



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**CARLA DANIELLE TAVARES**

**INFLUÊNCIA DO ESTADO COGNITIVO SOBRE A  
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2011**

**CARLA DANIELLE TAVARES**

**INFLUÊNCIA DO ESTADO COGNITIVO SOBRE A  
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carlúcia Ithamar  
Fernandes Franco

CAMPINA GRANDE – PB  
2011

T231i

Tavares, Carla Danielle.

Influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande - PB. [manuscrito] / Carla Danielle Tavares.– 2011.

**26 f. il.**

Digitado.

**Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.**

“Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia”.

1. Qualidade de Vida. 2. Estado Cognitivo. 3. Idosos.  
I. Título.

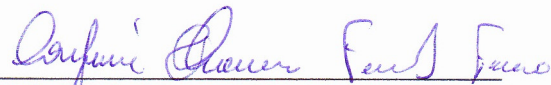
21. ed. CDD 306

**CARLA DANIELLE TAVARES**

**INFLUÊNCIA DA CAPACIDADE COGNITIVA SOBRE A  
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em Fisioterapia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 28/11//2011.



Profª Drª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco / UEPB  
Orientadora



Profª Drª Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa / UEPB  
Examinadora



Profª Drª Vitória Regina Quirino de Araújo / UEPB  
Examinadora

# INFLUÊNCIA DO ESTADO COGNITIVO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.

TAVARES, Carla Danielle

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento é um processo fisiológico natural, dinâmico e progressivo envolvendo fatores que promovem alterações no corpo humano, como o declínio na capacidade cognitiva, podendo influenciar na qualidade de vida. **Objetivos:** Identificar a influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande – PB, caracterizar os dados sociodemográficos e clínicos, o perfil cognitivo e o perfil da qualidade de vida. **Metodologia:** Fizeram parte desse estudo 316 idosos com 60 anos ou mais, assistidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: Formulário de Pesquisa; Mini Exame do Estado Mental (MEEM); e Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). Os dados foram analisados através do *software Graph Pad Prism* versão 4.0, sendo expressos em porcentagem, média e desvio padrão da média, considerando significantes valores de  $p < 0,05$ . Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob Nº de protocolo 0397.0.133.000-10. **Resultados:** Observou-se predominância do gênero feminino, analfabetos, com renda mensal de até um salário mínimo, histórico de atendimento ambulatorial, uso de um ou dois medicamentos, portadores de hipertensão arterial, com uma melhor percepção de saúde, 92,4% dos idosos não apresentaram déficit cognitivo e 79,1% apresentaram alta qualidade de vida, com influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em analfabetos ( $p = 0,02$ ). **Conclusões:** A maioria dos idosos não apresentou alteração cognitiva; obteve alta qualidade de vida e observou-se influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos analfabetos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idosos. Estado Cognitivo. Qualidade de Vida.

## **1. INTRODUÇÃO**

Nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma lenta e gradual, aliada ao desenvolvimento tecnológico e, nos países em desenvolvimento, de forma abrupta e desordenada. A transição demográfica no Brasil apresenta-se a passos largos, apoiada em uma baixa taxa de natalidade e mortalidade e vinculada à maior expectativa de vida para os idosos. O processo de envelhecimento é caracterizado por declínios cognitivos e funcionais que influenciam diretamente na qualidade de vida do idoso. Um dos principais desafios desta população é manter-se independente para realizar suas atividades e permanecerem socialmente ativos.

A população idosa tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde. O delineamento de políticas específicas para essa população vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. Conhecer o perfil cognitivo dos idosos e sua repercussão na qualidade de vida desta população será relevante para criar um banco de dados envolvendo informações epidemiológicas, clínicas e funcionais, que poderá ser utilizado como meio de triagem e execução de pesquisas longitudinais intervencionistas, de programas de atenção básica em todos os níveis de saúde. Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi identificar a influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande – PB e os objetivos específicos consistiram em caracterizar os dados sociodemográficos e clínicos, verificar o perfil cognitivo e o perfil da qualidade de vida.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A época contemporânea caracteriza-se por diversas transformações: históricas, filosóficas, econômicas, políticas e sociais, as quais deixam um legado importante para a humanidade. E um dos fenômenos sociais de maior destaque que tem demarcado seu espaço é o aumento da

população de idosos, que ocorre praticamente em todo o mundo (NETTO, 2004). O envelhecimento é decorrente da redução nas taxas de fertilidade, que vem ocorrendo de maneira abrupta nas últimas décadas, e do acréscimo da longevidade. Em virtude desse processo, estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição com uma média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher. O número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. A população de pessoas nessa faixa etária cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 (WHO, 2005).

Nos países desenvolvidos, a melhoria das condições de vida tem aumentado a esperança média de vida dos indivíduos (OLIVEIRA, 2006); tendo o envelhecimento populacional ocorrido lentamente, associado à evolução econômica, ao crescimento do nível de bem estar e à redução das desigualdades sociais (TELLES, 2003). Camarano (2004), assinalou que o aumento da população idosa no Brasil deve-se principalmente à alta fecundidade e à redução da taxa de mortalidade. O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional entre os países populosos (GIATTI e BARRETO, 2003); assim, até 2025, será o sexto país em número de idosos (WHO, 2005).

Segundo Teixeira (2006), o envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social. Consiste em um processo fisiológico natural, dinâmico e progressivo (SOUZA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2004), que envolve fatores responsáveis por alterações dos sistemas do corpo humano, como o declínio na capacidade cognitiva e funcional, facilmente observáveis (CARVALHO; PAPALÉO-NETO e GARCIA, 2006). Pessoas envelhecidas, mesmo as que não possuem doenças, debilitam-se gradativamente com o passar dos anos e limitam suas funções, tornando-as susceptíveis a agravos diversos (MARIN et al., 2008).

O declínio na capacidade cognitiva a partir de um nível anteriormente elevado de funcionamento gera múltiplos problemas para o idoso (GUCCIONE, 2002), sendo esta função dependente do estado psíquico e mental, portanto, uma boa função cognitiva depende diretamente de um bom desempenho físico e social (LUNA e SABRA, 2006). O termo cognição corresponde ao funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento (MORAES, MORAES & LIMA, 2010).

A deterioração cognitiva deve ser documentada e quantificada todas as vezes que se quer avaliar a saúde de uma pessoa idosa. O comprometimento cognitivo leve é caracterizado como a transição entre o envelhecimento normal e a demência, o qual é exemplificado pela

perda de memória anormal para a idade e o nível educacional do indivíduo. No Brasil e em outros países, estudos populacionais sobre estado cognitivo e demência são escassos e não há estimativas precisas sobre sua prevalência (CASTRO e GUERRA, 2008).

A saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como, uma importante medida da qualidade de vida. Os parâmetros que predominam para a formação de normas de aferição da mesma, não são específicos, e se apresentam de maneira diferente para cada ser humano, já que este é um ser singular e a qualidade de vida tem uma narrativa diferente para cada indivíduo (CARVALHO, 2004).

A qualidade de vida deve ser compreendida como um conceito dinâmico, construído a partir da descrição e interpretação das relações dialéticas do indivíduo em seu cotidiano social, cultural, biológico, psicológico e físico. Esse é um conceito historicamente condicionado aos aspectos objetivos e subjetivos, interligados pela realidade social, que poderá apresentar equivalências, contradições e diferenças entre as pessoas (VILA, 2006). A qualidade de vida está relacionada à auto-estima pessoal e abrange uma série de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, auto-cuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

A qualidade de vida é um tema de extrema importância, pois viver não se restringe apenas a um modo de subsistência, mas sim a uma forma de prevenção da saúde, ao invés de doença. Contudo, a promoção da qualidade de vida nas pessoas idosas implica a adoção de estilos de vida adaptados a essas alterações decorrentes do processo de envelhecimento (SQUIRE, 2005). Para avaliação da mesma é imprescindível a adoção de múltiplos critérios, de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na senescência: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e das relações informais com amigos (GALISTEU et al., 2006).

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente, nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil; que paralelo ao processo de transição demográfica, passa também pelo processo de transição epidemiológica. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, aumento da mortalidade por doenças não transmissíveis e por causas externas,



com deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (COSTA; PORTO e SOARES, 2003).

As doenças crônicas não-transmissíveis são bastante expressivas entre os idosos, dentre as suas conseqüências destacam-se: o maior tempo de permanência hospitalar, a recuperação mais lenta e maior freqüência de re-internações e invalidez. Todos estes fatos determinam custos elevados de tratamento de saúde desta população em relação às demais faixas etárias. A cronicidade das doenças prevalentes entre os idosos deve ser levada em consideração quando da organização dos serviços de saúde (VERAS, 2001).

A atenção primária à saúde é muito importante. Muitas patologias podem ser prevenidas com ações de educação e de informações, desse modo o sofrimento humano pode ser impedido ou minimizado. A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visa maior promoção e prevenção da saúde, melhorando assim, a qualidade de vida da população (MACHADO; FONSECA e MACHADO, 2007). Os serviços de saúde ainda não estão preparados para responder às necessidades múltiplas dos idosos. A maioria das doenças crônicas que acomete o idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco (MELO et al., 2009). Conforme Lima-Costa (2003), os idosos são grandes usuários de serviços de saúde, sendo este fenômeno conseqüência da maior prevalência de doenças e de incapacidades.

A crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige políticas adequadas, e a falta destas podem causar importantes aumentos dos custos. As políticas que propiciam a saúde durante toda a vida, inclusive a de promoção de saúde e de prevenção de doenças, a tecnologia de assistência, os cuidados para reabilitação, quando indicados, os serviços de saúde mental, a promoção dos modos de vida e ambientes propícios, podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir obter economias orçamentárias (MIYATA et al., 2005).

### **3. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório, com abordagem quali-quantitativa. A amostra foi composta por 316 idosos, escolhidos de forma aleatória probabilística, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do município de Campina Grande – PB. Foram contempladas, de forma aleatória, as UBSFs dos bairros Monte Castelo,

Ramadinha, Estação Velha e Bela Vista. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado nas UBSFs. Foram excluídos os idosos portadores de disfunção visual, auditiva, de linguagem e/ou funcional que impedissem a realização dos testes, bem como portadores de patologias psiquiátricas, Doença de Parkinson e demências.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: Formulário de Pesquisa para avaliar os dados sociodemográficos e clínicos, a saber: sexo, idade, nível cultural, anos de escolaridade, ocupação e renda familiar atuais, acesso ao serviço de saúde, atendimento ambulatorial, auto-percepção da saúde, referência de doenças crônicas, número de doenças e de medicamentos em uso. Em seguida foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido por Folstein, Folstein e McHUGH (1975), traduzido e adaptado no Brasil por BRUCKI et al., (2003) para avaliar os aspectos cognitivos das funções mentais: orientação, registro, atenção e cálculo, memorização e linguagem. Consiste em questões subdivididas em seis itens, onde para cada acerto é somado um ponto ao total. O fator primordial na determinação do desempenho do MEEM é o nível educacional (BERTOLUCCI, BRUCKI e CAMPACCI, 1994). Portanto foram utilizados como pontos de corte: 13 para analfabetos; 18 para baixa e média escolaridade; e 26 para alta escolaridade.

Por fim, foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), desenvolvida em 1982 por Jean Flanagan, para avaliar a qualidade de vida em idosos. É composta por quinze itens, agrupados em cinco dimensões, a saber: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; recreação (NASSER; GONÇALVES, 1999). A EQVF possui uma pontuação que varia de 15 à 105, sendo aquele correspondente ao valor mínimo e este ao máximo. Para caracterizar a qualidade de vida foram utilizados os escores de 0 a 45 pontos, de 46 a 74 pontos e maior ou igual a 75 pontos, para baixa, média e alta qualidade de vida, respectivamente (FLANAGAN, 1982).

Os dados foram analisados através do software *Graph Pad Prism 4.0* e expressos em porcentagem, média e desvio padrão da média, sendo considerados significantes valores de  $p < 0,05$ . Foram obedecidos os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução N°. 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde / MS. Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número 0397.0.133.000-10. Os sujeitos da pesquisa foram informados dos procedimentos, seus resultados e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer

momento, sendo registrada sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 4. DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

##### 4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos do município de Campina Grande – PB.

O estudo foi composto por 316 idosos, com idade variando entre 60 e 95 anos e média de  $71,4 \pm 8,0$  anos. Da mesma forma, estudos realizados por Nunes et al. (2009) e Dutra (2009), verificaram que os idosos encontravam-se com idade em torno de 70 à 78 anos. Relacionado ao gênero observou-se predominância do gênero feminino, com 71,5%, mostrando concordância com o padrão demográfico brasileiro atual. Concomitantemente, Paskulin & Vianna (2007), observaram predominância de 67,8% de mulheres idosas, assim como, Marin et al. (2008) e Lima-Costa (2003), constataram que 61,8% e 68,9% dos idosos entrevistados foram do gênero feminino, respectivamente, representando a chamada “feminização da velhice”, que tem sido crescente no Brasil (VICTOR et al., 2009). Quanto ao nível cultural evidenciou-se que a maioria eram analfabetos (47,1%) (Tabela 1). Esse estudo corrobora com Costa; Nakatani; Bachion (2006), Monteiro (2002), Piccini et al. (2006), os quais evidenciaram que 46,3%, 51,0% e 41,0%, respectivamente, eram analfabetos, enquanto que, Danilow et al. (2007), constataram 1,4% de idosos na categoria nível universitário.

**Tabela 1.** Distribuição sociodemográfica segundo o gênero e nível cultural em idosos do município de Campina Grande – PB.(N=316)

Características	Nº idosos	Valor (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	226	71,5
Masculino	90	28,5
<b>Nível Cultural</b>		
Analfabetos	149	47,1
Sabe ler, escrever e contar	61	19,3
Nível de fins de estudos primários	71	22,5
Nível de fins de estudos do ensino fundamental	23	7,3
Nível de fins do ensino médio	06	1,9
Nível dos aprovados em vestibular	01	0,3
Nível universitário	05	1,6

No quesito ocupação, observou-se que 68,0% dos idosos eram aposentados, seguidos por pensionistas (15,5%) (Tabela 2). Estudos de Lourenço & Veras (2006) evidenciaram predominância de aposentados, com 69,2%. Victor et al. (2009), observaram que 60,2% dos idosos eram aposentados, seguidos por pensionistas (18,2%). Outros estudos demonstraram que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda dos idosos brasileiros (LEBRÃO & LAURENTI, 2005).

Em relação ao rendimento mensal, a maioria (46,8%) recebia até 1 salário mínimo (Tabela 2), o que corrobora com os achados de Victor et al. (2009), os quais relataram que 48,6% dos idosos recebiam até um salário mínimo. Costa; Nakatani; Bachion (2006), identificaram que 45,3% dos idosos apresentaram renda igual ou menor que um salário mínimo e 10,5% acima de três salários. A renda desses idosos era semelhante, em termos de proporção, a média nacional, em que a maioria (32%) possuía até um salário mínimo (IBGE, 2010).

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica segundo ocupação e rendimento mensal dos idosos do município de Campina Grande. PB.

<b>Características</b>	<b>Nº idosos</b>	<b>Valor (%)</b>
<b>Ocupação atual</b>		
Aposentado	215	68,0
Pensionista	49	15,5
Autônomo	10	3,2
Voluntário	01	0,3
Empregado	05	1,6
Desempregado	26	8,2
Outro	10	3,2
<b>Renda mensal familiar</b>		
Não possui renda	10	3,2
Até 1 salário mínimo	148	46,8
De 1 a 2 salários mínimos	106	33,5
De 3 a 5 salários mínimos	43	13,6
Acima de 5 salários mínimos	02	0,6
Não sabe	07	2,2

N=316

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, tabela 3, verificou-se que 68,0% dos idosos utilizavam apenas o serviço público. Da mesma maneira Pereira e Rodrigues

(2007), mostraram que a maioria (63%) dos entrevistados utilizou o serviço público de saúde, assim como, Marin et al. (2008), evidenciaram que 62,4% dos idosos faziam uso do serviço público. No presente estudo a busca pelo atendimento ambulatorial foi referida por 64,9% da população idosa, corroborando com Lima (2008), o qual verificou que nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 62,7% dos idosos referiram ter realizado cinco ou menos consultas.

Em relação ao número de medicamentos utilizados, a maioria (42,0 %) afirmou utilizar um ou dois medicamentos (Tabela 3). Pereira e Rodrigues (2007) relataram que 77% dos idosos afirmaram usar regularmente pelo menos um tipo de medicamento. Também observou-se nesse estudo que 12,0% dos idosos apresentavam consumo elevado de medicamentos. De acordo com Loyola Filho, Uchoa e Lima-Costa (2006), o consumo elevado de medicamentos (cinco ou mais) foi observado em 14,3% dos idosos. No presente estudo evidenciou-se que 18,0% dos idosos não consumiam medicamentos, contrariando os estudos de Gazzola et al. (2006), onde apenas 3,3% não faziam uso de medicamentos.

Quanto às características clínicas, ao questionar a concepção de saúde comparando-a a de senis de mesma idade, 38,6 % dos idosos afirmaram ter um estado geral de saúde melhor; 30,7% estado geral igual e 18,3 % um pior estado de saúde (Tabela 3). Dados similares foram evidenciados com os achados de Freire (2009) em que 37,1% dos idosos referiram um estado de saúde melhor. Por outro lado Nunes et al. (2009), afirmaram que 53,0% dos idosos quando questionados sobre sua saúde em relação a outros idosos, consideraram sua saúde igual. Em termos de proporção, os dados foram semelhantes ao estudo de Farinasso et al. (2006), em que 59,3% dos idosos referiram melhor estado de saúde, 24,4% igual estado e, 9,3% um pior estado de saúde, quando comparados com pessoas de mesma idade.

Conforme tabela 4, as patologias geriátricas que acometeram os senis entrevistados foram em sua maioria hipertensão (68,6%) e diabetes mellitus (19,9%). O processo de envelhecimento não necessariamente está relacionado a doenças e incapacidades, porém as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos (ALVES et al., 2007). No que diz respeito às doenças crônicas relatadas pelos idosos, este estudo corrobora com os estudos de Victor et al. (2009), Sebastião et al. (2008) e Nunes et al. (2009), onde a freqüência de hipertensão arterial correspondeu a 68,6%, 60,9% e 62,7%, respectivamente. A segunda condição crônica freqüente foi o diabetes mellitus, o que mostra semelhança com os achados de Lima (2008), Lebrão & Laurenti (2005) e Aratani et al. (2006), em que 18,4%, 17,9% e 18,6% dos idosos foram acometidos por diabetes, respectivamente. A terceira doença crônica de maior freqüência foi varizes, seguido de

osteoartrite. Segundo Marin et al. (2008), a prevalência de doenças osteomusculares foi de 16,9%.

**Tabela 3.** Distribuição quanto ao acesso aos serviços de saúde, uso de medicamentos e percepção de saúde em idosos do município de Campina Grande – PB.

Acesso aos Serviços de Saúde	Nº idosos	Valor (%)
<b>Serviço de Saúde</b>		
Público	215	68,0
Privado	13	4,1
Público e privado	88	27,9
<b>Atendimento ambulatorial</b>		
Sim	205	64,9
Não	111	35,1
<b>Número de medicamentos</b>		
Não faz uso	57	18,0
Um ou dois	133	42,0
Três ou quatro	88	28,0
Cinco ou mais	38	12,0
<b>Percepção de Saúde</b>		
Muito melhor	29	9,2
Melhor	122	38,6
Igual	97	30,7
Pior	58	18,3
Muito pior	10	3,2

N= 316

**Tabela 4.** Relação de patologias geriátricas em idosos do município de Campina Grande – PB.

Doenças	Nº idosos	Valor (%)
Osteoartrite	57	18,0
Síndrome do Imobilismo	03	0,9
Hipertensão arterial	217	68,6
Diabetes Mellitus	63	19,9
Cardiopatias	52	16,4
Neoplasias	08	2,5
Varizes	60	18,9
Insônia	55	17,4
Nenhuma	26	8,2

N= 316 (\* A somatória do percentual apresentado ultrapassa a totalidade numérica pelo fato de os idosos apontarem um ou mais doenças).

#### 4.2. Perfil do estado cognitivo dos idosos do município de Campina Grande – PB.

O MEEM é um instrumento que rastreia o estado cognitivo, de forma a caracterizar se o indivíduo apresenta ou não déficit, para essa análise, a escolaridade consiste em um ponto de fundamental importância. Partindo desse pressuposto, verificou-se 149 idosos analfabetos, 161 com baixa/média escolaridade e 6 com alta escolaridade, conforme tabela 5. Dos 316 idosos contemplados pelo estudo, 92,4% não apresentaram alteração cognitiva (Tabela 5).

**Tabela 5.** Perfil cognitivo dos idosos do município de Campina Grande – PB.

Déficit Cognitivo	Analfabetos	Baixa/Média escolaridade	Alta Escolaridade	N	Valores (%)
Ausente	136	154	2	292	92,4
Presente	13	7	4	24	7,6
Total	149	161	6	316	100

N= 316

A tabela 6 demonstra as funções cognitivas contempladas pelo MEEM, conforme o grau de escolaridade. Verificou-se que os idosos analfabetos apresentaram pontuações inferiores aos que apresentaram baixa/média e alta escolaridade, porém estas praticamente se equivaleram. Como já citado, o MEEM sofre influência das variáveis idade e grau de escolaridade, o que pode afetar a avaliação cognitiva e gerar valor preditivo negativo. No presente estudo observou-se que os subitens orientação temporal e espacial, cálculo e linguagem do MEEM apresentaram valores menores para analfabetos, em comparação aos de baixa/média e alta escolaridade. Estes achados corroboram com os de Bertolucci, Brucki e Campacci (1994), Foss, Vale e Speciali (2005), e Diniz, Volpe e Tavares (2007). Para os subitens registro e memória recente não foram encontradas diferenças entre as pontuações dos indivíduos com baixa/média ou alta escolaridade tal como no estudo de Laks et al. (2010), onde não foram encontradas diferenças para os subitens registro, comando em três etapas e nomeação.

Segundo Bruki et al. (2003), no Brasil as populações idosas apresentam características de escolaridade distintas uma vez que o ensino no país no período de aprendizagem destes indivíduos apresentava-se escasso e heterogêneo. Em estudo longitudinal com idosos de 80 anos de idade ou mais, realizado no sul do país, verificou-se que indivíduos que apresentam um nível de escolaridade mais alto apresentam melhor desempenho no MEEM ( $F(1,36) =$

7,21,  $p < 0,05$ ). Os idosos com menos anos de escolaridade tiveram resultado significativamente inferior no MEEM ( $M = 18,81$ ;  $DP = 0,85$ ), quando comparados com idosos com mais anos de escolaridade ( $M = 22,34$ ;  $DP = 0,99$ ) (ARGIMON e STEIN, 2005).

**Tabela 6.** Análise comparativa entre o estado cognitivo e o nível de escolaridade em idosos do município de Campina Grande – PB. (n=316)

Funções Cognitivas	Nível de Escolaridade		
	Baixo (< 8 anos)	Médio (9-12anos)	Alto (>12 anos)
Orientação Temporal	3,9 ± 1,2	4,4 ± 1,0	4,3 ± 1,6
Orientação Espacial	4,5 ± 0,9	5,0 ± 0,0	5,0 ± 0,0
Registro	2,8 ± 0,5	2,9 ± 0,2	2,8 ± 0,4
Cálculo	1,3 ± 1,6	2,7 ± 1,6	3,1 ± 1,4
Memória Recente	1,3 ± 1,0	1,7 ± 0,9	1,3 ± 1,5
Linguagem	6,5 ± 1,5	7,9 ± 1,0	8,0 ± 0,6
<b>TOTAL</b>	20,6 ± 4,6	24,7 ± 3,0	24,6 ± 4,1

Ao se observar a idade média comparando os indivíduos sem e com déficit cognitivo, conforme o nível educacional, verificou-se que os idosos com déficit apresentaram idade superior aos idosos sem déficit (Tabela 7). Observou-se que houve homogeneidade quanto à idade desses idosos, que se encontraram na faixa dos septuagenários, em relação ao nível educacional, porém aquela não influenciou o desempenho do MEEM semelhantemente aos resultados de Bruki et al. (2003) onde a variável idade desaparece em relação à escolaridade e pontuação do MEEM.

As discrepâncias entre os pontos de corte do MEEM são muitas, principalmente, no que diz respeito ao nível educacional. Alguns estudos brasileiros enfatizam a necessidade de adaptação transcultural do MEEM (ALMEIDA, 1998; BRITO-MARQUES e CABRAL-FILHO, 2004), modificando alguns subitens do MEEM original desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh, (1975). Além disso, apontam pontos de corte distintos para analfabetos, baixa escolaridade e alta escolaridade (ALMEIDA, 1998; DINIZ, VOLPE e TAVARES, 2007).



**Tabela 7.** Análise comparativa entre o nível educacional/estado cognitivo e a idade em idosos do município de Campina Grande – PB.

Nível Educacional	Idade (média ± d.p.m.)
<b>Analfabetos</b>	
Sem déficit cognitivo	72,3 ± 8,4 (n=136)
Com déficit cognitivo	74,3 ± 8,8 (n=13)
<b>Baixo/Médio</b>	
Sem déficit cognitivo	69,8 ± 7,3 (n=154)
Com déficit cognitivo	76,7 ± 6,9 (n=7)
<b>Alto</b>	
Sem déficit cognitivo	71,5 ± 10,6 (n=2)
Com déficit cognitivo	76,2 ± 11,8 (n=4)

N=316

#### **4.3. Análise da Qualidade de Vida, através da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF) em idosos do município de Campina Grande – PB.**

No que diz respeito à caracterização da qualidade de vida, o valor total obtido foi 80,9 ± 11,5, o qual sugere alta qualidade de vida (Tabela 8). Dos 316 idosos, 79,1% apresentaram alta qualidade de vida, seguidos por 19,3% com média qualidade de vida (Tabela 9). Segundo Oliveira (2006), a satisfação com a qualidade de vida de idosos da zona urbana e da zona rural, estava associada a relacionamentos interpessoais, bem-estar material e físico, desenvolvimento pessoal e atividades comunitária e social. Da mesma forma, Galisteu et al. (2006), evidenciaram que uma qualidade de vida satisfatória está associada à recreação ativa.

**Tabela 8.** Perfil da qualidade de vida através da EQVF em idosos do município de Campina Grande – PB.

Domínios	Valores (média ± d.p.m.)
<b>Bem-estar físico e material</b>	11,3 ± 2,2
<b>Relações com outras pessoas</b>	21,9 ± 3,7
<b>Atividades sociais, comunitárias e cívicas</b>	10,0 ± 2,1
<b>Desenvolvimento pessoal e realização</b>	21,1 ± 3,5
<b>Recreação</b>	16,5 ± 2,8
<b>Total</b>	80,9 ± 11,5

N=316

**Tabela 9.** Caracterização da qualidade de vida na EQVF em idosos do município de Campina Grande – PB.

Escores	Nº	Valores ( % )	Níveis de Qualidade de Vida
0-45	5	1,6	Baixa
46-74	61	19,3	Média
75-105	250	79,1	Alta

N= 316

Similarmente aos dados desse estudo, Santos et al. (2002), observaram que os idosos apresentaram peculiaridades e expectativas próprias na ordem de prioridade que concebem a qualidade de vida, sendo diferente daquela apresentada por outros indivíduos. O presente estudo corrobora com estudos de Benedet e Spricigo (2008), os quais demonstraram que a maioria (93,3%) dos idosos apresentou alta qualidade de vida, sendo a menor pontuação correspondente a 74 e a maior 97, na EQVF.

Estudos de Cella, Tulsky e Gray, (1993), constataram que o fator de maior impacto sobre os escores de qualidade de vida dos idosos é o estado emocional. Sintomas, como ansiedade e depressão, promovem os mesmos impactos sobre a qualidade de vida, quando o idoso se percebe doente (Sullivan *et al.* 2001) e a percepção sobre a saúde, o padrão de vida e a habilidade para o trabalho variam conforme a faixa etária (BOWLING, 1995). Entre 65 e 75 anos, a percepção sobre a saúde é maior (60,0%). Estudos de Farquhar (1995), com idosos entre 65 a 85 anos indicam que atividade física, saúde, mobilidade, situação econômica e contato social são considerados positivos para a qualidade de vida, enquanto que, desesperança, má saúde, infelicidade, desejo de ser mais jovem e dificuldades econômicas são consideradas negativas.

#### **4.4. Influência da cognição sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande – PB.**

Para analisar a influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida, foi caracterizada inicialmente a qualidade de vida dos idosos de acordo com o nível de escolaridade e o estado cognitivo; em seguida foi utilizado o teste *U de Mann Whitney*, observando-se influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos analfabetos, a qual foi considerada significativa ( $p < 0,05$ ). Os idosos de baixa/média e alta

escolaridade, apesar de apresentarem diferenças nas pontuações da qualidade de vida, esta não foi considerada significativa (Tabela 10).

**Tabela 10.** Análise comparativa entre o nível de escolaridade/estado cognitivo e a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande – PB.

Nível de Escolaridade/Estado Cognitivo	Qualidade de Vida (média ± d.p.m.)
<b>Analfabetos</b>	
Sem déficit cognitivo	80,0 ± 11,8* (n=136)
Com déficit cognitivo	71,6 ± 15,1* (n=13)
<b>Baixa/média escolaridade</b>	
Sem déficit cognitivo	82,4 ± 0,8 (n=154)
Com déficit cognitivo	76,4 ± 5,4 (n=7)
<b>Alta escolaridade</b>	
Sem déficit cognitivo	98,0 ± 5,0 (n=2)
Com déficit cognitivo	84,0 ± 4,7 (n=4)

N=316. Analfabetos: p=0,02\* (p<0,05), Baixa/média escolaridade: p=0,2, Alta escolaridade: (p=0,1). *Teste U de Mann Whitney.*

O processo de envelhecimento é responsável por diversas alterações no organismo. À medida que se envelhece o indivíduo passa a apresentar alterações cognitivas, que dependendo do grau, influenciam de forma significativa a qualidade de vida desse idoso, diminuindo o seu desempenho na realização das atividades cotidianas. Com o aumento da idade, aumenta-se a presença de sintomas depressivos (DEMURA e SATO, 2003; FISKE, GATZ e PEDERSEN, 2003), os quais vão se refletir na percepção de qualidade de vida do idoso.

## 5. CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos é possível concluir que:

- Os idosos apresentaram idade entre 60-95 anos, gênero feminino, maior nível de analfabetismo e renda mensal de um salário mínimo;
- Houve maior uso do serviço público de saúde, com atendimento ambulatorial, uso de até dois medicamentos, melhor percepção de saúde quando comparados à senis de mesma idade, com prevalência da hipertensão arterial;
- Houve predominância de idosos sem déficit cognitivo;

- A maioria dos idosos apresentou alta qualidade de vida;
- O estado cognitivo influencia a qualidade de vida, uma vez que, verificou-se influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida de idosos analfabetos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The aging is a natural physiological process, involving dynamic and progressive factors that promote changes in the human body, as the decline in cognitive abilities that could influence the quality of life. **Objectives:** To identify the influence of cognitive status on quality of life among the elderly in Campina Grande- PB, to characterize the sociodemographic and clinical data, the cognitive profile and the profile of quality of life. **Methodology:** This study included 316 elderly aged 60 years or more assisted in the Basic Units of Family Health - BUFHs. Were used as instruments for data collection: Form Search, Mini Mental State Examination (MMSE) and Flanagan Quality of Life Scale (FQLS). The data was analyzed using the Graph Pad Prism software version 4,0, and expressed in percentage, mean and standard deviation, considering significant values of  $p < 0.05$ . This research protocol was subordinate and approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Paraiba in No. 0397.0.133.000-10 protocol. **Results:** It was observed the predominance of female gender, illiterate, with monthly income of one minimum salary, history of outpatient care, use of one or two medications, hypertension carriers, with better health perceptions, 92.4% of elderly had no cognitive deficit and 79.1% had a high quality of life, with the influence of cognitive status on the quality of life in literate ( $p = 0.02$ ). **Conclusions:** Most elderly had no cognitive alteration, had a high quality of life and was influenced by the cognitive status on the quality of life in elderly illiterate.

**KEY WORDS:** Elderly. Cognitive State. Flanagan Quality of Life Scale

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VACONCELOS, M. E. L.; SÁ CARVALHO, M.; VASCONCELOS, A. G. G.; GODOI, A. G.; FONSECA, T. C. O.; LEMBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago, Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3B, set. 1998.

ARATANI, M. C.; GAZZOLA, J. M.; PERRACINE, M. R.; GANANÇA, F. F. Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idosos vestibulopatas crônicos? **ACTA OARS**. p. 18-24, 2006.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005.

BENEDET, D. M.; SPRICIGO, K. Qualidade de vida dos idosos do Grupo Autonomia do Idoso da Clínica de Atenção Básica à Saúde – CIABS (TCC). Santa Catarina, 2008.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI S.M.D.; CAMPACCI S. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOWLING, A. The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age group by gender. Results from a national survey of the publics judgement. **International Journal of Health Sciences**, v.6, n.12, p.169-175, 1995.

BRITO-MARQUES, P. R.; CABRAL-FILHO, J. E. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 2a, jun, 2004.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3b, set, 2003.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** IPEA, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, F. E. T.; PAPALEÓ-NETO, M.; GARCIA, Y. M. Biologias e teorias sobre o envelhecimento. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. v. 1, 2006.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CASTRO, K. C. M.; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 809-813, 2008.

CELLA, D. F.; TULSKY, D. S.; GRAY, G. The functional assessment of cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology**, v. 11, n. 3, p. 570-579, 1993.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, v. 5, n. 2, dez, 2003.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.43-35, 2006.

DANILOW, M. Z.; MOREIRA, A. C. S.; VILLELA, C. G.; BARRA, B. B.; NOVAES, M. R. C. G.; OLIVEIRA, P. F. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 9-16, 2007.

DEMURA, S.; SATO, S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. **Journal Physiology Anthropology Applicative**, Human Science, v. 22, p. 159–166, 2003.

DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n.1, p.13-17, 2007.

DUTRA, M. M. Perfil dos idosos hospitalizados da estratégia saúde da família. [TCC], Porto Alegre, 2009.

FARINASSO, A. L. C.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; HAAS, V. J. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS). v. 27, n. 1, p. 45-52, 2006

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995.

FISKE, A.; GATZ, M.; PEDERSEN, N.L. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. **Journal Gerontology B. Psychology Science, Soc. Sci.**, v. 58, p. 320–328, 2003.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current state of art. **Archives Physical Medicine Rehabilitation**, v. 9, p. 23-56, 1982.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FOSS, M. P.; VALE, F. A. C.; SPECIALI, J. G. Influência da Escolaridade na Avaliação Neuropsicológica de Idosos. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 63, n.1, p.119-126, 2005.

FREIRE, C. C. Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos. [**Dissertação de Mestrado**], Ribeirão Preto, 2009.

GALISTEU, K. J.; FACUNDIM, S. D.; RIBEIRO, R. C. H. M.; SOLER, Z. A. S. G. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 13, n. 4, p. 209-214, 2006.

GAZZOLA, J. M.; GANANÇA, F. F.; ARATANI, M. C.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, M. M. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n.4, p. 515-522, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010.



LAKS, J. et al. Education does not equally influence all the Mini Mental State Examination subscales and items: inferences from a Brazilian community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, set, 2010.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p.127-141, 2005.

LIMA, M. G. Fatores associados aos gastos com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas idosos em Belo Horizonte/MG. **[Dissertação de Doutorado]**. Belo Horizonte, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento do Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.499-513, 2003.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F.; Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, b. 12, p. 2657-2667, dez, 2006.

LUNA, R. L. e SABRA, A. **Medicina de Família Saúde do Adulto e do Idoso**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MACHADO, R. M.; FONSECA, F. B.; MACHADO, D. T. M. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 84, p. 10-16, jul/ago, 2007.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. R.; ROCETI, L. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1545-1555, jul, 2008.

MELO, M. C.; SOUZA, L. S.; LEANDRO, E. L.; SILVA, I. D.; OLIVEIRA, J. M. O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1579-1586, 2009.

MIYATA, D. F.; VAGETTI, G. C.; FANHANI, H. R.; PEREIRA, J. G.; ANDRADE, O. G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivo de Ciências da Saúde – Unipar**. v. 9, n. 2, p. 135-140, mai/ago, 2005.

MONTEIRO, A. Idosos usuários do SUS do município de Alambarí - SP: quem são? Como vivem? O que sentem? [**Dissertação**]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2002.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P.; Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Minas Gerais. **Revista Medicina**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

NASSER-GONÇALVES, L. H.T. Avaliação de uma escala de medida de qualidade de vida. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 99-110, set./dez. 1999.

NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática**, v. 7, p. 75-84, mar., 2004.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes sem Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.5, p. 376-82, 2009.

OLIVEIRA, A. R. B. Estilo e satisfação com a vida da população idosa urbana e rural em um município de pequeno porte. Bofete (SP) [**dissertação**]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, p. 119, 2006.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 5, p. 757-768, 2007.

PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M. C. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-Go. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 12, n. 109, 2007.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 657-667, 2006.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n.6, p. 757-764, nov/dez, 2002.

SEBASTIÃO, E.; CHRISTOFOLETTI, G.; GOBBI, S.; HAMANAKA, A. Y. Y. Atividade física e doenças crônicas em idosos de Rio Claro-SP. **Motriz**, Rio Claro, v.14, n.4, p.381-388, out/dez, 2008.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar, 2004.

SQUIRE, A. **Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a Prática**. Loures: Lusociência, 2005.

SULLIVAN M. D.; KEMPEN G. I. J. M.; VAN SONDEREN, E.; ORMEL, J. Models of health related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. **Quality of life Research**, v. 8, p. 801-810, 2001.

TEIXEIRA, P. **Envelhecendo Passo a Passo**. Madrid: Ministério de Trabajo e Asuntos Sociales, 2006.

TELLES, S. M. B. S. Idoso: Família, Trabalho e Previdência. [Tese], Campinas, IFCH-UNICAMP, Campinas, 2003.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERAS, R. P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UnATI, p. 23-27, 2001.

VICTOR, J. F. et al . Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, feb. 2009.

VILA, V. S. C. O significado de qualidade de vida: perspectivas de indivíduos revascularizados de seus familiares [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.