

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Ana Carla Casado de Figueiredo¹
Iraktânia Vitorino Diniz²
Maria Julia Guimarães Oliveira Soares³
Thaiza Teixeira Xavier Nobre⁴
Ana Elza Oliveira de Mendonça⁵

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e abordagem quantitativa, realizado com idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em um município do interior da região Nordeste do Brasil. Para mensurar a qualidade de vida utilizou-se o instrumento *World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)*. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 21 idosos integrantes do grupo de convivência, dos quais 76,2% eram do sexo feminino. As idades variaram de 60 a 90 anos, sendo a maior parte compreendida na faixa etária de 60 a 70 anos (71,4%). O domínio relações sociais obteve o maior escore médio (69,46), seguido do domínio psicológico (63,90). Os homens apresentaram melhores escores médios em todos os domínios da QV quando comparado as mulheres. **CONCLUSÃO:** A avaliação da QV dos integrantes do grupo de convivência apresentou resultado satisfatório, revelando que o estímulo à participação dos idosos em atividades coletivas pode contribuir para o compartilhamento de experiências positivas, fortalecer vínculos de amizade e cooperação.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Qualidade de Vida, Saúde.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento humano vem se configurando como uma das mudanças demográficas mais importantes e marcantes da atualidade, o qual tem alcançado também representatividade em países em desenvolvimento. Apesar do processo do envelhecer ser uma trilha natural e irreversível, ele é percebido a partir de diferentes prismas, derivando das experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida do ser humano (VERAS, 2007).

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Pesquisadora do CNPq, anacarlacasado@gmail.com;

² Enfermeira; Estomaterapeuta Ti-Sobest; Mestra em Enfermagem; Doutoranda (PPGENF/UFPB), João Pessoa – PB, iraktania@hotmail.com;

³ Professora Associada Doutora do Departamento de Enfermagem Clínica e da Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, mmjulie@ig.com.br;

⁴ Fisioterapeuta; Professora Associada I da FACISA da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, thaizax@hotmail.com;

⁵ Professora orientadora; Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, anaelzaufnrn@gmail.com.

Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho (CLOSS; SCHWNAKE, 2012).

O envelhecimento biológico se apresenta muitas vezes descrito como a incapacidade progressiva resultante do declínio do sistema imunitário do organismo, porém, não pode ser considerado argumento suficiente para definir velhice. É comum, em nossa sociedade, depararmos com o conceito de envelhecimento associado ao estereótipo de doença, o que se torna uma propriedade quando nos referimos ao idoso (FONSECA, 2016).

Os conhecimentos construídos sobre envelhecimento e velhice demonstram que nossos posicionamentos requerem o enfrentamento de estereótipos decorrentes de uma visão preconceituosa e negativista do idoso, muitas vezes considerado como coadjuvante da sua própria vida, sendo assim ignorando como protagonista sujeito da sua história. Ser protagonista implica libertar-se da condição de dependente e submisso para conduzir a própria existência o que é construído em cada fase do processo de envelhecimento como conquistas diárias na busca de qualidade de vida também na velhice (FONSECA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende envelhecimento saudável como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Destaca-se que essa conscientização sobre o envelhecimento saudável aconteça no transcorrer da vida. Deve-se ressaltar também que o bem-estar físico, mental e social é aceito como um referencial de saúde, segundo a posição da OMS (2005).

A atual prestação de serviços de atenção à saúde ao idoso é fragmentada, com multiplicação de consultas em diversas especialidades, informação não compartilhada, utilização de vários fármacos, exames clínicos e de imagens, entre outros procedimentos. Essa fragmentação sobrecarrega o sistema de saúde, provocando forte impacto financeiro em todos os níveis de atenção e não gera benefícios significativos nem a saúde, nem a qualidade de vida (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), visou à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da

capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (SILVESTRE; COSTA, 2003).

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (OMS, 1998).

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Vale ressaltar a importância do papel educativo dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro junto aos idosos, familiares e cuidadores. A consulta ao idoso é um momento especial para fortalecer o vínculo entre o profissional e o paciente, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual podem ser desenvolvidas intervenções multidimensionais e multidisciplinares, na perspectiva do ser holístico (SOARES et al., 2017).

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar durante a senescência e avaliar os fatores associados à qualidade de vida de um grupo de idosos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Frente ao exposto e a relevância da temática, objetivou-se no presente estudo avaliar a QV de idosos participantes de um grupo de convivência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e abordagem quantitativa, realizado em um município do interior do Rio Grande do Norte. A população foi composta por pessoas cadastradas na unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e integrantes de um grupo de convivência.

Para a definição da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, ter condições cognitivas para responder aos instrumentos. Foram excluídos da pesquisa os idosos que não compareceram às atividades programadas para desenvolvimento no grupo de convivência no período de realização do estudo.

Para caracterização geral da amostra foi utilizado um questionário contendo dados de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda, tipo de moradia e profissão). O estado cognitivo foi avaliado pelo o questionário Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), com pontuação variando de 0 a 30. A classificação da função cognitiva a partir da pontuação no MEEM foi feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos funções cognitivas preservadas; 26 a 24 pontos alteração não sugestiva de déficit e 23 pontos ou menos sugestivo de déficit cognitivo. O ponto de corte para os níveis educacionais foram os seguintes: 18 não alfabetizados, 21 educação elementar e 24 educação média ou superior. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário da Organização Mundial da Saúde denominado *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*, em sua versão abreviada, que é composta por 26 questões agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.

As análises descritivas das variáveis de estudo foram feitas mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACISA/UFRN, parecer: 1.206339, e seguiu todos os preceitos das normas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 21 idosos integrantes do grupo de convivência coordenado pela equipe da ESF, dos quais 16 (76,2%) eram do sexo feminino e 5 (23,8%) do masculino. As idades variaram de 60 a 90 anos, sendo a maior parte compreendida na faixa etária de 60 a 70 anos (71,4%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos, Santa Cruz, RN, Brasil, 2017.

Características	n	%
Sexo		

Feminino	16	76,2
Masculino	5	23,8
Faixa etária		
60 a 70	15	71,4
71 a 80	4	19,1
81 a 90	2	9,5
Situação conjugal		
Solteiro	2	9,5
Casado/União Consensual	17	80,9
Viúvo	1	4,8
Separado/Divorciado	1	4,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Sem instrução	4	19,1
1 a 4 anos	4	19,1
4 a 8 anos	4	19,1
Mais de 8 anos	9	42,8
Renda mensal		
1 SM	19	90,5
2 SM	2	9,5
Moradia		
Própria	18	85,7
Alugada	3	14,3
Profissão		
Agricultor	6	28,6
Autônomo(a)	2	9,5
Funcionário público	5	23,8
Do lar	8	38,1

Fonte: Dados coletados na pesquisa.
SM = salário mínimo; n = 21.

Em relação à situação conjugal, 80,9% tinham companheiros. Mendonça et al. (2018) identificaram que a situação conjugal casada obteve maior percentual (66,4%) entre 81 idosos submetidos a hemodiálise na região Nordeste do Brasil. Dados semelhantes foram identificados por Andrade et al. (2014) ao estudar a qualidade de vida de idosos no Brasil, no qual o maior percentual de idosos eram casados (59,2%).

No que se refere à escolaridade 42,8% tinham mais de 8 anos de estudo formal, revelando que a escolaridade dos idosos era baixa. Andrade et al. (2014) identificou em pesquisa com idosos que quanto menor a escolaridade menor a qualidade de vida. De acordo com as diretrizes brasileiras de educação, é dividido por períodos conforme idade a Educação Infantil que abrange crianças de 3 a 5 anos; o Ensino Fundamental é dividido em anos, que vão do 1º ao 9º ano e as idades vão de 6 a 14 anos, um ano para cada série; já o Ensino Médio é fragmentado em três séries que vão dos 15 a 17 anos, aprazado um ano para cada período. Após completar o Ensino Básico pode-se ingressar em cursos Profissionalizantes (nível

Técnico) que tem duração de um ano e meio a dois anos, ou entrar no Ensino Superior em cursos de Licenciatura e Bacharelado, que dura em média de 4 a 5 anos; em seguida é possível se especializar em cursos de Pós-Graduação: Especialização, Mestrado (de dois a dois anos e meio) e Doutorado (duração média de quatro anos) (BRASIL, 2014). Compreendendo assim o ensino básico em um total de 15 anos.

Quanto à renda, 90,5% tinham renda familiar mensal igual ou inferior a um Salário Mínimo (SM). Um estudo multicêntrico realizado em sete cidades brasileiras com total de 3.478 idosos identificou que nas cidades da região Nordeste os idosos tinham renda menor ou igual a um salário mínimo, o que confirma os dados do presente estudo (NERI et al., 2013).

Já sobre moradia, 18 (85,7%) possuíam casa própria. As pessoas que residem em cidades do interior parecem ter maior facilidade em adquirir sua moradia, acredita-se que o principal fator se deva aos custos dos imóveis serem inferiores quando comparados às cidades de maior porte e maiores populações. Não foi possível comparar esse dado com outros estudos sobre qualidade de vida em idosos, pois essa variável não foi pesquisada.

Os resultados obtidos acerca da profissão, mostraram que 8 (38,1%) exerciam atividades no próprio lar. Em contrapartida, um estudo transversal realizado com 1.301 idosos na região Sudeste do Brasil, identificou que mais da metade dos idosos estudados (61,1%) não mais exercem atividade profissional, mas 38,9% ainda continuam desempenhando atividades laborais (serviços domésticos, autônomos e com vínculo empregatício) (PEREIRA et al., 2011).

Quanto à religião, 100% se professaram católicos, conforme dados dispostos na Tabela 1. Andrade et al. (2014) identificaram que ao estudar a qualidade de vida de idosos no Brasil, aqueles autodeclarados como evangélicos, espíritas e pertencentes a outras entidades religiosas apresentam médias de qualidade de vida inferiores aos idosos definidos como católicos (68,4%). Um estudo transversal analítico realizado com 294 idosos da Estratégia de Saúde da Família na região Centro-oeste do Brasil verificou que o estado conjugal, a religião e a escolaridade afetaram significativamente a qualidade de vida de idosos hipertensos (ANDRADE et al., 2014).

Com base nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, avaliados pelo instrumento de avaliação da QV Whoqol-Bref, viu-se que o domínio social obteve melhores escores, entre os idosos estudados.

Para apresentação das médias dos domínios dispostos na Tabela 2, realizou-se o cálculo da qualidade de vida entre os sexos feminino e masculino. Observa-se que houve

diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios físico e social para os grupos feminino e masculino, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens.

As mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens (presentemente 84 anos para elas e 78 para eles), o que faz com que haja mais mulheres do que homens idosos/as. Acresce que viver mais não significa viver com qualidade de vida. Papéis sociais e representações diferentes afetam a relação com a doença, assim como com os cuidados de saúde e do corpo. Comportamentos de risco ou protetores para a saúde estão associados a atributos sociais de masculinidade e feminilidade que podem, de acordo com a idade e o contexto, transformar-se numa vantagem ou numa desvantagem (SALEIRO et al., 2016).

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão por sexo quanto aos domínios do WHOQOL-*bref* (N:21), Santa Cruz, RN, Brasil, 2017.

Domínios	Fem	Média	DP*	Mas	Média	DP*	Média Geral	DP*
Físico	16	58,30	5,33	5	64,48	5,08	59,74	5,81
Psicológico	16	63,35	9,33	5	65,00	10,04	63,90	9,26
Social	16	67,21	10,76	5	76,70	12,37	69,46	11,60
Meio Ambiente	16	56,09	8,11	5	58,74	5,60	56,72	7,54

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

*Desvio padrão

O domínio físico obteve média 59,74 e ao estratificar a média desse domínio por sexo viu-se que a média dos homens foi superior (64,48) a das mulheres (58,30). O domínio físico avalia: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade de trabalho.

Um estudo transversal realizado com 203 idosos da Atenção Primária na região Sudeste do Brasil, identificou resultado semelhante em relação à capacidade funcional que obteve a segunda menor média no grupo estudado (61,1) (LENARDT et al., 2014).

Já o domínio psicológico obteve média 63,90, ao segmentar a média desse domínio por sexo viu-se que a média dos homens foi 65,00 e das mulheres foi 63,35. O domínio psicológico avalia sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Em contra partida, Medeiros e Ferreira (2011) concluem em um estudo sobre bem-estar psicológico nos adultos em idade avançada em Portugal na região dos Açores que são as mulheres que apresentam melhor bem-estar psicológico.

Um estudo transversal, realizado na região Norte do país com 99 idosos, sendo 50 moradores de Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) e 49 idosos moradores de comunidade, identificou que os participantes que obtiveram pontuações médias mais elevadas no Suporte Social apresentam uma percepção de Qualidade de Vida mais elevada no domínio psicológico (RODRIGUES, 2016).

Em relação ao domínio social obteve média 69,46, ao dividir a média desse domínio por sexo viu-se que a média dos homens foi 76,70 e das mulheres foi 67,21. O domínio social avalia relações pessoais, suporte (apoio) social, e atividade sexual. Em uma pesquisa de campo exploratória, realizada na região Norte com 109 idosos residentes de uma reassentamento urbano coletivo, identificou que nos aspectos sociais a média encontrada foi 71,70; nos aspectos emocionais (72,79) e, na saúde mental (69,76), esses três domínios possuem os maiores escores. Os resultados encontrados nesses domínios são destacáveis por esses idosos possuem excelentes relações sociais com familiares ou amigos, possuindo assim, uma vida social ativa (SILVA; SILVA; RODRIGUES, 2018). Lenardt et al. (2014) referem-se aos aspectos sociais, emocionais e a saúde mental como dimensões psicossociais e quando essas dimensões obtêm boas pontuações, pode-se dizer que a qualidade de vida neste aspecto é muito boa.

O domínio meio ambiente por sua vez, obteve média 56,72, ao seccionar a média desse domínio por sexo viu-se que a média dos homens foi 58,74 e das mulheres foi 56,09. O domínio meio ambiente avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), e transporte.

Pereira et al. (2011), concluem que em seus estudos, ser do sexo feminino mostrou-se associado significativamente a baixos escores apenas no domínio ambiental, em que os indivíduos fazem uma análise do meio ambiente em que estão inseridos, podendo as mulheres mostrarem-se mais insatisfeitas do que os homens, considerando-se que a preocupação da mulher com a casa, a aparência e condições do local onde vive é mais evidente

Entretanto, foi observado que as mulheres foram mais solícitas para responder o questionário, porém os homens apresentaram todos os domínios com médias superiores às das

mulheres. Sendo as médias do domínio ambiental as mais baixas e o social com as médias mais altas em ambos os sexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da QV de idosos residentes em um município do interior da região Nordeste participantes de um grupo de convivência apresentou resultado satisfatório, especialmente nos domínios psicológico e relações sociais, revelando que o estímulo à participação dos idosos em atividades coletivas pode contribuir para o compartilhamento de experiências positivas e assim, fortalecer vínculos de amizade e de cooperação. Os homens apresentaram melhores escores médios em todos os domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-Bref quando comparado as mulheres.

É mister destacar que na busca por conhecer a percepção da QV dos idosos, se faz importante compreender como é sua percepção e sentimento em relação ao seu modo de vida atual. Essa pesquisa gerou novos conhecimentos e espera-se que venha a subsidiar a tomada de decisões dos profissionais e gestores de saúde, visando contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

A utilização do instrumento WHOQOL-Bref para avaliar a QV dos idosos participantes de um grupo de convivência, permitiu apreender a complexidade que envolve o conhecimento dos indivíduos, e sua inaptidão para fazer uma reflexão sobre particularidades de suas vidas. Percebeu-se que as questões abordadas no instrumento fizeram os pacientes analisarem o grau de satisfação consigo mesmo, com a aparência física, com segurança diária, com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia, com sentimentos em relação às pessoas e vários outros aspectos de suas vidas.

Identificou-se também que a avaliação da QV por meio de instrumentos validados pode auxiliar os profissionais a conhecerem as condições de saúde, a percepção dos pacientes sobre as intervenções desenvolvidas para sua recuperação e ainda, servir de subsídio para o planejamento de cuidados e intervenções voltadas aos idosos de forma holística. Todavia, se faz importante um modelo de atenção à saúde do idoso que seja eficiente e deva-se aplicar em todos os níveis de cuidado, passando por ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Esse modelo de cuidados se inicia na interceptação, no acolhimento e no acompanhamento do idoso, e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Assim, para colocar em prática todas as ações necessárias para um envelhecimento com QV, são vários os caminhos que podem ser seguidos. É preciso repensar o cuidado ao idoso, com foco em suas particularidades, reforçando o importante papel social da enfermagem nas ações educativas de promoção e prevenção de saúde. Isso trará benefícios não somente aos idosos, mas também qualidade e sustentabilidade ao sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M. O. et al . Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 13.005, de 25 de Junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, n. 120-A, 26 jun. 2014. Seção 1. p. 1.

CLOSS, E.; SCHWNAKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 15, n.3, p. 443-458, 2012.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-9, 2003.

FONSECA, S. C. O **Envelhecimento ativo e seus fundamentos**. Portal Edições: Envelhecimento, 1. ed. São Paulo, 2016.

LENARDT, M. H. et al . Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 5, p. 399-404, out. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400067>.

MEDEIROS, T.; FERREIRA, J. Conferência apresentada no IV Congresso Internacional Envelhecimento(s) e qualidade de vida, 2011. Universidade dos Açores. Ponta Delgada. 2011.

MENDONÇA, A. E. O. D. et al. Adesão de idosos com Insuficiência Renal Crônica a terapia hemodialítica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 48-58, abr. 2018. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25353>>. Acesso em: 27 Mai 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769225353>.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>.

OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra, 1998.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600028>.

RODRIGUES, M. J. D. A. **Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI**. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo (PT), 2016. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1804/1/Maria_Rodrigues.pdf. Acesso em: 30 maio 2019.

SALEIRO, S. et al. **Guia para a integração a nível local da perspectiva de gênero na saúde e ação social**. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Coimbra. p. 68. 2016. Disponível em: <http://lge.ces.uc.pt/files/LGE_saude_acao_social.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

SILVA, R. L.; SILVA, L. A.; RODRIGUES, S. M. Lazer e qualidade de vida na terceira idade: o caso de um bairro de assentamento urbano coletivo em Altamira - Pará. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 5, n.2, p.105-123, mai./ago. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbel/article/view/589/402>>. Acesso em: 2 jun 2019.

SILVESTRE, J. A.; COSTA, N. M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SOARES, J. G. B. et al. Impacto da dor na qualidade de vida de idosos. In: **ANAIS do V Congresso Internacional de Envelhecimento**, 2017. Maceió: Realize, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.