



Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional

Participation of elderly in social groups: quality of life and functional capacity

Denise Akemi Simões Oliveira¹, José Roberto Andrade do Nascimento Júnior², Sonia Maria Marques Gomes Bertolini³, Daniel Vicentini de Oliveira^{1,4}

Objetivo: analisar as diferenças entre qualidade de vida e capacidade funcional em idosas participantes e não participantes de grupos com atividades sociais. **Métodos:** estudo transversal, analítico, que avaliou 31 participantes de grupo social (Grupo 1) e 31 não participantes (Grupo 2). A qualidade de vida foi avaliada pelo WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, e a capacidade funcional pelas escalas de Katz e Lawton. **Resultados:** as idosas do Grupo 1 e 2 apresentaram escores de qualidade de vida no WHOQOL-Bref de 73,20 e 71,40 pontos. No WHOQOL-Old ambos os grupos obtiveram os mesmos resultados (84 pontos). Em relação à capacidade funcional a maioria das idosas (77,4%) do Grupo 2 apresentou dependência parcial ou total nas atividades instrumentais de vida diária. **Conclusão:** os resultados indicaram que as idosas participantes de grupo social apresentam melhores escores de qualidade de vida nos domínios social e intimidade.

Descritores: Idoso; Envelhecimento; Qualidade de Vida; Socialização; Enfermagem.

Objective: to analyze the differences between quality of life and functional capacity in elderly participants and non-participants of groups with social activities. **Methods:** cross-sectional and analytical study that evaluated 31 participants of the social group (Group 1) and 31 non-participants (Group 2). The quality of life was evaluate for WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old questionnaires and the functional capacity for Katz and Lawton scales. **Results:** elderly from Groups 1 and 2 showed quality of life scores in WHOQOL-Bref corresponding to 73.20 and 71.40 points. Regarding the WHOQOL-Old, both groups reached equal results (84 points). Regarding functional capacity, most elderly (77.4%) of the Group 2 had partial or total dependence on others to accomplish instrumental activities of daily life. **Conclusion:** the results indicated that elderly who participate in the social group have better quality of life scores in social and intimate domains.

Descriptor: Aged; Aging; Quality of Life; Socialization; Nursing.

¹Faculdade Metropolitana de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

²Univseridade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, PE, Brasil.

³Centro Universitário e Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

⁴Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Autor correspondente: Daniel Vicentini de Oliveira

Rua Boa Vista, 40, Jardim Social, CEP: 87010-030, Maringá, PR, Brasil. Email: d.vicentini@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos, traduzindo-se na incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições do seu ambiente e diminuindo a qualidade de vida⁽¹⁾.

A definição de qualidade de vida, especialmente na velhice, envolve um panorama complexo, apresentando aspectos objetivos e subjetivos. Os fatores objetivos se constituem na ausência de enfermidades ou de perdas da capacidade funcional, isto é, centrado nos aspectos biológicos e epidemiológicos. Já os aspectos subjetivos são descritos pela Organização Mundial da Saúde como o entendimento que a pessoa possui de sua posição na vida, no cenário da cultura e no contexto de valores nos quais se vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo⁽²⁾.

Na população idosa, a qualidade de vida abrange uma série de aspectos, como o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, religiosidade e a capacidade funcional⁽³⁾.

O processo de envelhecimento gera efeitos negativos na capacidade funcional, aumentando as dependências, assim ocorre uma redução do nível de atividade física e um aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis. Para a realização das atividades de vida diária, como das atividades instrumentais de vida diária, a atividade física regular é recomendada para manter a capacidade funcional do idoso e lhe garantir uma vida independente e com qualidade⁽⁴⁾.

Muitas estratégias de ações que assegurem um envelhecimento saudável e com dignidade vem sendo implantadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essas ações, muitas vezes, acontecem por

meio de programas e grupos sociais para idosos⁽⁵⁾. Esses grupos influenciam no processo de envelhecimento, possibilitando a socialização, melhorando a autoimagem perante a sociedade, além das trocas de experiências que vão favorecer o crescimento mútuo⁽⁶⁾.

Para manter o idoso inserido nesses grupos, várias estratégias são atribuídas, dentre elas a realização de atividades artesanais, passeios, jogos, atividades interativas e atividades físicas, que vão proporcionar a troca de experiências, o compartilhamento de ideias, como também a reflexão sobre o cotidiano dessas pessoas, no entanto a oferta da prática de exercícios físicos não acontece em sua maioria⁽⁷⁾.

Um dos fatores importantes no processo de envelhecimento para o idoso é manter-se ativo na sociedade, de maneira independente com uma saúde mental, física e social adequada, sem a presença de doenças, mantendo o bem-estar desejado. Sendo assim, idosos procuram por meio de grupos sociais manterem-se ativos, buscando melhores condições de saúde, qualidade de vida e acima de tudo a longevidade⁽⁸⁾. O aumento da expectativa de vida e a qualidade de vida dos idosos está relacionado à vivência destas pessoas em grupos, a qual vai além das atividades físicas e de lazer propostas, visto que envolvem aspectos emocionais, comportamentais, sociais dentre outros⁽⁹⁾.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi analisar as diferenças entre qualidade de vida e capacidade funcional em idosas participantes e não participantes de grupos com atividades sociais. Nesse sentido, levanta-se a seguinte questão: será que as idosas que participam em grupos sociais demonstram melhor qualidade de vida e capacidade funcional em comparação as idosas que não participam?

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, analítico, no qual a população do foi composta por 31 idosas participantes (Grupo 1) e 31 idosas não participantes (Grupo 2) de um grupo social do município de Uniflor es-

tado do Paraná. Foram incluídas no estudo idosas com idade ≥ 60 anos. No Grupo 1 as voluntárias deveriam participar do grupo social há pelo menos três meses e no Grupo 2, as idosas não poderiam ser praticantes de nenhuma modalidade de exercícios físicos.

Os idosos do sexo masculino foram excluídos da pesquisa devido a pouca procura pelos grupos sociais. Foram excluídas também as idosas que apresentavam alterações neuropsicológicas (demências) e incapacitantes (sequelas de acidente vascular encefálico) para responderem aos questionários da pesquisa, bem como idosas praticantes de modalidades de exercício físico. As idosas do Grupo 2 foram avaliadas em suas próprias residências.

A amostra foi selecionada de forma intencional e para a caracterização das idosas, foi utilizado um formulário semiestruturado, composto por informações referentes à idade, estado civil, situação ocupacional, renda mensal em salário mínimo de referência no Censo Demográfico 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. No item estado civil, foram consideradas solteiras também as idosas viúvas, separadas ou divorciadas. Além disso, foi questionado sobre o uso de medicamentos e presença de doenças crônicas não transmissíveis.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, as duas primeiras referem-se à percepção individual da QV e da percepção de saúde e as 24 seguintes são subdivididas em quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio pode alcançar escores de 4 a 20, e quanto mais próximo de 20 melhor a qualidade de vida do indivíduo no domínio avaliado. Somando-se os escores dos quatro domínios e das duas questões referentes a percepção do indivíduo, pode-se chegar a escores mínimos de 20 e máximo de 100. Quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida global do avaliado⁽¹⁰⁾.

O WHOQOL-Old representa uma ferramenta adicional ao WHOQOL-Bref, para avaliação em

populações de idosos. Sendo assim, complementou-se a avaliação da qualidade de vida aplicando, também, o WHOQOL-Old. Este consiste de 24 facetas, atribuídos a seis domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e intimidade. Cada item é composto por quatro questões. Foi escolhido e utilizado o escore transformado, que é calculado a partir da conversão do escore bruto (apresentado a partir da somatória de cada questão, variando a pontuação entre 4 e 20) para uma escala de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida no domínio avaliado. O escore total do WHOQOL-Old foi calculado por meio da soma das 24 questões do instrumento e é obtido o escore bruto, variante entre 24 e 120. A conversão do escore bruto para uma escala de 0 a 100 representa o escore transformado⁽¹¹⁾.

Um dos instrumentos mais citados na literatura para avaliação da capacidade funcional é o Índice de Independência em Atividade de Vida Diária. Este instrumento foi desenvolvido e publicado em 1963 por Sidney Katz e sua equipe, usualmente denominado de Escala de Katz que avalia a capacidade funcional em relação à realização das atividades básicas de vida diária⁽¹²⁾. Está organizado para mensurar a independência no desempenho de seis funções consideradas básicas como: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Cada item do Índice de Katz segue um escore de 0 a 3, representando o nível de dependência e independência do indivíduo da seguinte forma: 0) independência completa, 1) necessidade de ajuda não humana, 2) assistência humana, 3) completa dependência⁽¹³⁾.

A Escala de Lawton avalia o desempenho dos indivíduos na realização das atividades instrumentais da vida diária, e trata-se de uma medida genérica do nível de independência da pessoa idosa que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparação da medicação e gestão do dinheiro, mediante a atribui-

ção de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades. A escala permite classificar os sujeitos em dependentes e independentes. A pontuação de máxima independência é oito e a maior dependência é zero⁽¹⁴⁾.

Foi utilizada a entrevista direta na aplicação de todos os instrumentos, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e de compreensão dos questionamentos. A análise estatística foi realizada por meio do *Software Statistical Package for Social Science 20.0*. Para as variáveis numéricas, inicialmente foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Como os dados não apresentaram distribuição normal foram utilizadas Mediana e Quartis para a caracterização dos resultados. Na comparação entre os grupos 1 e 2 foi utilizado o teste "U" de *Mann-Whitney* para amostras independentes. Também foi efetuado o teste de qui-quadrado para verificar se existia alguma associação entre os grupos 1 e 2 e as variáveis sociodemográficas. A significância adotada foi de $p < 0,05$.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

As características do perfil das idosas estão apresentadas na Tabela 1.

Ao analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as idosas participantes (Grupo 1) e não participantes de grupo social (Grupo 2), não foi encontrada associação significativa em nenhuma das variáveis ($p > 0,050$), evidenciando que os grupos possuem características homogêneas em relação às variáveis sociodemográficas.

Na comparação entre os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref (Tabela 2), foi encontrada diferença significativa no Domínio de Relações Sociais ($p = 0,005$), indicando que as idosas do Grupo 1 (Md=16,00) apresentaram maior percepção de qualidade de vida a respeito de suas relações sociais que o Grupo 2 (Md=14,67).

Tabela 1 - Associação entre as variáveis sociodemográficas das idosas participantes (Grupo 1) e não participantes de grupo social (Grupo 2)

Variáveis	Grupo 1 (n=31)	Grupo 2 (n=31)	X ²	p
	f (%)	f (%)		
Estado civil				
Casada	12 (38,7)	8 (25,8)	1,18	0,278
Não casada	19 (61,3)	23 (74,2)		
Raça				
Caucasiano	20 (64,5)	21 (67,7)	0,07	0,786
Negro	11 (35,5)	10 (32,3)		
Escolaridade				
Analfabeto	3 (9,7)	10 (32,3)	2,29	0,127
Fundamental incompleto	21 (67,7)	15 (48,4)		
Fundamental completo	5 (16,1)	5 (16,1)		
Médio completo	2 (6,5)	1 (3,2)		
Situação ocupacional				
Ativo	2 (6,5)	6 (19,4)	2,30	0,129
Inativo	29 (93,5)	25 (80,6)		
Renda mensal (em salários) ^a				
1 a 2	31 (100,0)	31 (100,0)	-	-
< 2	-	-	-	-

*Associação significativa $p < 0,05$: Teste de Qui-quadrado; a) Salário mínimo em 2015: R\$ 788,06 (US\$ 308,87)

Verificou-se diferença significativa (Tabela 2) nas Facetas de Participação Social ($p = 0,015$) e Intimidade ($p = 0,025$), evidenciando que as idosas do Grupo 1 apresentaram maior percepção de qualidade de vida nas facetas relacionadas a sua participação social nas atividades e a sua intimidade, quando comparadas com as idosas do Grupo 2.

A Tabela 3 evidencia que não houve associação significativa ($p > 0,05$) entre a capacidade funcional e as idosas participantes (Grupo 1) e não participantes de grupo social (Grupo 2), uma vez que mais de 90,0% das idosas do Grupo 1 e do Grupo 2 apresentaram independência nas atividades de vida diária; e 51,6% das idosas do Grupo 1 apresentaram dependência parcial, enquanto 77,4% das do Grupo 2 apresentaram dependência parcial ou total nas atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 2 - Comparação dos domínios e facetas de qualidade de vida das idosas participantes (Grupo 1) e não participantes de grupo social (Grupo 2)

Variáveis	Grupo 1 (n = 31)	Grupo 2 (n = 31)	p
	Md (Q1;Q3)	Md (Q1;Q3)	
Domínios de Qualidade de vida (WHOQOL Bref)			
Domínio 1 – Físico	14,28(13,71; 16,57)	14,28(12,57; 15,42)	0,395
Domínio 2 – Psicológico	15,33(14,66; 16,67)	15,33(14,00; 16,00)	0,148
Domínio 3 – Relações sociais	16,00(14,67; 16,00)	14,67(13,33; 16,00)	0,005*
Domínio 4 – Meio ambiente	14,00(13,00; 15,00)	14,00(12,50; 15,00)	0,360
Domínio 5 – Auto avaliação	14,00(14,00; 16,00)	16,00(14,00; 16,00)	0,362
Qualidade de vida total	73,20(69,70; 80,40)	71,40(67,10; 79,70)	0,143
Facetas de qualidade de vida (WHOQOL Old)			
Faceta 1 – Funcionamento dos sentidos	14,00(13,00; 18,00)	15,00(13,00; 18,00)	0,910
Faceta 2 – Autonomia	14,00(13,00; 15,00)	14,00(13,00; 14,00)	0,339
Faceta 3 – Atividades passadas, presentes e futuras	15,00(14,00; 15,00)	14,00(13,00; 16,00)	0,272
Faceta 4 – Participação social	14,00(13,00; 16,00)	13,00(12,00; 14,00)	0,015*
Faceta 5 – Morte e morrer	13,00(11,00; 17,00)	14,00(11,00; 16,00)	0,864
Faceta 6 – Intimidade	15,00(13,00; 16,00)	13,00(11,00; 15,00)	0,025*
Qualidade de vida total	84,00(79,00; 95,00)	84,00(79,00; 87,00)	0,192

*Diferença significativa: $p < 0,05$ - Teste "U" de Mann-Whitney**Tabela 3** - Associação entre a capacidade funcional e as idosas participantes (Grupo 1) e não participantes de grupo social (Grupo 2)

Capacidade funcional	Grupo 1 (n=31)	Grupo 2 (n=31)	χ^2	p
	f (%)	f (%)		
Atividades da vida diária				
Independência	30 (96,8)	29 (93,5)	0,35	0,547
Dependência parcial	1 (3,2)	2 (6,5)		
Atividades instrumentais da vida diária				
Independência	4 (12,9)	7 (22,6)	0,12	0,717
Dependência parcial	16 (51,6)	12 (38,7)		
Dependência total	11 (35,5)	12 (38,7)		

*Associação significativa - $p < 0,05$: Teste de Qui-quadrado

Discussão

No presente estudo identificou-se que houve diferença significativa entre os grupos apenas nos domínios participação social e intimidade, o que pode estar associado à quantidade reduzida de atividades desenvolvidas no grupo pesquisado, bem como ao número de encontros semanais.

O referido resultado demonstra que a participação em grupos com essas características pode ser benéfica para o aspecto das relações sociais. Estes dados assemelham-se a pesquisa com idosas partici-

pantes de um grupo social que apresentaram maior percepção de qualidade de vida no que se refere as suas relações sociais, comparado ao grupo de idosas não participantes. Nesse sentido, a socialização revelou-se um fator muito importante na determinação da qualidade de vida do idoso. A manutenção das relações sociais com amigos da mesma geração favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos⁽¹⁵⁾.

A participação dos idosos nesses grupos sociais ou de convivência pode levar a construção de uma utopia de envelhecer saudável⁽⁷⁾. Assim, sugere-se a reformulação e implantação de novas atividades para o grupo, ou seja, implantação de programas de exercícios físicos com intenção de promover melhorias na saúde e bem-estar, aumentando os níveis em todos os domínios de qualidade de vida de idosas participantes de grupos sociais.

Quanto mais ativos os idosos permanecerem, menos necessitarão de suas famílias e dos serviços de saúde, portanto, quanto maior sua intergração física no meio social, maiores serão os benefícios a si e a sociedade⁽¹⁶⁾.

Como já mencionado, também verificou-se diferença significativa na faceta intimidade, evidenciando que as idosas participantes do grupo social apresentaram maior percepção de qualidade de vida na

referida faceta. Destaca-se que no domínio intimidade foram avaliadas questões relativas a companheirismo, capacidade de amar e ser amado.

Idosos bem integrados ao meio social e às suas famílias têm maiores chances de sobrevivência, além de apresentar melhor capacidade de se recuperar de doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade⁽¹⁷⁾. A participação das idosas nas atividades do grupo é importante porque faz com que sua identidade individual se associe a identidade social do grupo, fortalecendo seu pertencimento ao mesmo. A empatia que se estabelece entre as pessoas nos grupos estimula-as a opinar seus interesses por novas habilidades que vão dando um novo significado à suas vidas⁽¹⁸⁾.

Os grupos de convivência ou sociais promovem bom relacionamento entre seus membros, fortalecendo os laços de amizade e estimulando novos vínculos que chegam a elevados níveis de intimidade, não só entre os membros do grupo, mas se estendendo aos seus familiares⁽¹⁸⁾.

Dentre as propostas de muitos grupos sociais, a prática de exercícios físicos, sejam eles esportes, dança, atividades recreativas ou até mesmo exercícios de força são as mais incentivadas e repercutidas, pois traz de alguma forma benefícios à saúde⁽¹⁹⁾. Mesmo os idosos envelhecendo, ainda é possível ganhos na aptidão física por meio da prática de exercícios físicos, que vão facilitar o desenvolvimento das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária.

No que se refere a pontuação nas escalas de avaliação da capacidade funcional, as idosas de ambos os grupos se mostraram independentes funcionalmente não necessitando de ajuda de outra pessoa para a realização das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária. Mesmo sem praticar exercícios físicos regularmente, as idosas têm se mantido ativas por meio de seus afazeres domésticos, de lazer e deslocamento. Essa situação foi verificada em pesquisa anterior onde os idosos relacionavam a atividade não só a prática de exercícios físicos, mas também as atividades domésticas, o que pode caracterizar uma situação de não sedentarismo e manutenção da fun-

cionalidade⁽²⁰⁾.

A população do município dessa pesquisa apresenta características rurais, o que aumenta a atividade física dos mesmos no deslocamento, lazer e atividades domésticas, justificando supostamente a não diferença encontrada entre os grupos na variável capacidade funcional. Outra pesquisa também foi realizada em uma cidade do interior do estado e possui características peculiares e tipicamente rurais, tais como menor utilização de meio de transporte motorizado, maior contato entre os moradores e hábitos sociais típicos como encontrar com amigos na praça, o que pode ser, supostamente, considerado como fator para a não diferença na funcionalidade entre grupos⁽²⁰⁾. Diante disso, a participação no grupo social não influenciou na melhora das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária.

O estudo apresenta algumas limitações como ter sido realizado em um município com número pequeno de habitantes, onde se observa um maior contato social entre grande parte da população, se comparado com os grandes centros, o que pode ter influenciado nas similaridades entre os resultados da avaliação da qualidade de vida entre os grupos. Porém, mesmo com estas limitações, este estudo poderá fornecer aos profissionais da saúde, como os da enfermagem, importantes conhecimentos sobre a necessidade de se incentivar a participação de idosos em grupos sociais e de se acrescentar e/ou intensificar a prática dos exercícios físicos nestes grupos, como um dos determinantes da promoção da Saúde do idoso.

Sugere-se a ampliação dos grupos sociais, bem como maiores incentivos para participação dos idosos.

Conclusão

O estudo não encontrou diferenças significativas entre as participantes e não participantes de um grupo com atividades sociais em relação à qualidade de vida total e a capacidade funcional, contudo, maiores níveis de dependência funcional foram encontrados nas idosas não participantes de grupo social. Os resultados indicaram que as idosas participantes de grupo social apresentam melhores escores de quali-

dade de vida nos domínios social e intimidade.

Colaborações

Oliveira DAS e Oliveira DV contribuíram para concepção, coleta dos dados de campo, e redação do artigo. Nascimento Júnior JRA contribuiu para análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Bertolini SMMG contribuiu na redação do artigo, análise crítica relevante e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Wichimann FMA, Areosa SVC, Lepper L, Couto AN, Cardoso CMC, Moreira EP. Satisfação do idoso na convivência em grupos. *Rev Contexto Saúde*. 2011; 10(20):491-8.
2. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev Bras Ger Gerontol*. 2012; 15(3):481-92.
3. Januário RSB, Serassuelo Júnior H, Liutti MC, Decker D, Molari M. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *Conscientiae Saúde*. 2011; 10(1):112-21.
4. Oliveira DV, Bertolini SMMG, Martins Júnior J. Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *ConSc Saúde*. 2014; 13(2):187-95.
5. Benedetti TRB, Petroski EL. Idosos asilados e a prática de atividade física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2012; 4(3):5-16.
6. Rodrigues LB, Cruz RVS, Moura MVA, Marinho Júnior UG, Gonzaga PD. Avaliação da qualidade de vida sexual entre idosos participantes de um grupo de convivência e lazer. *Memorialidades*. 2014; (21):105-32.
7. Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Rev Bras Ger Gerontol*. 2010; 13(2):225-33.
8. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2012; 5(2):60-76.
9. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde Soc*. 2010; 19(4):878-8.
10. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-Bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2010; 48(3):390-7.
11. Vagetti GC, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-Bref e do WHOQOL-Old. *Motricidade*. 2012; 8(S2):709-18.
12. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3):482-7.
13. Smanioto FM, Haddad CFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Reve*. 2011; 12(1):18-23.
14. Pereira MG, Roncon J. Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do índice de relações familiares (IFR). *Rev Psic Saúde Doenç*. 2010; 11(1):41-53.
15. Almeida DT, Leitão GCM, Silva LF. Qualidade de vida e percepção do envelhecimento sob a ótica do idoso. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012; 13(1):27-33.
16. Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosas não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev CEFAC*. 2012; 14(5):952-62.
17. Fabrício AT, Silva TBL, Kissaki PT, Vieira MG, Ordonez TN, Oliveira TB, et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF*. 2012; 17(1):85-95.
18. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Pilati ACL, Stann B, Jantsch LB. Grupos de convivência: uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. *Rev Contex Saúde*. 2011; 10(20):995-8.
19. Benedetti TSB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2087-93.
20. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Active aging and its relationship to functional independence. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):513-8.