

**Qualidade de vida dos idosos  
participantes do Projeto “Unidos da  
Melhor Idade” do Município de  
Fernão, SP, Brasil**

*Quality of life of elderly people participating in the  
"United of the best age" Project in the Municipality  
of Fernão, SP, Brazil*

*Calidad de vida de los mayores participantes del  
Proyecto "Unidos de la mejor edad"  
del Municipio de Fernão, SP, Brasil*

Maria Amélia Ximenes  
Rosa Maria Del' Vescovo  
Rafaela Fioretto Manchini  
Marta Helena Souza De Conti  
Lyana Carvalho e Souza

**RESUMO:** Este estudo avaliou a qualidade de vida de um grupo de idosos identificando suas condições de saúde autopercebida. A maioria considera sua qualidade de vida boa e estão satisfeitas com a saúde. A baixa escolaridade e renda não foram fatores determinantes para sua qualidade de vida, porém a presença de sentimentos negativos, tais como: humor, desespero, ansiedade e depressão chamam a atenção para um acompanhamento do grupo de forma mais específica.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Idoso; Saúde percebida.

**ABSTRACT:** *This study evaluated the quality of life of a group of elderly women identifying their self-perceived health conditions. Most consider their quality of life to be good and are satisfied with their health. Low levels of education and income were not determinant factors for their quality of life, but the presence of negative feelings such as: mood, despair, anxiety and depression call attention to a more specific follow-up of the group.*

**Keywords:** *Quality of life; Elderly; Perceived health.*

**RESUMEN:** *Este estudio evaluó la calidad de vida de un grupo de ancianas identificando sus condiciones de salud autopercebida. La mayoría considera su calidad de vida buena y están satisfechas con la salud. La baja escolaridad y renta no fueron factores determinantes para sus cualidades de vida, pero la presencia de sentimientos negativos tales como: humor, desesperación, ansiedad y depresión llaman atención para un acompañamiento del grupo de forma más específica.*

**Palabras clave:** *Calidad de vida; Mayores; Salud Autopercebida.*

## **Introdução**

O envelhecimento populacional é tema de grande impacto em todo o mundo, fazendo parte da maioria das sociedades. Estima-se para o ano de 2050 a existência de cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (IBGE, 2011).

A Organização Mundial de Saúde, OMS, considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. No caso do Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais de idade representam 12,1% dessa população total, que é de cerca de 193.946.886 habitantes (IBGE, 2011).

Ao mesmo tempo em que o envelhecimento traz uma sensação de vitória da vida sobre a morte, também coloca para todos os cidadãos, e para as sociedades, uma série de situações a serem enfrentadas (Alves, 2008), como a busca de alternativas de como viver bem nesta fase, considerada propensa a doenças, já que o processo de envelhecimento torna os indivíduos mais vulneráveis a enfermidades crônicas e incapacitantes, onerando a saúde pública e privada.

É pensando nesse viver melhor e principalmente na prevenção das doenças conhecidas como próprias do envelhecer, que os órgãos governamentais, em especial as Prefeituras Municipais, têm desenvolvido projetos, cujo objetivo maior é proporcionar qualidade de vida para essa população, a partir da promoção de saúde.

De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (The World Health Organization Quality of life Assessment Group, WHOQOL, 1997), qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida no contexto de sua cultura, de acordo com o sistema de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O Município de Fernão, Estado de São Paulo, tem uma população de 1.563 habitantes, sendo 16,58% desta, composta por idosos (IBGE, 2010). Diante dessa grande demanda de idosos, sentiu-se a necessidade de atender de forma mais específica essa clientela, com o objetivo de reinseri-los na sociedade, resgatando seu papel participativo na comunidade, no sistema de saúde, e na família.

Embasada nessa questão, a assistência social do município, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde Familiar, USF, criou o Projeto “Unidos da Melhor Idade”, cujo objetivo é estimular o convívio social, a troca de experiência e a melhoria da qualidade de vida, por meio de atividades diversas e reuniões socioeducativas, além de proporcionar a ampliação e defesa de direitos e autonomia. É um projeto que acontece desde o ano de 2013, e conta com a participação de uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

O projeto está aberto a ambos os sexos, a partir da idade de 50 anos; no entanto, somente idosas participam com um total de 40 inscritas. Os encontros são realizados duas vezes por semana com duas horas de duração. São oferecidas atividades educativas e de cidadania, além de oficinas artesanais. No momento da coleta de dados, o Projeto tinha um ano de funcionamento.

O conceito de qualidade de vida da OMS (1997), por ser amplo e complexo, inter-relacionando o ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, e crenças pessoais, justifica os propósitos do presente estudo, no sentido de investigar idosos participantes do Projeto supracitado.

Vale ainda destacar que o objetivo principal do Projeto é a melhoria da qualidade de vida dos participantes; dessa forma, o estudo proporciona um retorno, por parte das idosas, de suas percepções de vida, importante devolutiva para os gestores do Projeto, o que reforça a importância do estudo.

Dessa maneira, o presente estudo avaliou a qualidade de vida das idosas que participam do Projeto “Unidos da Melhor Idade”, traçou o perfil destas, identificando suas condições de saúde autopercebida.

Este trabalho poderá contribuir para o entendimento dessa etapa da vida, na elaboração de projetos futuros que tenham como estratégia a melhoria da qualidade de vida dessa população e ainda proporcionar uma reflexão acerca do próprio Projeto do Município de Fernão, importante para dirigentes rever conceitos e/ou manter estratégias.

## **Materiais e Métodos**

Pesquisa de abordagem qualitativa, com alguns dados quantitativos, de natureza descritiva. O estudo teve início em dezembro de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USC, com o parecer de n.º 500.006 e aprovado com o CAAE de n.º 18641813.1.0000.5502.

Foram convidadas para participar do estudo 40 integrantes do Projeto “Unidos da melhor idade” do Município de Fernão, Estado de São Paulo, porém somente 38 idosas participaram. A escolha dos sujeitos foi feita pela facilidade de acesso das pesquisadoras ao grupo.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: o questionário *WHOQOL-Bref* e uma ficha sociodemográfica.

A escolha deste questionário se deu pelo fato de ser fundamentado no pressuposto de que a qualidade de vida é um construto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas.

Esse instrumento avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais, e ambiente), incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida. É composto por 26 questões na versão do instrumento em português (Fleck, *et al.*, 1999).

A ficha sociodemográfica foi elaborada pelos autores e, além da identificação, incluiu as atividades físicas realizadas, autopercepção de saúde e uso de medicação.

Foi realizado um estudo-piloto com uma amostra de dois sujeitos, para avaliar a adequação dos instrumentos.

Verificou-se que as idosas, por apresentarem problemas de visão, apresentaram dificuldades para marcar as opções de resposta do questionário, solicitando ajuda para preenchê-lo. Dessa forma, optou-se por aplicá-lo.

Durante a aplicação, as informações foram transcritas logo após cada resposta do sujeito entrevistado. As 38 idosas levaram em média 30 minutos para responder ao questionário.

Os dados foram categorizados e analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2009) para a abordagem qualitativa e, estatística descritiva, por meio de uma planilha Excel para a análise quantitativa.

Todos os dados após analisados foram comparados à literatura.

## **Resultados e Discussões**

### ***Perfil Sociodemográfico das idosas participantes do estudo***

A média de idade das idosas participantes do estudo foi de 61,6± anos, sendo que a maior parte tinha entre 65-69 anos. A idosa mais jovem tinha 60 anos, enquanto a mais velha, 84 anos.

Debert (2004) explica que, no Brasil, os programas para a terceira idade têm mobilizado um público feminino.

A participação do homem idoso, quando acontece, raramente ultrapassa os 20%.

O entusiasmo manifestado pelas mulheres na realização das atividades propostas contrasta com a atividade de reserva e indiferença dos homens.

Tabela 1

**Características sociodemográficas das participantes (N=38)**

Variáveis sociodemográficas		%	n. <sup>o</sup>
Sexo	F		(n=38)
Idade M (dp)	61,6 anos		
Estado civil	Casadas	63,1%	24
	Viúvas	15,7%	06
	Outras	21,2%	08
Escolaridade	Analfabetas	7,8%	03
	Ensino Fundamental ( até a 3 <sup>a</sup> )	26,3%	10
	Ensino Fundamental (4 <sup>a</sup> )	42,1%	16
	Ensino Fundamental (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> )	5,2%	02
	Ensino Fundamental Completo	10,5%	04
	Ensino Médio Incompleto	7,8%	03
Escolaridade M (dp)	4,2 anos de estudos		
Renda Mensal	01 Salário Mínimo	44,7%	17
	02 Salários Mínimos	42,1%	16
	03 Salários Mínimos	10,5%	04
	04 Salários Mínimos	2,6%	01
Renda Mensal M (dp)	1,7 Salários Mínimos		
Aposentadoria		81,5%	31
Profissão anterior à aposentadoria	Lavradoras	57,8%	22
	Diaristas	13,1%	05
	Donas de casa	18,4%	07
	Recepcionista	2,6%	01
	Auxiliar dentário	2,6%	01
	Auxiliar geral	2,6%	01
	Costureira	2,6%	01
Atividade atual	Donas de casa	100%	

Fonte: Elaborada pelos autores

Dentre as idosas investigadas, 63,1% são casadas, fato que contraria o contexto epidemiológico, cuja maioria da população idosa feminina é constituída por viúvas (Farinasso, Marques, Rodrigues, & Hass, 2006; Colss, & Schwanke, 2012; Farinasso, & Labate, 2015). Há evidência empírica de que os idosos casados têm melhor qualidade de vida do que os que vivem sozinhos (Covolán, 2009). A categoria “Outras” (divorciadas, separadas ou amasiadas) teve sua representação com 21,2%.

Dados de pesquisas confirmam que ser mulher, sozinha e idosa aumenta as chances de incapacidade e doenças, ao passo que ser casada é preditivo de melhor velhice (Resende, & Neri, 2005; Covolan, 2009).

Quanto à escolaridade, o grupo tem em média 4,2 anos de estudo, ficando uma minoria de idosas (7,8%) com estudos até o ensino médio incompleto, conforme Tabela 1.

Covolan (2009) explica que a baixa escolaridade das mulheres idosas pode estar relacionada à organização social do começo do século que não facilitava o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. Os valores da época não valorizavam a educação escolar para as mulheres que, muitas vezes, eram criadas para serem boas esposas, mães e donas de casa. Vale destacar que 57,8% das idosas foram lavradoras, profissão que não requeria uma escolaridade elevada.

A renda média familiar das idosas estudadas é de 1,7 salários mínimos, embora 2,6% disseram ganhar quatro salários; e 10,5% disseram receber três salários. Sousa, & Silver (2008) explicam que a desigualdade de renda é uma característica da população brasileira e não seria diferente entre os idosos. Entre eles, a situação é ainda pior. Segundo os mesmos autores, no Brasil, embora 34,3% de idosos tenham renda mensal familiar *per capita* de até um salário mínimo, 12,4% vivem com até meio salário mínimo, o que os caracteriza como absolutamente pobres.

As 38 senhoras (100%) se identificam como donas de casa e, entre estas, 81,5% se declararam aposentadas. Tal resultado evidencia a importância desse benefício para a sobrevivência das senhoras, como também o fato de a participação no projeto preencher seu tempo livre, uma opção de atividade social importante para o indivíduo que se aposenta. Silveira, Lodovici, e Bitelli (2013, p. 335) apontaram, em seu estudo sobre efeitos benéficos na vida, pessoal e social, de atividades em grupo entre pessoas idosas, no espaço de uma Universidade Aberta à Maturidade, “os idosos procuram ressignificar suas rotinas de vida, por meio da aquisição de novos conhecimentos, troca de experiências de vida e outras formas prazerosas de preencher o tempo livre”.

Dentre as profissões que as participantes desta pesquisa exerciam antes da aposentadoria, o destaque foi para as lavradoras (57,8%). A presença de atividades na lavoura é característica do Município de Fernão, local em que as idosas residem. A maioria das idosas (94,7%) é mãe de dois a quatro filhos e avó de dois a cinco netos. Entretanto, duas declararam não ter filhos.

### ***Estado de saúde autopercebida pelas idosas***

60,5% das idosas responderam ter uma saúde regular; 31,5% consideraram ter boa saúde; e, apenas 7,8% disseram estar com uma saúde ruim. No que se refere ao uso de medicação, todas informaram fazer uso de algum tipo de medicamento, sendo a patologia mais referida, a hipertensão arterial, atingindo um total de 68,4% das idosas.

Em segundo lugar, o diabetes foi o mais citado, acometendo 28,9% das idosas; 18,4%, depressão; e, 15,7%, problemas de circulação e articulares. Algumas idosas alegaram ter mais de uma patologia.

A saúde autopercebida tem merecido considerável atenção como um indicador do declínio da condição funcional. É uma variável simples de ser obtida, com o potencial de sintetizar uma completa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso (Virtuoso Junior, & Guerra, 2008; Covolan, 2009). Considerando-se que a saúde autopercebida reflete com relativa precisão o estado geral de saúde (Covolan, 2009), há uma relação positiva entre esta e as limitações funcionais dos idosos (Collins, Brenda, Rooney, Smalley, & Havens, 2004). Estudos comprovam que as questões de saúde autopercebida não são meramente impressões que se relacionam as condições reais de saúde; indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde (Veras, 1994; Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015).

Saber como o idoso percebe sua saúde e como lida com as situações de declínio funcional é imprescindível para se pensar ações tanto de promoção quanto de atenção a uma determinada população idosa.

Ainda ao serem questionadas se participam de alguma atividade física e/ou de lazer, todas disseram que somente participam das atividades realizadas pelo Projeto “Unidos da Melhor Idade”. Este resultado reflete a importância do Projeto como possibilidade/oportunidade de participação social e ocupacional, mostrando-se a importância de suas ações como perspectiva de promoção de velhice ativa e com qualidade.



### ***Avaliação da Qualidade de Vida***

A maioria (47,3%) das idosas considerou sua qualidade de vida muito boa; 31,5% boa; e 21,0% nem boa nem ruim.

Percebe-se que, apesar de a maioria ser de baixa renda, nenhuma das idosas considerou sua qualidade de vida ruim. Dessa forma, nem sempre a variável renda baixa é vinculada a uma qualidade de vida ruim, embora estudos esclareçam que rendimentos diminuídos entre os idosos são fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Como também uma situação socioeconômica satisfatória associa-se à melhor qualidade de vida (Jakobsson, Hallberg, & Westergren, 2004; Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015). Sherbourne, Meredith, Rogers, & Ware Jr (1992) e Alberte, Ruscalleda, & Guariento (2015) concordam que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos.

No entanto, a qualidade de vida do idoso pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma de como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (Pereira, *et al.*, 2006).

Isso também se torna verdadeiro para a questão satisfação com a saúde, quando a maioria das idosas (52,6%) disse demonstrar satisfação; 28,7% se consideram nem satisfeitas nem insatisfeitas e 15,7% relataram muita satisfação com a sua saúde atual, desmitificando alguns estereótipos que existem em relação à velhice e saúde, comumente associada a perdas e insatisfações.

Em relação à saúde física, a questão foi avaliar em que medida a dor as impede de fazer o que precisam. A maioria (55,2%) acredita que existe o impedimento mais ou menos; 15,7% entendem que é bastante; 10,5%, muito pouco; e, o nada impede é representado por 15,7%; somente 5,2% acreditam que a dor impede extremamente.

A dor pode tratar-se de uma manifestação subjetiva, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais e, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida.

A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitar sua capacidade de interação e convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida (Celich, & Galon, 2006).

Diante deste entendimento, os profissionais de saúde, ao valorizarem a dor referida pelos idosos, têm a possibilidade de orientar e intervir de modo a minimizar este sofrimento, para que este idoso possa ter uma qualidade de vida satisfatória. Além de conhecer, avaliar e tratar a dor no idoso, o desafio maior está em intervir de modo comprometido, alicerçado na ética e na eficácia (Celich, & Galon, 2006).

Ainda questionando à saúde, foi perguntado o quanto as idosas precisam de tratamento médico para levar a sua vida diária. Os resultados indicaram que 47,3% necessitam mais ou menos, 28,9% muito pouco, 23,65% ressaltam o item bastante e as alternativas nada e extremamente não foram mencionadas.

Deve-se considerar que a prevenção e o controle de processos patológicos são eixos fundamentais na velhice, sendo realmente necessário o tratamento e/ou acompanhamento médico, como forma de manter os níveis de autonomia e independência, fundamentais para uma velhice ativa e com qualidade. Os percentuais do estudo apontam esta necessidade.

A questão seguinte interroga o quanto as idosas aproveitam a vida. Somente 10,5% acreditam aproveitar a vida de forma extrema; 39,5% optaram pelo mais ou menos; 31,5% disseram aproveitar bastante e, 18,4%, muito pouco.

Percebe-se que as idosas têm um entendimento próprio do que seja aproveitar a vida. Pensando nos resultados obtidos, o importante é que elas estabeleçam relações para a inserção de atividades em suas vidas, tornando essas significativas. É notório que o homem tem uma natureza ocupacional, permitindo a ele relacionar esse “aproveitar a vida” às atividades desenvolvidas pelas idosas e que demonstram, pelos percentuais, que têm um significado, entendendo que apenas 18,4% das idosas não estão conseguindo dar significado as suas atividades cotidianas.

Em relação o quanto as idosas acham que a vida tem sentido, constatou-se que 65,7% consideram ter sentido extremo; 23,6% relatam bastante; 10,5% mais ou menos. É fundamental para a saúde mental do idoso que ele tenha percepção de uma perspectiva positiva de vida (Rodriguez, 2005; Oliveira, & Silva, 2013).

Compreende-se o que as pessoas pensam e sentem em relação à própria vida a partir de julgamentos que ela faz acerca de aspectos específicos de sua vida, tais como condições de saúde, lazer ou trabalho e também componentes afetivos (Diener, 1984; Faria, & Seidl, 2006).

Percebe-se que as idosas em questão estão tendo um vínculo social positivo, com base na grande porcentagem que consideram que a vida tem sentido extremamente. Dessa forma, a partir do momento em que o idoso percebe-se como ator de sua vida, conquista um espaço mais respeitado no cenário familiar e social (Freire, 2000), promovendo sua qualidade de vida.

A concentração é de fundamental importância na realização das atividades de vida diária. A maioria, 47,3% diz ter uma concentração mais ou menos; 36,8% consideram ter bastante; 13,1% extremamente; e 2,6% muito pouco. O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades cognitivas, como a memória episódica e as funções executivas (Paulo, & Yassuda, 2010). A carga de conhecimento, de preocupações, de afazeres, de decisões, que surge com tempo, dificulta muitas vezes a concentração dos idosos.

No que concerne à segurança, na questão o quão seguras se sentem em sua vida diária, os resultados indicaram que 60,5% consideram-se bastante seguras; 28,9% extremamente; enquanto 10,5% mais ou menos. Esta questão chama a atenção para um nível alto de segurança das idosas no desempenho de suas atividades. Este fato pode estar relacionado a um envelhecimento ativo dessas idosas, ou seja, de acordo com a OMS, o modelo de envelhecimento considerado “ideal” que seria aquele no qual o idoso mantém padrões de autonomia e atividade. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência, quesitos imprescindíveis para se obter segurança no desempenho de atividades (OMS, 2005).

Em relação aos fatores ambientais, a pergunta foi o quão saudável é o ambiente físico, clima, barulho, poluição e atrativos para as idosas, indicando que 73,6% acreditam estarem extremamente saudáveis quanto aos fatores mencionados; 26,3% demonstraram estarem bastante satisfeitas. De acordo com Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz (2008), um ambiente propício e satisfatório para o idoso é aquele que oferece segurança, é funcional, proporciona estímulo e controle pessoal, facilita a interação social, favorece a adaptação às mudanças e é familiar.

A OMS (2005) afirma que o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não deste. Vale mencionar que o público em questão mora em uma cidade considerada pequena do interior, considerada favorável em condições ambientais.

O domínio funcional assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde, quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos. Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades (Covinsky, *et al.*, 1999; Fassino, *et al.*, 2002).

A energia para encarar o dia a dia também se encaixa nesse conceito por estar relacionada ao domínio funcional. Constatou-se que 55,2% das idosas têm disposição média; 21,05% se consideraram completamente dispostas; 18,4% ficaram com a escolha “muito”; e 5,2% “muito pouco”. A disposição das idosas possivelmente varia de acordo com as condições favoráveis ou não que estas têm em seu contexto de vida, e como as percebem e conciliam as dificuldades decorrentes do envelhecer, pois como Moragas (1991, p. 54) destaca, “muita gente se surpreende ao comprovar que pessoas idosas desempenham atividades físicas e intelectuais com plena efetividade”. Mas, percebe-se que, na sociedade brasileira, na maioria das vezes, convive-se com um conceito pejorativo da velhice, acrescido do descaso geral com relação a essa faixa etária.

A aceitação da aparência física, do processo de envelhecimento, também está relacionada ao domínio físico. A maioria, 52,6%, disse aceitá-la completamente; 26,3% referiram aceitá-la “muito”; enquanto 21,0% representam o percentual de “média” aceitação. Ao aceitar e perceber que o envelhecimento é um processo natural do ciclo vital do homem e de qualquer outro ser vivo, o idoso adquire melhor consciência do que está vivenciando. Os idosos adaptam-se melhor ao processo do envelhecer, quando seu espírito encontra-se saudável e otimista; ficam, então, mais propensos a ver a velhice como uma fase de experiências acumuladas, de maturidade e liberdade para se assumirem, bem como para se libertar de certas responsabilidades (Zimmerman, 2000). Percebe-se que as idosas revelam aceitar o envelhecimento, aceitando a aparência física como um processo natural do envelhecimento.

A satisfação financeira, o ter dinheiro para atender as necessidades básicas, é outro aspecto relevante para uma vida com qualidade. A maioria das idosas, 42,1%, afirmou estar satisfeita de forma mediana; 21,0% assinalaram muito pouca satisfação; e 18,4% consideram muita e completamente satisfeitas. Percebeu-se que a maioria das idosas, apesar de fazerem parte de um público desfavorável pelas circunstâncias salariais, consegue atender suas necessidades. Segundo Jakobsson, Hallberg, & Westergren (2004), os rendimentos estão frequentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida; assim, os problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. No caso das idosas em questão, a maioria parece conseguir, apesar dos baixos rendimentos, suprir suas necessidades que, de acordo com os autores, é indício de qualidade de vida.

O estar informado é indispensável no mundo contemporâneo, principalmente o quão disponíveis estão às informações de que se necessita no dia a dia, significando a própria sobrevivência. Os resultados indicaram que somente 5,2% das idosas acreditam que as informações estão completamente disponíveis. A maioria (50%) relata ser médio o acesso às informações necessárias; enquanto 34,2% dizem ter muito acesso; e 10,5% apontam ter muito pouco. Percebeu-se que a cidade onde moram parece disponibilizar de forma razoável as informações necessárias diárias.

Rybash (1995) destaca que a maioria dos idosos enfrenta dificuldades ante a organização e interpretação da informação, ocasionadas por um declínio na capacidade em reconhecer objetos, possivelmente fragmentada ou mesmo incompleta. Há de se considerar também a memória, ao relacionar o processamento da informação e os aspectos cognitivos, em virtude de a mesma sofrer alterações com o avançar da idade (Atkinson, & Shiffrin, 1968). No entanto, observa-se, em nossa sociedade, uma valorização da informação, que se difunde de forma rápida e intensa por meio de diversas tecnologias de comunicação e de informação. É assegurado pelo Estatuto do Idoso que os meios de comunicação devem prestigiar os idosos, promovendo espaços e horários especiais para eles. O Poder Público deve apoiar a criação de universidades abertas e incentivar a publicação de livros e periódicos com letras que facilitem a leitura.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 13), “envelhecimento ativo é 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”. Justifica-se, assim, a necessidade de oportunidades para o idoso, participação social para obtenção de informação adequada, visando a uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, a política do envelhecimento ativo prevê desafios para uma população em processo de envelhecimento a serem superados, sugerindo-se um planejamento que seja inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Dentre esses desafios, o lazer é contemplado no quesito ambiente capacitador, cujos programas são sugeridos como forma de manter a capacidade funcional; manter mobilidade e recuperar força (OMS, 2005, p. 37). Percebe-se que as idosas deste estudo têm oportunidades de lazer de alguma forma, pois 42,1% acreditam ter muita oportunidade de lazer; 39,4% têm completamente; e 18,4% assinalaram o quesito médio. Resultado que contribui para a melhora de sua qualidade de vida.

O lazer para as pessoas idosas, grosso modo, pode ser entendido como entretenimento ou conjunto de atos que promovem divertimento, distração e relaxamento e contribuem para a qualidade de vida, tais como: “viajar, passear, andar de bicicleta, ouvir música, dançar, plantar, pescar, fazer churrasco, encontrar amigos, jogar baralho, cuidar de animais de estimação e fazer algum tipo de artesanato como bordado, tricô ou crochê (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005), tal como entendido pelas idosas que participaram do estudo. O conceito de lazer, contudo, vai além, não é um fenômeno isolado, não adquire caráter de obrigação e não é visto como um conjunto de ocupações a serem cumpridas; “é uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações” (Gomes, 2004, p. 125). Dessa forma, sugere-se que as atividades de lazer, por atingirem fatores que vão além do “ocupar-se”, poderão favorecer um envelhecimento com melhor qualidade às idosas do estudo.

A capacidade de locomoção é condição imprescindível para uma vida com independência; nesse sentido, dificuldades ou déficits podem levar ao isolamento social. 71,0% das idosas apontaram sua locomoção como muito boa; 21% boa; e 7,8% consideraram nem boa nem ruim. Este último resultado mostra que algumas limitações não impedem a independência, considerando-se que um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou a vida com qualidade é a independência para realização das atividades habituais. Essa independência depende não somente das condições clínicas e de saúde dos idosos, mas também da adequação ao meio onde se vive (Johnston, Harper, & Landefeld, 2006). Dessa forma, a capacidade funcional é um paradigma à saúde dos idosos, em que a qualidade de vida passa a ser resultante da interação entre saúde física, mental, independência na vida diária e o ambiente, dentro de uma integração social.

A dificuldade em manter a atenção, redução da velocidade de resposta, prejuízos da memória, da concentração e do desempenho podem ser o resultado do sono de má qualidade (Araújo, & Ceolim, 2010). Obteve-se um resultado de 39,4% de satisfação; 26,3% muita satisfação; 5,2% relataram estar muito insatisfeitas; e 7,8% total insatisfação com seu sono. Outros problemas relacionados ao sono incluem a dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social, o aumento da incidência de dor, a tendência à má avaliação da própria saúde, a capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias e o aumento da utilização de serviços de saúde (Araújo, & Ceolim, 2010). Neste estudo foi possível observar uma quantidade favorável que demonstra satisfação com o sono, o que atesta uma melhor qualidade de vida dessas idosas.

Sobre a satisfação da capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, a maioria, 52,6% indica satisfação; 34,2% consideraram muito satisfatório; enquanto 13,1% nem satisfatório nem insatisfatório. A atividade é um meio de contrabalançar as perdas comuns a esse estágio da vida, ao mesmo tempo, o de proporcionar um espaço para que outras características sejam desenvolvidas e até potencializadas, proporcionando ao idoso uma forma de crescimento pessoal, além de ser uma aliada na superação do estresse. A ação ou o ato de fazer alguma coisa é uma das necessidades básicas do ser humano.

Independentemente da idade, é através da ação que o indivíduo explora, transforma, e domina a si mesmo e a seu ambiente (Miranda, & Banhato, 2008). Este componente, o fazer, a satisfação de desempenho das atividades diárias, aponta para uma boa qualidade de vida dessas idosas.

Quanto à satisfação com a capacidade para o trabalho, tem-se uma somatória equivalente a 36,8% de idosas satisfeitas; 31,5% muito satisfeitas; 23,6% nem satisfeitas nem insatisfeitas; e 7,8% insatisfeitas. Estudos mostram que, em comunidades, onde há a predominância de atividades rurais e domésticas, como é o caso das idosas do estudo, os indivíduos têm maior oportunidade de continuarem exercendo sua atividade laboral na velhice, e essa continuidade de papéis ocupacionais proporciona maior satisfação com a vida (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy, & Moriguchi, 2003; Pereira, *et al.*, 2006). Satisfação essa que favorece uma vida com qualidade. Camarano (2003) lembra que são as idosas, ao contrário do que fizeram na sua vida adulta, que assumem progressivamente o papel de chefes de família e de provedoras.

Albuquerque e Tróccoli (2004) afirmam que a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum aspecto específico na vida da pessoa; um processo de juízo e avaliação geral da própria vida; uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério. Enquanto subjetiva, reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação com a vida como um todo e em domínios específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e outros. Assim, reflete o bem-estar individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (Diogo, 2003). O estudo revela que as idosas demonstraram, de forma positiva, satisfação consigo mesmas, demonstrando a aceitação do envelhecimento dentro de suas disponibilidades, indicando qualidade nesse envelhecer, representado pela maioria das idosas, demonstrando muita satisfação (47,3%); 44,7% satisfação; e 7,8% nem satisfação nem insatisfação.

As relações sejam pessoais ou a de convivência com amigos, parentes, conhecidos, e colegas é de fundamental importância para a manutenção das redes sociais de apoio na velhice. 71,0% das idosas apontaram estar muito satisfeitas com suas relações; 26,3% mostraram satisfação; e 2,6% nem satisfeitas nem insatisfeitas.



A inserção de idosos em grupos de suporte social proporciona uma mudança no paradigma de velhice enquanto limitação e incapacidade, porque nesses grupos é possível encontrar idosos ativos, autônomos, satisfeitos com sua condição geral e que se relacionam interpessoalmente com outras pessoas de mesma faixa etária ou não. As idosas convivem com as limitações de sua saúde; contudo, estas não as impossibilitam de exercerem seu papel de sujeitos socialmente ativos (Miranda, & Banhato, 2008).

As idosas mencionaram a importância do relacionamento com os amigos e outros, chamando a atenção para a importância do grupo que frequentam, pois, segundo Vicini (2002), as possibilidades de relacionar-se com diversos tipos de grupos garantem ao idoso um sentimento de estar sempre ativo e de ter seus direitos respeitados, para que consiga obter uma convivência harmônica. A manutenção das relações interpessoais revela um ser saudável, ao contrário das pessoas sós, que apresentam certa dificuldade de relacionar-se e manter um vínculo afetivo com alguém.

A satisfação sexual também é abordada no WHOQOL-Bref. 47,3% das idosas relataram satisfação; 26,3% muita satisfação; 23,6% nem satisfeitas nem insatisfeitas; enquanto 2,6% demonstraram muita insatisfação, não tendo escolhas para o item insatisfação. Duncan, Schmidt, e Giugliani (2004) esclarecem que, mesmo que os idosos não tenham vida sexual ativa, todos expressam de algum modo sua sexualidade, seja pelo olhar, seja por um abraço, um toque de mão ou um sorriso. A sexualidade é um elemento fundamental para uma boa qualidade de vida dos idosos, porém se faz necessário conhecimento de como eles a percebem e a vivenciam, permitindo a obtenção de informações relativas ao tema, que poderão subsidiar os profissionais de saúde, com vistas ao planejamento de ações específicas, objetivando-se a atenção integral (Moura, Leite, & Hildebrandt, 2008).

A frequência dos idosos nos grupos é de extrema importância, porque o convívio social leva a que troquem experiências, adquiram novos conhecimentos e mantenham e amplie seu grupo de amizades, o que poderá lhes transmitir maior segurança e suporte social, sendo registrado nesta referida questão a importância dos amigos para a socialização, troca de informações, já sendo positiva para alguns e necessária para outros (Erbolato, 2002). Nesse sentido, o autor enfatiza que, na velhice os indivíduos já viveram o suficiente para aprender que o contato com outras pessoas é imprescindível.

Percebe-se que a maioria das senhoras entrevistadas estão satisfeitas em algum grau com apoio dos amigos, ampliando seu suporte social importante para a qualidade de vida. Os resultados indicaram que a maioria, 47,3%, apresenta muita satisfação, 36,8% satisfação, enquanto 13,1% nem satisfação nem insatisfação, já 2,6% registra insatisfação.

A moradia e o ambiente físico, adequados também têm influência positiva na qualidade de vida do idoso (O'Shea, 2003). Castellón & Pino (2003) reforçam que limitações no ambiente físico do idoso têm cinco vezes mais chances deste sofrer de depressão. 65,7% das idosas do estudo dizem ter muita satisfação com as condições onde moram; 21,05% estão satisfeitas; e apenas 2,6% muito insatisfeitas. Estes números sugerem que as idosas apresentam condições de moradia favoráveis a uma vida com qualidade. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento, ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida (Pereira, *et al.*, 2006). Assim, quanto mais ativo o idoso, maior é a sua satisfação com a vida e melhor sua qualidade de vida (Neri, & Cachioni, 1999), o que condiz com a realidade das idosas do estudo.

Outro ponto importante diz respeito à satisfação quanto aos serviços de saúde. A resposta mais indicada foi representada por 47,3% relatando muita satisfação; 42,1% satisfação; 5,2% nem satisfação nem insatisfação; e 2,6% que representou tanto o público insatisfeito como também o muito insatisfeito com o mesmo índice. Dentre as questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento balizador pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida, constituindo-se como uma das principais fontes de estigmas e preconceitos em relação à velhice. A representação negativa, normalmente associada ao envelhecimento, tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade (Assis, 2005). Dessa forma, o acesso à saúde está garantido no Estatuto do Idoso: facilitar este acesso é dever do Estado e um direito do idoso. A qualidade de vida está vinculada a esse acesso com o qual, no caso das idosas que participaram da pesquisa, a maioria se diz satisfeita.

Quanto à satisfação em relação ao transporte, 47,3% demonstraram muita satisfação; 39,4% satisfação; e 13,1% nem satisfação nem insatisfação.

As dificuldades que os idosos apresentam no meio em que vivem, mesmo aqueles independentes, provocam um grande impacto sobre a mobilidade, a independência, e a qualidade de vida dos idosos, e afetam diretamente sua capacidade de locomoção.

Além do ambiente externo, a habitação e o sistema de transporte contribuem para a mobilidade confiante, comportamentos saudáveis, participação social e a determinação; porém, o inverso pode provocar o isolamento, a inatividade e a exclusão social (Kalache, & Kickbusch, 2007).

O Estatuto do Idoso garante aos maiores de 65 anos a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. Segundo os dados coletados as idosas estão fazendo uso do seu direito e sendo bem-assistidas em relação ao uso de transporte público.

Sentimentos negativos tais como: humor, desespero, ansiedade e depressão estão presentes, pois somente 5,2% das idosas disseram nunca apresentar algum destes sentimentos. Dessa forma, este item foi o único que se mostrou desfavorável a uma vida com qualidade. Este achado preocupa pelo fato de que, nos idosos a probabilidade de padecer de depressão é maior que nos demais indivíduos, pois apresentam inúmeras limitações e perdas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, tendo como consequências sentimentos de auto-depreciação (Zimerman, 2000).

Ativando as capacidades dos idosos, é possível minimizar os efeitos negativos dessa fase, desde que se observe o grau de plasticidade individual associado a demais fatores no qual o sujeito está imerso, como fatores genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008).

Dispondo de recursos psicossociais que lhes favoreçam encontrar um sentido de vida a partir das experiências a quais se exponham, além de crenças e estados emocionais positivos, regulação afetiva e auto-estima (Rabelo, & Neri, 2005). É o caso das idosas que, ao participarem do Grupo têm essa oportunidade, prevenindo ou até disseminando sentimentos negativos.

## Considerações finais

O perfil sociodemográfico do Projeto “Unidos da Melhor Idade” do Município de Fernão é constituído por idosas, com média de idade de 61,6 anos, aposentadas, donas de casa e casadas, contrariando os estudos atuais que referem uma maioria viúva para a população idosa feminina. Vale chamar a atenção para a presença da quarta idade, senhoras que passam dos 80 anos. A baixa escolaridade e renda não foram fatores determinantes para sua qualidade de vida.

Com relação à saúde autopercebida, a maioria afirma ter uma saúde regular; estão satisfeitas com a saúde, embora façam uso de medicação sistemática. Dessa forma, a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos, confirmando-se, assim, a literatura vigente.

A presença de sentimentos negativos tais como: humor, desespero, ansiedade e depressão demonstraram perda da qualidade de vida. Esse achado chama a atenção para um acompanhamento do grupo de forma mais específica. No entanto, de um modo geral, considerando os domínios: físico, psicológico, relações sociais, e o ambiente, as idosas do estudo consideram sua qualidade de vida boa.

Ressalta-se a importância de Projetos dessa natureza, pois possibilitam intervir na promoção de saúde, por meio de ações sociais, permitindo “certo controle” sobre a saúde das idosas, retardando o aparecimento de incapacidades e, ao mesmo tempo viabilizando o encaminhamento para a reabilitação, logo quando estas forem detectadas. Dessa forma pode contribuir para a redução do número de idosas dependentes no Município.

## Referências

Alberte, J. S. P., Ruscalleda, R. M. I., & Guariento, M. E. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med.*, 13(1), 32-s9. Recuperado em 12 setembro, 2015, de: <http://files.bvs.br/upload/S/16791010/2015/v13n1/a4766.pdf>.

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Brasília, DF: *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164. Recuperado em 03 setembro, 2014, de: URL: <http://www.scielo.br/pdf/ptp>.

Alves, V. C. P. (2008). *Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação*. Dissertação de mestrado. Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. (89f.).

Araújo, C. L. de O., & Ceolim, M. F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. São Paulo, SP: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619-626. Recuperado em 4 setembro, 2013, de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.

Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Juiz de Fora, MG: *Revista de APS*, 8(1), 15-24. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>.

Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). A proposed system and its control processes. Spence, K. W., & Spence, J. T. (Eds.). *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. Nova York, USA: Academic Press.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Camarano, A. A. (2003). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? São Paulo, SP: *Estudos Avançados*, 17(49), 35-64. Recuperado em 25 fevereiro, 2013, de: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300004&script=sci_arttext).

Castellón, A., & Pino, S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. Madrid, España: *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 188-192. Recuperado em 14 setembro, 2014, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=645490>.

Celich, K. L. S., & Galon, C. (2006). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Erechim, RS: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 345-359. Recuperado em 14 setembro, 2014, de: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/144.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/144.pdf).

Colss, V. E., & Schwanke, C. H. A. (2012). A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 15(3), 443-458. Recuperado em 12 julho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a06.pdf>.

Collins, K., Brenda, L., Rooney, B. L., Smalley, K. J., & Havens, S. (2004). Functional fitness, disease and independence in community-dwelling older adults in Western Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal*, 103(1), 42-48. Recuperado em 12 janeiro, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764339>.

Covinsky, K. E., Wu, A. W., Landefeld, C. S., Connors, A. F., Jr Phillips, R. S., Tsevat, J., Dawson, N. V., Lynn J., & Fortinsky, R. H. (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? New York, USA: *Medical Journal*, 106(4), 435-440. Recuperado em 12 julho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764339>.

Covolán, C. R. (2009). *Descrição da população idosa segundo sua capacidade funcional de uma cidade de meio porte do interior paulista*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Botucatu, SP: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (73 f.).

Debert, G. G. (2004). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo/FAPESP.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: [https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener\\_1984.pdf](https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf).

Diogo, M. J. D. E. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. Washington, USA: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(3), 395-400. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n6/16509.pdf>.

Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Giugliani, E. R. J., Duncan, M. S., & Giugliani, C. (2013). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Erbolato, R. (2002). Relações sociais na velhice. In: Freitas, E. V., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 957-964. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.

Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e Bem-Estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11, 155-164. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18>.

Farinasso, A. L. C., Marques, S., Rodrigues, R. A. P., & Hass, W. J. (2006). Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. *Rev Gaúcha Enferm.*, 27(1), 45-52. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4583>.

Farinasso, A. L. C., & Labate, R. C. (2015). A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 11(1), 25-32. Recuperado em 17 setembro, 2015, de: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98748>.

Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G. A., Brustolin, A., Rovera, G. G., & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. Amsterdam, Holand: *Archives of gerontology and geriatrics*, 35(1), 09-20. Recuperado em: 17 setembro, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764339>.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida, da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). São Paulo, SP: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. Recuperado em 23 outubro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.

Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri, A. L., & Freire, S. A. *E por falar em boa velhice*, 21-31. Campinas, SP: Papirus.

Gomes, C. L. (2004). Verbete Lazer – Concepções. In: Gomes, C. L. (Org.). *Dicionário Crítico do Lazer*, 119-126. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

IASP (2010). International Association for the Study of Pain. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Press. Seattle (EUA). Recuperado em 20 junho, 2015, de: URL: [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf).

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Recuperado em 01 março, 2015, de: [www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br).

IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade*. Recuperado em 01 março, 2014, de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2011/default.shtm>.

Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Dordrecht, Zuid-Holland: *Quality of life research*, 13(1), 125-136. Recuperado em 03 junho, 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15058794>.

Johnston, C. B., Harper, G. M., & Landefeld, C. S. (2006). Geriatric medicine. In: McPhee, S. J., Papadakis, M. A., & Tierney, J. R. *Current medical diagnosis and treatment*, 51-57. New York, USA: McGraw Hill Medical.

Kalache, A., & Kickbusch, I. (2007). Global strategy for healthy ageing. Geneva, Suisse: *World Health*, 50(4), 4-5. Recuperado em 17 setembro, 2014, de: <http://www.popline.org/node/270394>.

Martins, C. R., Albuquerque, F. J. B., Gouveia, C. N. N. A., Rodrigues, C. F. F., & Neves, M. T. S. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Porto Alegre, RS: *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, 11, 135-154. Recuperado em 24 setembro, 2014, de: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4817>.

Miranda, L. C., & Banhato, E. F. C. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. Juiz de Fora, MG: *Psicologia em Pesquisa*, 2(1), 69-80. Recuperado em: 25 fevereiro, 2013, de: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/11/v2n1008.pdf>.

Moragas, R. M. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, España: Herder.

Moura, I. , Leite, M. T., & Hildebrandt, L. M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. Passo Fundo, RS: *RBCEH*, 5(2), 132-140. Recuperado em 24 setembro, 2014, de: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/146/254>.

Neri, A. L., & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In: Neri, A. L., & Debert, G. G. *Velhice e sociedade*, 113-140. Campinas, SP: Papirus.

Neri, A. L. (2008). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: \_\_\_\_\_. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (4<sup>a</sup> ed.). Campinas, SP: Papirus.

Oliveira, E. K. S., & Silva, J. P. S. (2013). Sentido de vida e envelhecimento: relação entre os pilares da logoterapia e bem-estar psicológico. Curitiba, PR: *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 2(2), 135-146. Recuperado em 24 setembro, 2014, de: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/16817/10100>.

OMS. (1997). Organização Mundial de Saúde. Division of mental health and Prevention of substance abuse. *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneve, Suisse: WHO, Programme on Mental Health. Recuperado em 17 julho, 2014, de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).

OMS. (2005). Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Suzana Gontijo, Trad. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado em 17 julho, 2015, de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).

O'Shea, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado em 17 julho, 2015, de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>.

Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. São Paulo, SP: *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(1), 23-26. Recuperado em 10 agosto, 2014, de: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n1/40.htm>.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Porto Alegre, RS: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-28. Recuperado em 16 novembro, 2014, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005).

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Maringá, PR: *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412. Recuperado em 10 outubro, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07>.

Resende, M. C., & Neri, A. L. (2005). Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, a velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. Campinas, SP: *Estudos de Psicologia*, 22(2), 123-131. Recuperado em 16 novembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a02.pdf>.

Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273. Recuperado em 16 novembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>.

Rodríguez, M. (2005). Sentido de Vida e Salud Mental. *Revista Acontecimiento. Revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier*, 74(1). (Año XXI), 47-49. Recuperado em 16 novembro, 2014, de: <http://www.maribelium.com/articulos/logoterapia/sentido-de-la-vida-y-salud-mental.html>.

Rybash, J. M. (1995). *Adult development and aging*. Nova York, USA: Brown & Benchmark.

Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Rogers, W., & Ware Jr., J. E. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res*, 1(4), 235-246. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: doi:10.1007/BF00435632.

Silveira, N. D. R., Lodovici, F. M. M. & Bitelli, F. S. P. G. (2013). Atividades educacionais participativas e seus efeitos benéficos na vida, pessoal e social, de pessoas idosas — caso da Faculdade da Idade da Razão (FIR/FIG/UNIMESP). São Paulo (SP): PUC-SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), 325-343. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/18683-46910-1-SM%20(5).pdf.



Sousa, A. I., & Silver, L. D. (2008). Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Revista Enferm.* 12(4), 706-716. Recuperado em 03 outubro, 2014, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci\\_arttext&pid=5141481452008000400015&Img=PT nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci_arttext&pid=5141481452008000400015&Img=PT nrm=iso).

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. São Paulo, SP: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252. Recuperado em 11 agosto, 2014, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext).

Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumara-Ueri.

Virtuoso Junior, J. S., & Guerra, R. O. (2011). Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. São Paulo, SP: *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(5), 430-435. Recuperado em 22 agosto, 2014, de: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/aces/article>.

Vicini, D. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. Washington, USA: *American Psychological Association*, 55(1), 34-43. Recuperado em 20 novembro, 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764339>.

Xavier, F. M., E. H. (2003). Elderly people’s definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1), 31-39. Recuperado em 22 agosto, 2014, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12975677>.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Recebido em 01/02/2017

Aceito em 31/03/2017

---

**Maria Amélia Ximenes** – Terapeuta Ocupacional, Doutora em Ciências Sociais, Docente Adjunta do Curso de Terapia Ocupacional e do Mestrado em Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração, USC, Bauru, SP, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Longevidade, Envelhecimento, Ocupação, Cultura, Saúde e Qualidade de Vida.

E-mail: [mameliaximenes@yahoo.com.br](mailto:mameliaximenes@yahoo.com.br)

**Rosa Maria Del' Vescovo** – Terapeuta Ocupacional. Mestranda do Mestrado em Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração, USC, Bauru, SP, Brasil.

E-mail: rosadelvescovo@yahoo.com.br

**Rafaela Fioretto Manchini** – Terapeuta Ocupacional, ex Bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq, período ago.2014- jul.2015. Universidade do Sagrado Coração, USC, Bauru, SP.

E-mail: rafaela\_fioretto@hotmail.com

**Marta Helena Souza De Conti** – Fisioterapeuta, Docente Adjunta do Curso de Fisioterapia e do Mestrado em Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração, USC, Bauru, SP. Brasil.

E-mail: madeconti@yahoo.com.br

**Lyana Carvalho e Souza** - Terapeuta Ocupacional, Doutoranda em Ciências da Reabilitação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP. Docente do Curso de Terapia Ocupacional, Universidade do Sagrado Coração, USC/Bauru/SP.

E-mail: lyana.sousa@gmail.com