

Relação entre independência funcional e qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência

Relationship between functional independence and quality of life of elderly participants in partnership groups

Relación entre la independencia funcional y la calidad de vida de los participantes mayores en los grupos de asociación

Clara Janyelle Gomes de Carvalho
Luiz Eduardo Lima de Andrade
Bartolomeu Fagundes de Lima Filho
Ana Letícia de Souza Pereira
Fernanda Diniz de Sá
Socorro Luna Cruz

RESUMO: Objetivou-se investigar a independência funcional e suas relações na qualidade de vida dos idosos participantes de grupos de convivência de Unidades Básicas de Saúde. Observa-se que a independência funcional apresenta correlação com a qualidade de vida dos idosos, havendo significância estatística para os domínios ‘Funcionamento do sensório’, ‘Autonomia’ e ‘Participação Social’. Concluiu-se que idosos funcionalmente independentes apresentam melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Capacidade funcional; Idoso.

ABSTRACT: *This study aimed to investigate the functional independence and its relations in the quality of life of elderly participants Basic Units of community groups Health. It was observed that the functional independence presents correlation with the quality of life of the elderly, with statistical significance for the domains 'functioning of the sensorium', 'autonomy' and 'social participation'. Concluded that functionally independent elderly present a better quality of life.*

Keywords: *Quality of Life; Functional Capacity; Elderly.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio fue investigar la independencia funcional y su relación con la calidad de vida de los ancianos que participan en grupos de convivencia en Unidades Básicas de Salud. Se observa que la independencia funcional se correlaciona con la calidad de vida de los ancianos, con significación estadística para los dominios 'Función sensorial', 'Autonomía' y 'Participación social'. Se concluyó que las personas mayores funcionalmente independientes tienen una mejor calidad de vida.*

Palabras clave: *Calidad de vida; Capacidad Funcional; Ancianos.*

Introdução

O processo de envelhecimento ocorre de forma progressiva durante a vida, afetando todos os organismos e resultando em alterações dos padrões fisiológicos em uma implicação mútua de fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos (Mendes, da Silva, SC, da Silva, GR, & dos Santos, 2018). Se a atual taxa de crescimento de idosos no mundo corresponde a 3% ao ano, acredita-se que, por volta de 2050, existirão 2,1 bilhões de pessoas idosas, previsão esta que afeta diretamente o modo com que se concebe o processo de envelhecimento na atualidade (Sousa, da Silva, SC, da Silva, GR., & dos Santos, 2018).

O avanço dos anos de vida vai tornando as pessoas menos ativas, acarretando-lhes uma diminuição da independência funcional.¹ As alterações consequentes do processo de envelhecimento, somadas à redução da capacidade funcional, e à inatividade, podem levar, muitas vezes, a um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos (Gomes Neto, & Castro, 2012). Estudo realizado por Lenardt, *et al.* (2016), com 203 idosos, apontou que a capacidade funcional se mostrou diretamente proporcional ao nível de fragilidade, ou seja, quanto maior é o quadro de fragilidade, maior o prejuízo da capacidade funcional. Da mesma forma, a fragilidade também está associada à qualidade de vida dos idosos, pois quanto maior é o nível de fragilidade, menor é a qualidade de vida dessas pessoas.

A capacidade funcional é a base de uma avaliação geriátrica eficiente, permitindo uma abordagem ampla e interdisciplinar sobre o estado de saúde de um idoso (Freitas, *et al.*, 2012). Contudo, apesar de ser uma importante medida de saúde, a capacidade funcional ainda é um parâmetro pouco difundido na rotina dos serviços de saúde (Santos, & Griep, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (1998) define qualidade de vida como a percepção de um indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valor com os quais convive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Embora a ligação entre envelhecimento, fragilidade física e qualidade de vida tenha sido pouco explorada, alguns estudos internacionais recentes têm feito relação entre a síndrome da fragilidade e uma pior qualidade de vida (Lenardt, *et al.*, 2016).

Assim, observa-se a necessidade da realização de pesquisas voltadas à avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos, no sentido de se estabelecer uma correlação entre estas duas interfaces (Schlemmer, *et al.*, 2018).

Nessa direção, objetivou-se investigar a independência funcional e sua possível relação com a qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência de Unidades Básicas de Saúde, da cidade de Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

¹ A independência funcional que se refere “ao ato de banhar-se, vestir-se, usar o banheiro para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das eliminações e alimentar-se. Significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo essa avaliação baseada na situação real e não na capacidade de um sujeito” (Schlemmer, *et al.*, 2018, p. 413).

Métodos

Trata-se de um delineamento observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido com idosos participantes dos grupos de convivência nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Cruz, RN. O período de coleta de dados deu-se entre os meses de agosto e setembro de 2015.

Os grupos de convivência de idosos do município realizavam duas reuniões semanais das 14h às 17h, com dois momentos de atividades desenvolvidas. O primeiro momento visava à integração social e utilizava a dança como forma de enaltecer a regionalidade e a prática de um exercício aeróbico; o segundo momento era voltado para atividades de educação em saúde, realizado por grupos de alunos vinculados a projetos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

População estudada

A escolha dos participantes foi feita por conveniência e participaram idosos com 60 anos ou mais, que tivessem vínculo ativo em um dos grupos de convivência para idosos, obtivesse pontuação mínima de 13 pontos no Mini-Exame de Estado Mental (MEEM) e que aceitaram participar da pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos idosos afetados por certas patologias, como a disfunção osteomuscular com limitação física, sequela de doença neurológica, ou idosos que abandonaram o grupo de convivência durante o período de realização do estudo.

Após o recrutamento das listas dos idosos participantes dos grupos de convivência, os idosos foram contatados através de ligação telefônica, e a avaliação era realizada no domicílio destes.

Instrumentos utilizados

A qualidade de vida foi avaliada através do questionário específico para idosos, o WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life for Older*), desenvolvido e validado por Fleck, *et al.* (2006) para o português, sendo subdividido em seis facetas: funcionamento do sensorio, que avalia o funcionamento dos sentidos e o impacto da perda

das habilidades sensoriais na qualidade de vida; autonomia, que avalia a independência do idoso, descrevendo até que ponto o indivíduo é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; atividades passadas, presentes e futuras, que descrevem a satisfação de um indivíduo sobre conquistas na vida e seus anseios; participação social, que avalia a participação de um indivíduo em atividades cotidianas, especialmente na comunidade; morte e morrer, domínio no qual se avaliam as preocupações, inquietações e temores dos idosos sobre a morte e o morrer; e a intimidade, que avalia a capacidade de um indivíduo ter relações pessoais e íntimas.

Cada uma das facetas envolve quatro itens, de forma que, para cada uma, o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Para os valores de referência dos escores das facetas e escores totais do WHOQOL-OLD, todos os escores foram linearmente transformados numa amplitude de 0 a 100, correspondendo a uma avaliação empírica da qualidade de vida dos adultos idosos, a partir do ponto de vista do respondente. Assim, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida de um indivíduo (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006).

A necessidade de utilização de instrumentos curtos, que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas que preservem as características psicométricas satisfatórias, torna mais viáveis as pesquisas com populações de idosos dependentes, ou muito idosos ou em cenários da Estratégia Saúde da Família e de grupos de convivência, como é o caso da pesquisa em tela. Isso vem fazendo com que diversos estudos optem pelo uso isolado do módulo WHOQOL-OLD, em seus protocolos de coleta (Torres, Reis, & Fernandes, 2009); Alencar, 2010; Faller, Melo, Versa, & Marcon, 2010); Maués, Paschoal, Jaluul, França, & Jacob Filho, 2010); Murakami, & Scattolin; 2010; Nunes, Menezes, & Alchieri, 2010; Bajotto, 2011). Tal fato justifica-se, sobretudo, por reconhecimento de que os idosos em geral, e mais particularmente os das categorias anteriormente citadas, constituem um grupo com especificidades e subjetividades que podem ser evidenciadas de modo mais adequado pelo módulo OLD, o que não é abordado nos instrumentos genéricos de qualidade de vida WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF, desenhados originalmente para populações não-idosas.

No presente estudo, foi utilizado um questionário semiestruturado, contendo dados relacionados às características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos, com dados como: nome, gênero, idade, data de nascimento, endereço, telefone, estado conjugal, escolaridade, tipo de renda (aposentadoria/pensão), ocupação, massa corporal,

altura, índice de massa corporal (IMC) e fatores de risco para doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e obesidade), variáveis estas que foram autorreferidas.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que se configura como um teste utilizado para rastreio de declínio cognitivo, inclusive indicativo para o diagnóstico de demência, tem como objetivo examinar diferentes parâmetros cognitivos, tais quais: orientação temporal – cinco pontos; orientação espacial – cinco pontos; memória imediata, através do registro de três palavras – três pontos; atenção e cálculo – cinco pontos; evocação das três palavras ditas anteriormente – três pontos; linguagem – oito pontos; e capacidade construtiva visual – um ponto (Petry, Nery, & Gonçalves, 2014). Foi traduzido e validado no Brasil e apresenta escores que variam de 0 a 30 pontos, sendo os pontos de corte: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para escolaridade de 1 a 11 anos; e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

A independência funcional foi avaliada pela Medida de Independência Funcional (MIF). A escala foi validada para o Brasil em 2004, e corresponde ao desempenho de um indivíduo, dividido em dois domínios: MIF motora e MIF cognitiva, que se subdividem em dimensões (subescalas) visando à avaliação da independência no autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social (Riberto, *et al.*, 2004). Estas tarefas foram classificadas em uma escala de graus de dependência, composta por sete níveis, em que o valor 1 corresponde à dependência total. Os níveis 2, 3 e 4 equivalem, respectivamente, à assistência máxima, moderada e mínima. O nível 5 diz respeito à realização das atividades sob supervisão, estímulo ou preparo, sendo necessária a presença, o controle, a sugestão ou o encorajamento de outra pessoa, mas sem contato físico. Ou ainda, quando há a necessidade de preparação dos objetos que serão utilizados, ou ajuda na colocação da órtese ou prótese. O nível 6 é relativo à independência modificada, cujas atividades são realizadas com ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou em tempo excessivo. Já o nível 7 corresponde à independência completa, de forma que as tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados em dias previamente agendados com a equipe de suporte da assistência social do município. As avaliações tiveram duração de 50 minutos por idoso, e foram feitas por um único avaliador previamente treinado. Os idosos foram convidados a comparecer no grupo de convivência com roupa confortável para serem triados para a avaliação. Enquanto no grupo realizavam-se atividades, os idosos eram chamados, um a um, para fazer parte da avaliação. Um total de quatro idosos foram avaliados por dia de encontro.

Primeiramente, os idosos preenchiam, com o auxílio de um avaliador, o questionário semi-estruturado; logo em seguida era feito o Mini-Exame do Estado Mental seguido pelo *World Health Organization Quality of Life for Older* e pela Medida de Independência Funcional, para finalizar. O risco de queda era minimizado pela presença de um aluno da Universidade que deu suporte durante as avaliações.

Análise Estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o programa de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0). Para determinação da normalidade dos dados, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Nas variáveis com distribuição normal, as correlações entre independência funcional medida pelo escore da MIF total, e a qualidade de vida, medida pelos domínios do WHOQOL-OLD, bem como o escore total, foram analisados, utilizando-se o teste de regressão linear simples, adotando-se F como fator de adequação dos dados ao modelo de regressão. Para as variáveis não paramétricas, foi realizado o teste de correlação de Spearman. Para ambos os testes, foi adotado um nível de significância menor ou igual a 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade, sob o parecer CAAE 44895515.6.0000.5568. Para a elaboração do TCLE, foram atendidas as recomendações da Resolução n.º 466/2012 CONEP, que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Resultados

No total, a amostra contou com 40 idosos com média de idade de 70,23 anos, sendo a maioria (85%) do sexo feminino e, nesse contexto, a ocupação mais prevalente foi “dona de casa”. Analisando-se as condições socioeconômicas, 70% dos indivíduos eram aposentados, e uma pequena parcela (10%) além da aposentadoria também recebia pensão. Na avaliação do perfil antropométrico, a média da massa corporal dos participantes foi de 63,66 kg, e a estatura média foi de 1,53 m. Dessa forma, a amostra apresentou uma média do Índice de Massa Corporal (IMC) de 27,12kg/m². Foi observado que 47,5% dos participantes encontravam-se acima do peso; e 17,5% eram obesos, de acordo com os valores de referência descritos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) em 2009.

Na análise dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, foi verificado que apenas uma pequena parcela (17,5%) não os apresentavam, sendo que os demais (82,5%) detinham um ou mais fatores de risco (Figura 1).

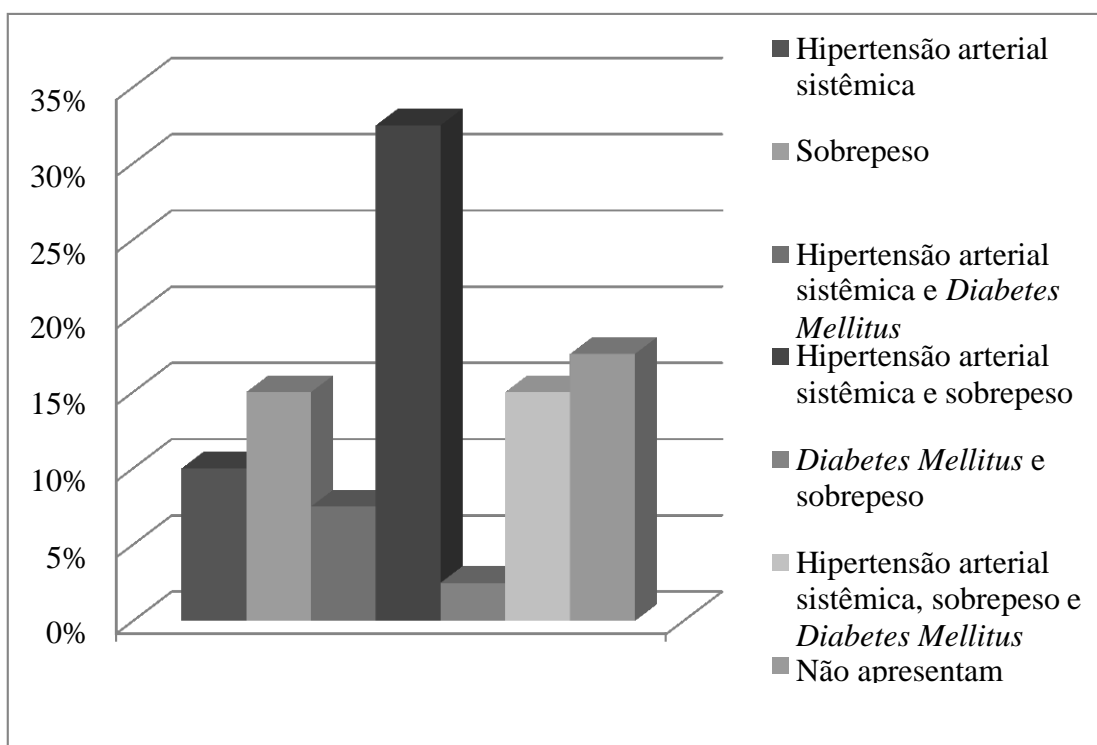


Figura 1. Fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na amostra

Fonte: Própria dos autores, 2015

Por se tratar de uma amostra com idosos ativos participantes de grupos de convivência, espaço onde também era realizado exercício físico, a avaliação da independência funcional apresentou altos escores, tanto para MIF motora (média 89,3), quanto para MIF cognitiva (média 32,0), obtendo média de 121,4 para MIF total (Tabela 1).

Tabela 1. Resultado da avaliação da capacidade funcional dos idosos participantes de grupos de convivência do município de Santa Cruz, RN, através da Medida de Independência Funcional (MIF). Brasil, 2015

Variáveis	Média/DP	Mínimo	Máximo
MIF motora	89,38±2,39	80	91
MIF cognitiva	32,08±3,33	22	35
MIF total	121,40±4,53	111	126

MIF: Medida de Independência Funcional

DP: Desvio-Padrão

FONTE: Própria dos autores, 2015

Foram obtidos os escores médios e desvios-padrão dos seis domínios do WHOQOL-OLD, os quais são apresentados na Tabela 2. A avaliação da qualidade de vida geral obtida nesta amostra (59,76) alcançou valor maior que o nível médio de qualidade de vida.

Tabela 2. Escores médios e variabilidade dos seis domínios do WHOQOL-OLD, em uma amostra de 40 idosos. Brasil, 2015

DOMÍNIO do WHOQOL-OLD	Média/DP	Mínimo	Máximo
Funcionamento do Sensório	36,09±14,11	13	69
Autonomia	64,67± 20,00	0	94
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	73,59±16,47	38	100
Participação Social	76,09±14,76	38	100
Morte e Morrer	33,91±25,74	0	94
Intimidade	73,59±19,32	25	100
Qualidade de vida geral	59,76±8,007	43	76

FONTE: Própria dos autores, 2015

A tabela 3 apresenta a comparação dos domínios do WHOQOL-OLD, em relação à MIF total dos idosos. A independência funcional demonstrou interferir diretamente em alguns domínios da qualidade de vida. Quando comparado o escore total da Medida de independência funcional (MIF) com os seis domínios do WHOQOL-OLD, houve significância estatística para os domínios ‘Funcionamento do Sensório’ ($p = 0,001$), ‘Autonomia’ ($p = 0,013$) e ‘Participação Social’ ($p < 0,001$).

Tabela 3. Comparação dos domínios do WHOQOL-OLD em relação à MIF total dos idosos participantes de grupos de convivência da cidade de Santa Cruz/RN. Brasil, 2015

Faceta/Domínio do WHOQOL-OLD	Média/DP	F	p valor
Funcionamento do Sensório (FS)	36,09±14,11	11,72	0,001*
Autonomia (AUT)	64,67±20,00	6,822	0,013*
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	73,59±16,47	0,168	0,684
Participação Social (PSO)	76,09±14,76	15,67	<0,001*
Morte e Morrer (MEM)	33,91±25,74	2,609	2,609
Intimidade (INT)	73,59±19,32	0,165	0,687

F= fator de adequação

* = p valor estatisticamente significante

FONTE: Própria dos autores, 2015

Discussão

A prevalência do sexo feminino, entre os participantes do estudo, corrobora os achados de outros estudos envolvendo idosos, pois as mulheres são a maioria da população, e vivem mais do que os homens, em quase todos os lugares do mundo, fato que reflete na maior taxa de mulheres em grupos etários mais velhos (Bajotto, & Goldim, 2011).

Outro fato relacionado à prevalência do gênero feminino na pesquisa é que, embora o aumento da expectativa de vida seja observado para ambos os gêneros, a taxa de sobrevivência das mulheres se mantém superior à dos homens e que, além disso, as mulheres buscam mais os serviços de saúde (Santos, & Griep, 2013).

A maioria dos idosos apresenta baixa escolaridade; apenas 12,5% declarou possuir ensino médio completo: isso se justifica devido ao acesso à educação, mais difícil nas décadas passadas, quando comparado com o acesso na atualidade, principalmente no que se refere às mulheres; por isso, é visto uma grande incidência de idosos com baixos níveis de escolaridade (Ferreira, *et al.*, 2012).

O alto índice de massa corporal (IMC), encontrado na maioria dos idosos do presente estudo, merece uma atenção especial, visto que o IMC é uma variável de considerável importância em termos de saúde pública, uma vez que expõe a população a um risco acentuado de doenças crônicas, como o *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial, predispondo a alterações da capacidade funcional dos que envelhecem (Santos, & Griep, 2013).

Os dados dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares se assemelham aos do estudo de Dawalibi, Goulart e Prearo (2014), em que foi verificado que a maioria dos idosos participantes (64,3%) apresentou risco muito elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A atividade física está associada a uma boa independência funcional, observando-se uma influência positiva em fatores cruciais para a independência dos idosos, uma vez que grupos de idosos ativos apresentaram valores mais elevados em domínios diferentes como cuidados pessoais, controle de esfíncter e locomoção (Gomes Neto, & Castro, 2012), corroborando os resultados do presente estudo.

A MIF é um instrumento de validade e confiabilidade, assim como a reprodutibilidade das medidas encontradas são confiáveis, mesmo para diferentes formas de observação, tornando a utilização das informações mais seguras, seja por fonte direta ou mesmo indireta (Ricci, Kubota, & Cordeiro, 2005; Kawasaki, & Cruz, 2004). Baseando-se nos resultados da MIF, a média do resultado da MIF geral da presente amostra foi de $121,40 \pm 4,53$ pontos, o que classificaria os idosos com “independência completa ou modificada”.

O achado supracitado converge com a característica do público que frequenta os grupos de convivência de idosos. Um idoso que participa ativamente desses grupos de convivência e realiza as atividades propostas deve apresentar um mínimo grau de funcionalidade. Diferentemente do idoso que é institucionalizado que, por limitações no próprio ambiente físico, apresenta pontuação mais baixa na MIF do que o não institucionalizado, conforme estudo de Greve, Guerra, Portela, Portes, e Rebelatto (2007).

Vale ressaltar que os valores da MIF são variáveis, de acordo com a idade dos sujeitos, visto que a idade é inversamente proporcional à independência funcional. Isso pode ser visto no trabalho de Ribeiro (2012), com idosos longevos comunitários da cidade de Curitiba, estado do Paraná. Este estudo, mesmo sendo com idosos comunitários, apresentou média da MIF de $103,2 \pm 24,41$, caracterizando os idosos avaliados com dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa), diferentemente da caracterização do presente estudo, provavelmente pela diferença de idade.

O aumento da longevidade e a qualidade de vida da população idosa podem estar relacionados não apenas à evolução tecnológica e da medicina, mas, também, à participação dos idosos em grupos de convivência, em que são realizadas atividades físicas e de lazer (Serbim, & Figueiredo, 2011).

Nesse contexto, idosos participantes de grupos de convivência apresentaram melhor qualidade de vida, tanto em relação aos domínios do componente mental, quanto em relação ao componente físico, uma vez que relataram melhor estado geral de saúde e independência funcional, quando comparados aos idosos que não participavam de grupos de convivência (Almeida, Madeira, Arantes, & Alencar, 2010).

Idosas de um programa de atividade física da cidade de Curitiba, PR, apresentaram os menores escores médios nos domínios de 'Participação Social' e 'Intimidade' (Vagetti, *et al.*, 2013), resultados que divergem dos achados do presente estudo. Isso pode ser explicado até mesmo por questões culturais relacionadas com o perfil de idosos do Nordeste, em relação aos do Sul do Brasil. Diversos estudos mostram a participação social mais ativa dos idosos nordestinos, comparados a dos idosos sulistas.

Os idosos avaliados apresentaram menores escores de qualidade de vida para o domínio 'Funcionamento do sensorio', corroborando os achados de um estudo com idosos da Turquia, quando foi observado que a qualidade de vida apresentou significância estatística quando o domínio das habilidades sensoriais foi correlacionado com a idade (Bilgili, & Arpacı, 2014).

A respeito das dificuldades relacionadas às habilidades sensoriais do domínio 'Funcionamento do sensorio', a maioria da população de idosos relata que estas não interferem na qualidade de vida, tornando-se pouco evidentes. Apesar destas dificuldades não afetarem diretamente na percepção subjetiva da saúde do idoso, elas precisam ser

apreciadas pelos profissionais da área de saúde, visando ao adiamento de suas manifestações (Melo, Eulálio, Silva, Silva Filho, & Gonzaga, 2013).

Como limitação presente neste estudo está o fato de o mesmo ser caracterizado como transversal, o que não permite que haja envolvida uma relação de causalidade. A amostra reduzida também foi considerada como um fator limitante. Ainda, destaca-se a carência de estudos que se valha do questionário WHOQOL-OLD e a escala de Medida da Independência Funcional para a avaliação em idosos, dificultando o estabelecimento de comparações com os resultados do presente estudo.

Conclusão

Este estudo permite concluir que idosos funcionalmente independentes apresentam melhor qualidade de vida e que a avaliação da independência funcional do idoso pode proporcionar estratégias de manutenção das atividades cotidianas pelo máximo tempo possível.

Este achado traz uma implicância clínica valiosa, a nosso ver, por inferir que a participação ativa em grupos de convivência pode ser um fator crucial para resultados positivos de funcionalidade.

Além disso, os escores mais altos nos domínios ‘Participação Social’ e ‘Intimidade’ sugerem que o suporte familiar e a participação nos grupos de convivência promovem interação social e satisfação para os idosos, que cada vez mais procuram participar das atividades da comunidade.

Para trabalhos futuros, sugere-se que variáveis deste estudo sejam aplicadas com uma amostra maior, e que também seja feita a comparação de idosos participantes de grupos de convivência com idosos não participantes, possibilitando a avaliação da influência destes grupos na independência funcional e na qualidade de vida da população idosa.

Referências

- Alencar, N. D. A., Souza Júnior, J. V. D., Aragão, J. C. B., Ferreira, M. D. A., & Dantas, E. (2010). Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. *Fisioterapia em Movimento*, 23(3), 473-481. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a14v23n3>.
- Almeida, E. A. D., Madeira, G. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 435-443. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200007>.
- Bajotto, A. P., & Goldim, J. R. (2011). Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 753-761. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400014>.
- Bertolucci, P. H., Brucki, S., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 52(1), 01-07. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
- Bilgili, N., & Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 415-421. Recuperado em 30 julho, 2018, de: DOI: 10.1016/j.archger.2014.07.005.
- Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3505-3512. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21242013>.
- Faller, J. W., Melo, W. A. D., Versa, G. L. G. S., & Marcon, S. S. (2010). Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu, PR. *Escola Anna Nery*, 14(4), 803-810. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400021>.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513-518. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>.
- Freitas, R. S., Fernandes, M. H., Coqueiro, R. D. S., Reis Junior, W. M., Rocha, S. V., & Brito, T. A. (2012). Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta Paul Enferm*, 25(6), 933-939. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>.

Godoy-Matos, A. F., et al. (2009). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010 / ABESO*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (3ª ed.). Itapevi, SP: AC Farmacêutica. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://www.docsity.com/pt/diretrizes-brasileiras-obesidade-2009-2010-1/4752159/>.

Gomes Neto, M., & Castro, M. F. D. (2012). Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(4), 234-237. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922012000400003>.

Greve, P., Guerra, A. G., Portela, M. A., Portes, M. S., & Rebelatto, J. R. (2007). Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, 20(4), 117-124, Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18969>.

Kawasaki, K., & Cruz, K. C. T. (2004). A Utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. The use of the functional independence measure (FIM) with elderly: a literature review. *Med. Rehabil*, 23(3), 57-60. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-392327>.

Lenardt, M. H., Kolb Carneiro, N. H., Binotto, M. A., Hautsch Willig, M., Lourenço, T. M., & Albino, J. (2016). Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 478-483. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0478.pdf>.

Maués, C. R., Paschoal, S. M. P., Jaluul, O., França, C. C., & Jacob Filho, W. (2010). Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clín Med*, 8(5), 405-410. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>.

Melo, R. L. P. D., Eulálio, M. D. C., Silva, H. D. M. D., Silva Filho, J. M. D., & Gonzaga, P. D. S. (2013). Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 239-250. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200004>.

Mendes, J. L. V., da Silva, S. C., da Silva, G. R., & dos Santos, N. A. R. (2018). O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. *REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*, 8(1), 13-26. Recuperado em 30 julho, 2018, de: [file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/165-471-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/165-471-1-PB%20(1).pdf).

Nunes, V. M. A., de Menezes, R. M. P., & Alchieri, J. C. (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32(2), 119-126. Recuperado em 30 julho, 2018, de: DOI: 10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479.

OMS. (1998). Organização Mundial da Saúde. *Promoción de la salud: glosario*. Genebra, Suíça: OMS. Recuperado em 30 julho, 2018, de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf.

Petry, D. M., Nery, S. V. R., & Gonçalves, C. J. D. S. (2014). Avaliação neuropsicológica de idosos praticantes de capoeira. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 20(1), 51-54. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922014000100010>.

Ribeiro, D. K. D. M. N. (2012). Independência funcional de idosos longevos de uma comunidade. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Curitiba. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://hdl.handle.net/1884/35123>.

Riberto, M., Miyazaki, M. H., Jucá, S. S. H., Sakamoto, H., Pinto, P. P. N., & Battistella, L. R. (2004). Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, 11(2), 72-76. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>.

Ricci, N. A., Kubota, M. T., & Cordeiro, R. C. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 655-662. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400021>.

Santos, M. I. P. D. O., & Griep, R. H. (2013). Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém, PA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3) 753-761. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300021>.

Schlemmer, G. B. V., Machado, A. dos S., Santos, T. D. dos, Tavares, D. I., Müller, M., Pereira, M. B., & Braz, M. M. (2018). Correlação entre qualidade de vida e independência funcional de idosos institucionalizados. São Paulo (SP): PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(1), 411-426. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 30 dezembro, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/40372/27090>.

Serbim, A. K., & Figueiredo, A. E. P. L. (2011). Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*, 21(4), 166-172. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3557.pdf>.

Sousa, N. F. D. S., Lima, M. G., Cesar, C. L. G., & Barros, M. B. D. A. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00173317. Recuperado em 30 dezembro, 2018, de: doi: 10.1590/0102-311X0017331.

Torres, G. D. V., Reis, L. A. D., & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 39-44. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100006>.

Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V. D., Mazzardo, O., & Campos, W. D. (2013). Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, PR, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 955-969. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500013>.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 30 julho, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

Recebido em 19/02/2019

Aceito em 30/05/2019

Clara Janyelle Gomes de Carvalho - Pós-Graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN. Atuação na área de Saúde Coletiva.

E-mail: claracarvalhofisio@gmail.com

Luiz Eduardo Lima de Andrade - Fisioterapeuta, especialista em ortopedia, traumatologia e desportiva. Mestre em Saúde Coletiva e Doutorando em Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

E-mail: claracarvalhofisio@gmail.com

Bartolomeu Fagundes de Lima Filho - Fisioterapeuta, atuação acadêmica na área de Neurologia e Gerontologia, do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

E-mail: bartolomeu_fagundes2@hotmail.com

Ana Letícia de Souza Pereira - Fisioterapeuta, atuação na área de Terapia manual, Ortopedia. Pós-Graduação em Dermatofuncional, CINTEC, PB. Filiada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

E-mail: ana_leticiarn@hotmail.com

Fernanda Diniz de Sá - Fisioterapeuta, Doutoranda em Sociologia. Professora Adjunta na área de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, FACISA. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

E-mail: fedinizsa@yahoo.com.br

Socorro Luna Cruz - Fisioterapeuta. Doutora em Motricidade Humana, Universidad Pedro Valdivia, Chile. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, FACISA, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN.

E-mail: socorrolcruz@gmail.com