

**Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família**  
**Quality of life in the elderly the family health strategy**  
**Calidad de vida de ancianos en la estrategia de salud de la familia**

**Recebido: 21/12/2015**  
**Aprovado: 04/07/2016**  
**Publicado: 01/09/2016**

**Gerson de Souza Santos<sup>1</sup>**  
**Tamara Iwanow Cianciarulo<sup>2</sup>**

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. Foram aplicados três questionários: um criado especificamente para caracterizar a população quanto às características sócio sanitárias, WHOQOL-Bref para avaliar QV e WHOQOL-Old específico para idosos. Procedeu-se a análise descritiva, teste t-Student e ANOVA-F Tukey ( $p < 0,05$ ). Predominou o sexo feminino e a faixa etária de 60 a 69 anos, baixa escolaridade e renda familiar. O maior escore de QV observou-se no domínio físico No WHOQOL-Bref. As facetas funcionamento do sensorio obtiveram melhor escore. Não houve diferença estatística na comparação entre homens e mulheres. O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da qualidade de vida.

**Descritores:** Qualidade de vida; Envelhecimento; Idoso.

This study aims to evaluate the quality of life of elderly residents in an area covered by the Health Family Strategy of the municipality of Guarulhos-SP, Brazil. Three questionnaires were applied: one specifically created to characterize the population and the socio-sanitary characteristics, WHOQOL-Bref to assess QL and WHOQOL-Old specific to seniors. It proceeded to descriptive analysis, t-test and ANOVA F-Tukey ( $p < 0.05$ ). Prevailing females and the age group 60-69 years, little education and family income. The higher QL score was observed in the physical domain of WHOQOL-Bref. Operating facets of the sensory and death and dying obtained a higher score. There was no statistical difference in the comparison between men and women. The well-being in old age is related to the balance between various dimensions of quality of life.

**Descriptors:** Quality of life; Aging; Aged.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la CV de los ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia, en el municipio de Guarulhos-SP, Brasil. Se aplicaron tres cuestionarios: uno creado específicamente para caracterizar la población y las características socio-sanitario, WHOQOL-Bref para evaluar la calidad de vida y WHOQOL-Old específica para ancianos. Se procedió a un análisis descriptivo, t-test y ANOVA F-Tukey ( $p < 0,05$ ). Predominó el mujeres, con 60-69 años, baja escolaridad y, ingresos familiares. El escore más alto de calidad de vida se observó en los dominio físico del WHOQOL-Bref. Las faceta funcionameiemento del sensorio obtuve mayor puntuación en el WHOQOL-Old. No hubo diferencia estadística en la comparación entre hombres y mujeres. El bienestar en la vejez se relaciona con el equilibrio entre distintas dimensiones de la calidad de vida.

**Descriptores:** Calidad de vida; Envejecimiento; Anciano.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutor em Ciências da Saúde. Sociedade para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). enf.gerson@hotmail.com. Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências Sociais. Pesquisadora da Universidade de Mogi das Cruzes. iwanow.c@uol.com.br. Brasil.

## INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população mundial desafia autoridades governamentais de muitos países. Estima-se que o número de idosos no mundo era de aproximadamente 810 milhões em 2012, devendo alcançar 1 bilhão em menos de 10 anos e duplicar até 2050. Isso se torna mais alarmante, considerando que 80% das pessoas longevas viverão em locais menos desenvolvidos<sup>1</sup>.

Em 2000, a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, no Brasil, correspondia a 8,6% da população total, em comparação com 7,3% no ano de 1991. As projeções indicam que a população de idosos será de mais de 26,2 milhões de indivíduos em 2020, representando quase 12,4% da população total<sup>2</sup>.

Pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento do período de vida da população; no entanto, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade de vida. Apesar de ainda longe do ideal, se as condições de vida de hoje forem comparadas às de 60 anos atrás, serão verificadas melhorias nutricionais, nos níveis de higiene pessoal, nas condições sanitárias em geral, nas circunstâncias de trabalho e nas residências. No Brasil e nos demais países do continente americano, esse conjunto de fatores se expressa demograficamente pela redução nas taxas de mortalidade, em particular nos primeiros anos de vida<sup>3</sup>.

O aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento da tecnologia, a globalização e o acesso democrático às informações modificaram o perfil do indivíduo do século XXI e a sociedade em sua macro esfera. A busca pela qualidade de vida tornou-se uma constante, que extrapola as classes sociais, culturais, econômicas e até a cronologia de vida das pessoas<sup>3,4</sup>. Nesse contexto, qualidade de vida na velhice é um conceito importante, hoje, no Brasil, na medida em que existe uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema quer como um desafio para indivíduos e para a sociedade<sup>5</sup>.

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar qualidade de vida na velhice, seu conceito ainda é um campo de debate<sup>6,7</sup>. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>8</sup>, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. O conceito de qualidade de vida é amplo e incorpora de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente<sup>9</sup>. Assim, avaliar os aspectos da qualidade de vida de idosos, reveste-se de grande importância científica e social por permitir alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticas públicas e sociais, além de alternativas de intervenção, como programas geriátricos, buscando promover o bem-estar deste grupo de pessoas que, tanto no mundo atual quanto no futuro, constitui grande parte da população. Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos-SP.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado com pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos. Participaram deste estudo 100 pessoas idosas de ambos os sexos. A coleta de dados se deu de março a maio de 2010. Para este estudo estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir dentro da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família e ser alfabetizado.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, situação conjugal, arranjo familiar, cor da pele, escolaridade, renda familiar, aposentadoria, doenças crônicas, tipo de

domicílio, religião, participação em atividade física e lazer.

Para avaliação da qualidade de vida dos idosos utilizou-se o Questionário Genérico WHOQOL-Bref, trata-se de uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, que foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. Este instrumento avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida<sup>10</sup>.

O Questionário Genérico WHOQOL-Old<sup>11</sup>, foi desenvolvido pelo grupo de estudos (The World Health Organization Quality of Life) da Organização Mundial da Saúde. Esse questionário consta de 24 itens, com resposta por escala tipo Likert (*escala* de resposta psicométrica usada comumente em questionários) de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada uma delas é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore total. As facetas são: funcionamento dos sentidos; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e, intimidade.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio das frequências simples. Cada domínio do WHOQOL-Bref e faceta do WHOQOL-Old foram analisados isoladamente e consolidados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0, com as respectivas sintaxes. Para comparar a Qualidade de Vida, utilizou-se o teste t-Student e para a comparação com as faixas etárias e o número de comorbidades, o teste ANOVA F e Tukey ( $p < 0,05$ )<sup>12,13</sup>.

Atendendo à Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade de Guarulhos e aprovada pelo Parecer 41/2009.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização sócio sanitária, dos 100 idosos estudados, 69% são do sexo feminino. A idade variou entre 60 a 90 anos com média de 69 (dp=6,2 Anos). Entre os idosos estudados 39% eram de cor branca e os demais eram considerados de cor preta e parda. Na situação conjugal 56% não tinham cônjuge, considerando-se a soma de viúvos, solteiros e divorciados. Quanto ao arranjo familiar, 46% viviam sozinhos, os demais com seus respectivos cônjuges e outros com filhos e netos (Tabela 1).

A baixa escolaridade foi frequente e a amostra foi constituída predominantemente por (60%) com ensino fundamental incompleto. Em relação às doenças crônicas, observou-se alta prevalência de idosos com hipertensão arterial (57%). Dos participantes 51% eram aposentados, com renda de um a três salários mínimos (87%); com moradia própria (55%). Na avaliação do estilo de vida observou-se que 90% dos idosos não participavam de atividades de lazer e 63,% não praticava nenhuma atividade física (Tabela 1).

Na tabela 2 estão descritos os resultados da avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Bref com baixo escore na qualidade de vida geral (média 2,860). O pior escore de qualidade de vida foi observado no domínio social (média 10,575). Na avaliação do WHOQOL-Old, as facetas participação social e autonomia obtiveram o pior escore (média 10,83 em ambos). A faceta funcionamento do sensorio apresentou melhor escore de avaliação (média 13,63) (Tabela 3). Na comparação entre os sexos, considerando os domínios do WHOQOL-Bref e as facetas do WHOQOL-Old, não houve significância estatística (Tabela 4).

**Tabela 1.** Características demográficas, socioeconômicas, estilo de vida e de saúde entre idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos-SP, 2010.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	69	69
Feminino	31	31
<b>Idade</b>		
60-69	65	65
70-79	25	25
80 a mais	10	10
<b>Situação conjugal</b>		
Casado	44	44
Solteiro	14	14
Viúvo	28	28
Divorciado	14	14
<b>Arranjo familiar</b>		
Vive somente com o cônjuge	44	44
Vive com filhos e netos	10	10
Vive sozinho	46	46
<b>Cor da pele</b>		
Branca	40	40
Parda	38	38
Preta	22	22
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	60	60
Alfabetizado	40	40
<b>Renda Familiar</b>		
1-3 salários mínimos	87	87
4-6 salários mínimos	13	13
<b>Aposentado</b>		
Sim	51	51
Não	49	49
<b>Doenças crônicas</b>		
Hipertensão	57	57
Diabetes	29	29
Depressão	21	21
<b>Tipo de domicílio</b>		
Próprio	55	55
Alugado	24	24
Cedido	21	21
<b>Religião</b>		
Católico	62	62
Evangélico	22	22
Outras	16	16
<b>Atividade física</b>		
Não	63	63
Sim	37	37
<b>Participação em atividades de lazer</b>		
Não	90	90
Sim	10	10

**Tabela 2.** Medidas descritivas para domínios da Escala WHOQOL-Bref, idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos-SP, 2010.

Domínio	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	1º quartil	3º quartil
Físico	100	11,926	2,2591	6,3	17,7	11,429	10,429	13,714
Psicológico	100	11,007	2,2850	6,0	24,7	11,333	10,000	12,000
Social	100	10,573	3,2893	5,3	20,0	10,667	8,000	12,000
Ambiental	100	11,245	2,0257	7,0	16,5	11,250	9,500	13,000
Geral	100	2,860	1,0567	1,0	6,5	2,500	2,000	3,500

**Tabela 3.** Medidas descritivas das facetas da escala WHOQOL-Old, idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos-SP, 2010.

Facetas	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	1º quartil	3º quartil
Funcionamento do Sensório	100	13,63	2,665	6	19	14,00	12,00	16,00
Autonomia	100	10,83	2,889	5	19	11,00	9,00	13,00
Atividades passadas, presentes e futuras	100	11,35	2,350	7	19	11,00	10,00	13,00
Participação social	100	10,83	2,889	5	19	11,00	9,00	12,00
Morte e morrer	100	12,49	3,268	4	19	13,00	10,00	15,00
Intimidade	100	11,64	3,199	4	20	11,00	10,00	13,00

**Tabela 4.** Comparação entre os sexos nos Domínios do WHOQOL-Bref e facetas do WHOQOL-Old. Idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos-SP, 2010.

	Sexo		p-valor		
	Masculino (N=31)	Feminino (N=69)			
Domínio Físico	11,74	2,346	12,01	2,231	0,588
Domínio Ambiental	11,13	2,202	11,30	1,956	0,703
Domínio Psicológico**	11,33	(9,3-11,3)	11,33	(10,0-12,0)	0,299
Domínio Social**	10,67	(8,0-13,3)	10,67	(8,0-12,0)	0,848
Geral**	2,50	(2,0-4,0)	2,50	(2,0-3,5)	0,409
Faceta Funcionamento do Sensório	13,42	2,742	13,72	2,645	0,599
Faceta Autonomia	10,71	2,735	11,12	2,564	0,475
Faceta Participação Social	10,68	3,166	10,90	2,777	0,725
Faceta Morte e Morrer	13,00	2,933	12,26	3,403	0,298
Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras**	11,00	(9,0-13,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,638
Faceta Intimidade**	11,00	(10,0-14,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,241

\*Teste t de Student, médias e desvios padrões; \*\*Teste de Mann-Whitney, medianas e intervalos interquartílicos.

## DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados é semelhante ao encontrado em outros estudos realizados em São Paulo, com amostra da população idosa domiciliar<sup>14</sup>; em Florianópolis e Rio Grande do Sul, em áreas cobertas por equipes de Saúde da Família<sup>15,16</sup>.

Assim como outros estudos brasileiros envolvendo idosos<sup>16,17</sup>, identificou-se predominância feminina. Embora o aumento da esperança de vida ao nascer se observe para ambos os sexos, a taxa de sobrevivência das mulheres se mantém superior à dos homens,

considerando-se as diferenças regionais<sup>18</sup>. Além disso, as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde.

Maior longevidade pode explicar o maior percentual de mulheres idosas sem cônjuge, encontrado nesta investigação. Como resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe uma maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada. Outra característica deste grupo populacional é que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária<sup>19</sup>. Uma razão que poderia explicar essa situação é que, por tradição, a mulher

tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge<sup>19</sup>.

Quase metade dos idosos investigados vivia em lares unipessoais. Sobre essa questão, estudos recentes têm revelado que, especificamente entre os idosos, a situação familiar ou domiciliar, reflete o efeito acumulado de eventos demográficos, socioeconômicos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. O tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações conformam, ao longo do tempo, tipos distintos de arranjos familiares ou domésticos, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade<sup>20,21</sup>.

A escolaridade mostrou-se baixa, constituindo-se uma condição social desfavorável, já que tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado, entre outros. Baixa escolaridade também foi destaque no estudo do projeto SABE no município de São Paulo, em que, que mostrou ainda que idosos com pior escolaridade apresentavam também, pior estado de saúde em função de piores hábitos, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente<sup>22</sup>.

A baixa escolaridade pode estar aliada à desvantagens socioeconômicas. Embora reconhecendo a limitação do presente estudo no que se refere às generalizações dos resultados, outras investigações apontaram idosos em condições semelhantes no Estado de São Paulo. Em uma investigação realizada na cidade de Campinas-SP, 41% dos idosos tinham condições financeiras aproximadas à realidade do estudo<sup>23</sup> aqui apresentado.

Apesar de os idosos possuírem baixa renda, a maioria tinha moradia própria, pois se trata de uma região invadida pelos moradores

e, posteriormente legalizada pelos órgãos municipais.

Alto percentual de hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão foi identificado. Existe consenso de que a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. À semelhança dos demais países ricos, as pesquisas sugerem que as condições complexas, como diabetes e depressão, vão impor uma carga ainda maior no futuro<sup>24</sup>.

Inatividade física foi identificada em mais da metade dos idosos, bem como ausência de participação em atividades de lazer. Outros estudos voltados para essas questões identificaram que Idosos de menor nível socioeconômico, nível avaliado por renda ou escolaridade, são mais sedentários e tem menos praticas de lazer<sup>25</sup>. Por outro lado, Indivíduos com menor nível de escolaridade tendem a hábitos de vida prejudiciais à saúde, por menor acesso à informação e às condições de vida que para a incorporação de comportamentos considerados saudáveis<sup>26</sup>.

Na análise dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, o domínio físico teve o melhor ranking, seguido do ambiental, psicológico e, social. Um estudo que avaliou a qualidade de vida de idosos no município de Uberaba-MG encontrou resultado divergente no tocante ao domínio físico que apresentou pior escore de qualidade de vida<sup>27</sup>.

O domínio físico do questionário WHOQOL-Bref avalia itens tais como: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. Por se tratar de idosos jovens na faixa etária de 60 a 69 anos, os itens do domínio físico descritos podem não têm interferido na qualidade de vida dos idosos.

Na avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-Old a faceta funcionamento do sensorio apresentou maior escore. Este domínio corresponde aos sentidos (audição,

visão, paladar, olfato e tato) que interferem na vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas e família.

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e, a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório<sup>28</sup>.

As facetas autonomia e participação social apresentaram os piores escores de avaliação. Enquanto a primeira se refere ao uso do tempo livre e a participação do idoso em atividades da comunidade, a segunda envolve a liberdade de tomar decisões, sentimento de controle do futuro, fazer aquilo que gosta e sentir-se respeitado em relação à sua liberdade.

Considerando o impacto do envelhecimento nas políticas públicas, o governo brasileiro tem aprovado leis voltadas para o envelhecimento ativo e saudável. Com essa finalidade, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, que tem como um de seus objetivos a promoção da autonomia, independência, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, com vistas ao exercício da cidadania e ao atendimento de suas necessidades específicas, nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde<sup>29</sup>.

Neste estudo, o domínio social (WHOQOL-Bref) e a faceta participação social (WHOQOL-Old) apresentaram menores escores. Esses resultados indicam que os idosos participantes deste estudo estão insatisfeitos com o apoio social recebido. As equipes de saúde da família podem colaborar no sentido de estimular os idosos a fortalecerem suas redes sociais formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam as relações de solidariedade e confiança<sup>30</sup>.

Como limitações principais do presente estudo, destaca-se que a amostragem em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, pode não refletir rigorosamente todo o universo de idosos residentes na comunidade; a utilização de um instrumento genérico de qualidade de vida pode não avaliar aspectos mais específicos da qualidade de vida na terceira idade, e a avaliação auto referida de morbidades pode não refletir de modo fidedigno os diagnósticos dos indivíduos avaliados. Por outro lado, tais resultados podem refletir realidades similares em outras regiões.

## CONCLUSÃO

Os idosos que participaram deste estudo eram em sua maioria mulheres; na faixa etária de 60 a 69 anos; sem cônjuge; baixa renda familiar e escolaridade; hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão; aposentadas; vivendo em variados tipos de arranjo família; inatividade física e pouca participação em atividades de lazer.

A avaliação do WHOQOL-Bref apresentou maior escore de qualidade de vida no domínio físico e o menor escore no domínio social, além de qualidade de vida geral baixo. A faceta funcionamento do sensorio do WHOQOL-Old apresentou o melhor escore de qualidade de vida. Já as facetas autonomia e participação social apresentaram piores escores.

O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da qualidade de vida. O aumento do número de morbidades e o aumento da idade influenciam de modo significativo vários domínios e facetas da qualidade de vida dos indivíduos idosos. O questionário WHOQOL-Bref juntamente com o WHOQOL-Old tem se apresentado como instrumento potenciais para avaliação de qualidade de vida na população idosa brasileira, mostrando-se uma alternativa a ser incorporada em protocolos de atenção à saúde do idoso.

## REFERÊNCIAS

1. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-Bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(3):390-7.
2. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011; 16(6):2919-25.
3. Trentini CM, Chachamovick E, Fleck MPA. Qualidade de vida de idosos. In: Fleck MPA. Avaliação da qualidade de vida guia para profissionais da saúde. Artmed: 2008. pg:218-235.
4. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1107-11.
5. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice enfoque multidisciplinar. Alínea: 2011. p. 13-59.
6. Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*. 2008; 8:348.
7. Ciorba A, Benatti A, Bianchini C, Aimoni C, Volpato S, Bovo R, et al. High frequency hearing loss in the elderly: effect of age and noise exposure in an Italian group. *J Laryngol Otol*. 2011;125(8):776-80.
8. World Health Organization. WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998; 28:551-8.
9. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL), In: Orley J, Kuyken W, Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994:41-60.
10. Fleck MPA. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 21:19-28.
11. Chachamovick E, Trentini CM, Fleck MPO, Schimidt S, Power M. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD. In: A Avaliação de Qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 103-111.
12. Magalhães MN, Lima CP. Noções de Probabilidade e Estatística - 7ed - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.
13. Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric Statistics. New York: Mc Graw-Hill. 2ª ed. 1988.
14. Santos GE, Cunha ICKO. Capacidade funcional de idosos em Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. REAS [Internet]. 2013; 2(3):67-76. <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer>.
15. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):85-95.
16. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*. 2011; 21(4):166-72.
17. Santos GE, Cunha ICKO. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na Atenção Básica em Saúde. *R Enferm Cent O Min*. 2013; 3(3):820-8.
18. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(3):753-61.
19. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud interdiscip envelhec*. 2002; 1(4):7-19.
20. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R Bras Est Pop*. 2011; 28(1):217-30.
21. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. *R Enferm Cent O Min*. 2014; 4(2):1135-45.
22. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.
23. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de

base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2012; 28(4):769-80.

24. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(1):54-66.

25. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Públ.* 2005; (21):870-7.

26. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2007; 23(6):1329-38.

27. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(3):438-44.

28. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009; 6(1):109-15.

29. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

30. Geib, LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2012; 17(1):123-33.

#### CONTRIBUIÇÕES

**Gerson de Souza Santos:** participou da concepção da pesquisa, coleta, análise dos dados e redação. **Tamara Iwanow Cianciarullo** orientou a pesquisa, delineamento, análise dos dados e, revisão crítica.

#### Como citar este artigo (Vancouver):

Santos GS, Cianciarulo, TI. Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. *REFACS* [Internet]. 2016 [citado em *(inserir dia, mês e ano de acesso)*]; 4(3):218-226. Disponível em: *(link de acesso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.

#### Como citar este artigo (ABNT):

SANTOS, G.S.; CIANCIARULO, T.I. Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 4, n. 3, p. 218-226, 2016. Disponível em: *(link de acesso)*. Acesso em: *(inserir dia, mês e ano de acesso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.

#### Como citar este artigo (APA):

Santos G.S. & Cianciarulo, T.I. (2016). Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. *REFACS*, 4(3), 218-226. Recuperado em *(inserir dia, mês e ano de acesso)* *(inserir link de acesso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.