46.
9. Consalter GLT. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Jan;17(1): 123-133.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2013 – [www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2013 – IBOPE.
11. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-83.
12. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev. Atividade Física e Saúde 2001;6(2).
13. Rikli R, Jones C. Functional fitness normative scores for community residing older adults, age 60-94. J Aging Phys Act 1999;7(2):162–81.
14. Aragoni J, Hernandez SSS, Marchesini BL, Simas J, Mazo Z. Independência funcional e estágios de mudança de comportamento para atividade física de idosos participantes em grupos de convivência. Rev Bras Qualid Vida 2013;5(2):31-40.
15. Bello M, Reppould Filho RA. Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos participantes dos programas de atividade física da prefeitura de Porto Alegre, RS. Anais do VI Simpósio Nordestino de Atividade Física e Saúde; 2004 2-4 Dez; Recife-Pe.
16. Savonitti, BHR. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados. São Paulo, 2000.
17. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D’orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2015;31(5):1049-1060.
18. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2012;15(1):49-2.
19. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2012;28:769-80.
20. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHS. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Ciênc Saúde Colet 2007;12(6):1683-90.
21. Silveira SR, Cabral GTR, Correa LB, Reis LB. Análise do perfil do idosos atendidos por um Programa de Saúde da Família do bairro Araças em Vila Velha- ES. Ciênc Saúde Colet 2007;12(6):1683-90.
22. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. Rev Eletrônica Enferm. 2008;10(2):299-9.
23. Guimarães ACA, Silva FB, Soares A, Fernandes S, Machado Z. Nível de Percepção de Saúde, Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. R bras Ci Saúde 2011;15(4):393-98.
24. Paskulin, LMG. Envelhecimento saudável no sul do Brasil: Enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas. Porto Alegre, 2009.

25. André S. Qualidade de vida do doente com diabetes tipo II. Viseu: Escola Superior de Saúde. 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV). (2005).
26. Madureira A. Qualidade de vida do prestador informal de cuidados à pessoa dependente. Viseu: Escola Superior de Saúde. 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2007) (Texto não publicado, disponível na ESSV).
27. Vrandenburg JA, Simoes EJ, Thompson JJ, Murary T. The prevalence of arthritis and activity limitation and their predictor in Missouri. *J Community Health* 2002;27(2):91-107.
28. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esp* 2005;11(5):299-05.
29. Toraman A, Yildirim NU. The falling risk and physical fitness in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51(2):222–6.
30. Meireles AE, Pereira LMS, Olibeira TG, Christofolletti G, Fonseca AL. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Rev Neurocienc* 2010;18(1):103-8.