

Artigo original

Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos adscritos em um PSF da cidade de Cruz Alta - RS

Quality of life and functional capacity of elderly people enrolled in a family health program in Cruz Alta - RS

Douglas Dalcin Rossato*, Patrícia Viana da Rosa, D.Sc.**, Luis Henrique Telles da Rosa, D.Sc.**, Patricia Dall'Agnol Bianchi, D.Sc.***

.....
*Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta/RS, **Docente Fisioterapia /UNICRUZ, ***Docente Fisioterapia /UNICRUZ

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida entre idosos autônomos e dependentes vinculados ao PSF de um bairro da cidade de Cruz Alta/RS e identificar a existência de associação entre a idade, o gênero e a avaliação subjetiva de saúde com a capacidade funcional. Foram avaliados 103 idosos com idade média de 70,8 anos (73% mulheres e 27% homens). Os instrumentos usados para avaliação da capacidade funcional foram o índice de Barthel e a escala de Lawton e para avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-bref. A associação entre as variáveis foi estimada através do coeficiente de correlação de Pearson e através do teste do qui-quadrado. As diferenças eventuais entre as médias dos sujeitos foram estimadas através do teste *t de Student*. Na determinação da capacidade funcional, foram classificados 65 idosos como autônomos e 38 como dependentes. Não foi identificada associação entre a capacidade funcional e o gênero ($p = 0,16$). Porém houve associação entre a capacidade funcional e a idade ($p = 0,000$) e a avaliação subjetiva de saúde ($p = 0,007$). Na comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref entre o grupo autônomo e dependente, foi encontrada diferença significativa em todos os domínios e na qualidade de vida global. Ao final, os resultados indicaram que nos idosos que referiram uma pior avaliação subjetiva da condição da saúde há também maior dependência.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, envelhecimento, saúde do idoso.

Abstract

The aim of this study was to compare the quality of life among autonomous and dependent elderly people enrolled in a Family Health Program (FHP) in a district of Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brazil and to identify the existence of an association among age, gender and health subjective evaluation with functional capacity. One hundred and three elderly people averaging 70.8 years old (73% female and 27% male) were evaluated. The instruments used to evaluate the physical capacity were the Barthel index and Lawton's Scale, and WHOQOL-bref to evaluate quality of life. Association among the variables was estimated through the Pearson correlation coefficient and through the chi-square test. Eventual differences among the averages of the subjects were estimated through the *t Student* test. In order to determine the functional capacity, 65 elderly were classified as autonomous and 38 as dependent. It was not identified association between functional capacity and gender ($p = 0.16$), but there was an association between functional capacity and age ($p = 0.000$) and the subjective health evaluation ($p = 0.007$). When comparing the WHOQOL-bref dominion averages between autonomous and dependent groups, a significant difference was found in all dominions and in global quality of life. In conclusion, results indicated that in those elderly people who referred a worse health condition in the subjective evaluation, the dependence is greater.

Key-words: Family Health Program, aging, elderly health.

Recebido em 10 de julho de 2008; aceito em 13 de outubro de 2008.

Endereço para correspondência: Douglas Dalcin Rossato, Rua Júlio de Castilhos, 674, 97250-000 Nova Palma RS, E-mail: dodagol@yahoo.com.br

Introdução

O estudo do envelhecimento das populações e de seus aspectos determinantes aponta para a realidade de que estamos vivendo mais, e a longevidade, sem dúvida, é uma das características do nosso tempo, isso porque, em um século, a média de idade aumentou consideravelmente, o que impõe à sociedade uma profunda mudança em relação, principalmente, à qualidade de vida desta população [1-3].

Sabe-se que o envelhecimento conduz a alterações biológicas, sociais e psicológicas, contudo, como explica Néri [4], o desenvolvimento do ciclo da vida apresenta perdas e ganhos, e o envelhecimento é apenas uma etapa deste ciclo.

Segundo a OMS, idoso saudável possui independência física, psicológica, social e espiritual. A manutenção de uma vida saudável é consequência da redução na perda da capacidade [1]. O bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas nestas dimensões [5].

A capacidade funcional é definida como a habilidade de realizar as atividades da vida diária de forma independente, incluindo capacidade de deslocamentos, autocuidado, participação em atividades ocupacionais e recreativas, ou seja, a possibilidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma boa vida, incluindo um sono adequado [6]. Está relacionada à medida do grau de prevenção da condição do indivíduo para realizar atividades de vida diárias (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs são as que se referem ao autocuidado, ou seja, permitem ao idoso cuidar-se e responder por si só no espaço limitado do seu lar. Já as AIVDs estão relacionadas com funções mais complexas que permitem a vida independente na comunidade [7].

Embora muitos artigos busquem analisar os fatores determinantes da capacidade funcional, há poucos relatos na literatura sobre a associação desta com a qualidade de vida.

A condição funcional é um importante indicador da qualidade de vida, especialmente na velhice, que pode ser mais preditiva do estado de saúde do idoso do que os próprios diagnósticos médicos. Aspectos importantes na avaliação da capacidade funcional são as condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, realização de atividade e participação na renda familiar, entre outros [8,9].

A associação entre a dependência com a baixa qualidade de vida foi referida em estudo de Santos *et al.* [10] com população idosa de um município do interior do estado de Santa Catarina.

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a capacidade funcional permite monitorar o atendimento à saúde de uma população; diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças; avaliar os resultados das políticas de saúde e políticas sociais; e, ainda, permitir alocação de recursos de acordo com as necessidades [11].

Como o Fisioterapeuta atua em serviços de saúde com o objetivo de melhorar ou recuperar a capacidade funcional

no idoso, sua atividade está fortemente vinculada à qualidade de vida destes sujeitos. Assim sendo, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem [12].

Este estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida entre idosos autônomos e dependentes que participam do Programa de Saúde da Família - Bairro Alvorada no município de Cruz Alta/RS. Também foi objetivo do estudo identificar a existência de associação entre a idade, o gênero e a avaliação subjetiva de saúde com a capacidade funcional.

Material e métodos

A presente investigação se caracteriza como sendo um estudo observacional e descritivo com uma abordagem quantitativa. A pesquisa atendeu às normas éticas da Resolução nº 196/96 do CONEP, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. A mesma foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ, RS sob no. 085/08. Os idosos ou, em sua impossibilidade, seus cuidadores, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informava sobre os objetivos do estudo, métodos, ausência de risco e autorizava a utilização das informações coletadas.

A população desta pesquisa foi constituída por idosos da cidade de Cruz Alta/RS residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família III, localizado na vila Alvorada, constituída das seguintes microrregiões: Alvorada, Brás Caíno, Dirceu, Gobo I e Gobo II. A seleção da amostra foi de forma aleatória, a partir da listagem dos moradores informados pelo programa. Foram incluídos indivíduos que tinham mais de 60 anos, de ambos os gêneros, moradores da área do PSF no mínimo há 02 anos, apresentando condições cognitivas e físicas para responder aos questionários e que consentiram em participar do estudo.

Os idosos foram visitados em sua residência pelo pesquisador. Quando ausentes, foi realizada uma segunda visita; não obtendo contato foram excluídos da amostra do estudo.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário elaborado para identificação da amostra, composto de dados pessoais, escolaridade, estado de saúde dos avaliados, entre outros.

Para determinar a capacidade funcional, foram utilizados os seguintes instrumentos: índice de Barthel [13] que analisa dez atividades básicas de vida diária, em que cada item é classificado em termos da capacidade do paciente para desempenhar a tarefa de forma independente, com alguma assistência ou dependente; esse instrumento apresenta escore total que varia de 0 a 100; quanto maior o escore, menor a dependência. Outro instrumento utilizado foi a escala de Lawton [6] que avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Esta escala focaliza a capacidade de idosos se adaptarem ao

seu meio e incluam atividades variadas; a escala apresenta 8 itens com pontuação máxima de 24 pontos.

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento desenvolvido pela OMS denominado WHOQOL-bref, que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida; as demais 24 representam os quatro domínios de avaliação: físico, psicológico, relação social e meio ambiente [14].

Inicialmente ocorreu o contato com os agentes de saúde e, posteriormente, a seleção dos idosos; o pesquisador realizou a coleta no período de novembro de 2006 a março de 2007.

Os resultados da avaliação do índice de Barthel e da escala de Lawton definiram a classificação dos idosos em: autônomo, apresentando pontuação máxima nas escalas e dependente, onde foi identificado algum tipo de limitação ou necessidade de auxílio na realização das atividades avaliadas.

Após a realização da coleta dos dados, os mesmos foram tabulados e analisados com a utilização do programa Microsoft Excel e SPSS, versão 11.1, licenciados para a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

As variáveis quantitativas foram descritas em função de sua média e desvio padrão, sendo a associação destas estimada através do coeficiente de correlação de Pearson e entre as variáveis categóricas através do teste do qui-quadrado. As diferenças eventuais entre as médias dos sujeitos foram estimadas através do Teste *t de Student*. Em todos os casos, foram estimados parâmetros populacionais com confiança de 95% [15,16].

Resultados

Os resultados do estudo são descritos a seguir. A Tabela I apresenta as informações sócio-demográficas dos sujeitos avaliados.

Tabela I - Distribuição (%) das variáveis sócio-demográficas da amostra de idosos do PSF Bairro Alvorada, Cruz Alta/RS, Brasil, 2006.

Variáveis	N	Percentual
Gênero		
Masculino	28	27,2%
Feminino	75	72,8%
Estado civil		
Casado	52	50,5%
Viúvo	43	41,7%
Solteiro/Separado	8	7,8%
Escolaridade		
Menos de 1 ano de estudo	26	25,2%
De 1 a 4 anos estudando	57	55,3%
De 5 a 8 anos estudando	10	9,7%
Mais de 8 anos estudando	10	9,7%
Idade		
60 a 69 anos	51	49,5%
70 a 79 anos	36	35,0%
Mais de 80 anos	16	15,5%

A amostra do estudo foi constituída de 103 idosos cuja idade mínima foi de 60 anos e a máxima 91, com uma média de 70,8 ($\pm 7,7$) anos.

Quando comparada à média de idade entre homens e mulheres, não foi identificada diferença significativa ($p = 0,77$).

Tabela II - Relação da capacidade funcional de acordo com o gênero, idade e avaliação subjetiva do estado geral de saúde.

Capacidade funcional	Autônomo	Dependente
Gênero		
Masculino	21	7
Feminino	44	31
Idade		
60-70	43	8
71-80	19	17
+ de 80	3	13
Saúde		
Muito Bom/Bom	40	13
Regular/Ruim	25	25
Total	65	38

Na Tabela II, são apresentados os resultados da classificação da capacidade funcional dos idosos, entre os quais 65 são autônomos e 38 dependentes.

Com relação ao gênero e à capacidade funcional, pode-se verificar que 41% das mulheres e 25% dos homens foram classificados como dependentes. Contudo a associação entre gênero e capacidade funcional, utilizando o teste qui-quadrado, não foi significativa ($p = 0,16$).

Na amostra entre os idosos com faixa etária entre 60-70 anos, 16% apresentam dependência; entre 71-80 anos, 47%, e idosos com idade superior a 80 anos, 81% apresentam algum grau de dependência.

Através do teste do qui-quadrado, foi identificada associação entre a idade e a capacidade funcional ($p = 0,000$), demonstrando que, quanto maior a idade, maior a dependência.

Entre os sujeitos que avaliam sua saúde como muito bom/bom, foi identificada dependência em 24%, enquanto entre aqueles que avaliam sua saúde como regular/muito ruim, a dependência foi encontrada em 50%. Foi significativa a associação entre a avaliação subjetiva da condição de saúde e a capacidade funcional utilizando o teste qui-quadrado ($p = 0,007$). Entre os idosos que referem uma pior avaliação subjetiva da condição da saúde, há também maior dependência.

Tabela III - Relação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida.

	Capacidade funcional	N	Média	Desvio Padrão	P
Físico	Autônomo	65	15,10	2,72	0,06*
	Dependente	38	13,50	2,88	
Psicológico	Autônomo	65	15,60	1,83	0,04*
	Dependente	38	14,22	2,85	
Relação social	Autônomo	65	16,14	1,82	0,000*
	Dependente	38	14,35	2,62	
Meio ambiente	Autônomo	65	15,16	1,49	0,03*
	Dependente	38	14,01	2,28	
Global	Autônomo	65	15,60	2,21	0,02*
	Dependente	38	13,84	3,30	

A diferença entre as médias dos domínios do WHOQOL-bref foi comparada entre os grupos autônomo e dependente, utilizando o teste t de *Student*, tendo sido encontrada diferença significativa em todos os domínios e na qualidade de vida global; sendo assim, os idosos avaliados como autônomos apresentaram uma melhor qualidade de vida.

Discussão

Foi encontrado um predomínio, entre os sujeitos avaliados, de idosos jovens do gênero feminino, com baixa escolaridade e elevada porcentagem de viúvas.

Essa condição, segundo Pinto [17], está associada ao fato de que os homens, após a morte de sua companheira, procuram outra mulher para seguir sua vida, e os que não arrumam, acabam se deparando com os vícios e a depressão. Também explica que as mulheres vivem mais sozinhas pelo fato de cuidar mais da sua família e viverem mais para si próprias.

O predomínio do gênero feminino (55%) é identificado pelo IBGE no Censo 2000 [18] e a faixa etária entre 60 e 69 anos como sendo a de maior proporção, segundo a PNAD [19], entre a população idosa brasileira. Outra informação vinculada à população brasileira é a constatação de uma baixa escolaridade nos sujeitos avaliados, revelando-se uma condição relacionada aos idosos [20].

A porcentagem de idosos avaliados como dependentes foi de 37%. Este resultado foi igual ao encontrado em estudo com idosos do município de Joaçaba-SC, onde 37,1% foram classificados com a capacidade funcional inadequada [21].

Inquérito domiciliar realizado no Nordeste identificou porcentagem similar, onde 35% dos idosos avaliados referiram necessitar de ajuda para realizar até três atividades [22]. Já pesquisa com idosos atendidos em um PSF da cidade de Goiânia identificou, em 40,9% destes, dependência na realização de AVDs [23].

Com relação aos fatores associados à capacidade funcional entre os sujeitos avaliados, o aumento da idade parece estar fortemente associado com a dependência.

Estudo de Fiedler e Peres [21] encontrou, entre os sujeitos com mais de 70 anos, maior chance de ter limitação na capacidade funcional, quando comparados àqueles com idade entre 60 e 69 anos. Essa associação também foi identificada em estudo sobre a qualidade de vida de idosos da população portuguesa [24].

Da mesma forma, estudo multicêntrico com a população idosa da cidade de São Paulo identificou a existência de dependência moderada ou grave entre os sujeitos com idade acima de 65 anos, sendo 36 vezes maior nos idosos com mais de 80 anos [25].

Em geral, limitações funcionais são mais frequentes em indivíduos mais idosos devido à longevidade [10]. Com o envelhecimento, existem alterações normais que causam perda da autonomia. Essas podem ainda ser potencializadas pela ocorrência de doenças e por uma condição vinculada ao sedentarismo, o que acentua a limitação funcional.

Para Henrique *et al.* [26], isso acontece devido ao processo de envelhecimento causar importante perda funcional principalmente se não houver uma intervenção de profissionais para amenizar esses problemas.

Outra variável associada à capacidade funcional foi à avaliação subjetiva da condição de saúde.

Neste estudo, os idosos com maior autonomia relataram uma avaliação subjetiva de sua condição de saúde como sendo satisfatória. A existência de doenças crônicas apresenta uma forte influência na capacidade funcional desses sujeitos [27]. Uma avaliação pessimista na autopercepção de saúde é identificada relacionada à dependência na velhice [25].

A associação entre a avaliação do estado de saúde e a qualidade de vida é também salientada por Lebrão e Laurenti [28], sendo ainda influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades.

Foi realizada a comparação dos escores dos domínios do Whoqol-bref entre os idosos classificados como autônomos e dependentes.

Nos domínios físico, psicológico, relação social e meio ambiente, os resultados indicaram haver uma diferença significativa entre o grupo autônomo e dependente, inclusive na avaliação global de qualidade de vida.

A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia [24]. Há que se considerar que o conceito de capacidade funcional é amplo, não se restringindo apenas aos aspectos físicos e funcionais, mas também é influenciado pelas condições cognitivas, emocionais, de apoio social, entre outros. O bem-estar do idoso está associado ao equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, mesmo na presença de problemas [29].

Ao conceituá-la, a OMS [30] estabelece uma relação com alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas. A possibilidade de manter-se ativo e independente, como

destaca Néri [31], proporciona uma maior satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados finais do estudo indicam ocorrer um aumento da dependência com a idade e as mulheres apresentam valores de incapacidade superiores em relação aos homens. Foi elevada a presença de dependência entre os sujeitos avaliados, estando a idade e a avaliação subjetiva da condição de saúde associadas a essa condição. Com relação à avaliação da qualidade de vida esta se mostrou superior entre os idosos autônomos. Pode-se supor, desta forma, que a capacidade funcional influencia a qualidade de vida entre os idosos.

O fisioterapeuta, por atuar diretamente com esta população, seja em ações de promoção, prevenção e reabilitação, deve dar ênfase na manutenção e melhora da capacidade funcional. A condição de saúde do idoso, bem como sua qualidade de vida, é influenciada fortemente por esta capacidade.

Referências

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;2:184-200.
2. Veras R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações. In: *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: Unati-UERJ; 2001. P.11-32.
3. Heredia OC. O idoso urbano no Rio Grande do Sul. In: *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Ouro Preto, Minas Gerais; 2002. p.4-8
4. Néri A. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papyrus; 1995. p. 13-40.
5. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-48.
6. Néri AL. Desenvolvimento e envelhecimento - perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. São Paulo: Papyrus; 2005. p. 98.
7. Ramos LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP-Escola Paulista de Medicina Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Manole; 2005.
8. Pavarini SCI, Silveira AJ, Fuirini CCF. Autonomia, independência e dependência no idoso. [citado 2003 junho 23]. Disponível em: URL: <http://www.sppc.med.br/lencontro/sofiapavarini.html>
9. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49-70.
10. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;3(11):2781-88.
11. Mendonça JA, Neto JFM. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Revista Ciência Médica de Campinas* 2003;4:299-306.
12. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
13. Junior CMP, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública* 2005;21:7-19.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:178-183.
15. Bisqueria R, Sarriera JC, Martinez F. Introdução à estatística – enfoque informativo com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística - princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
17. Pinto IC. Caracterização da população idosa, atendida em uma unidade básica de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;1993. 142 p.
18. IBGE. Censo Demográfico, 2000. [citado 2007 Mar 10]. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/censo/censodemografico2000/população>
19. Parahyba MI. Diferenças sócio-demográficas entre idosos no Brasil. Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil MEC - SESU/CAPES 2005.
20. Mapa do analfabetismo no Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Brasília, Brasil 2003.
21. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):409-415.
22. Coelho JMF, Ramos RL. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
23. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Silva-e-Souza AC, et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev Soc Bras Clín Méd* 2003;1:131-6.
24. Souza L, Galante H, Figueredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003;37:364-71.
25. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-8.
26. Henrique GRP, Pereira JS, Silva MAG. A interferência da mobilização intra-articular na amplitude de coxofemora em idosos. *Fisioter Bras* 2004;5(1):22-28.
27. Alves LC. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(8):1924-30.
28. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *Saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.
29. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):31-9.
30. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998.
31. Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus; 1993.