

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DA UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

*Evaluation of functional mobility and quality of life in
elderly at open university of the third age*

RESUMO Objetivou-se com a presente pesquisa verificar a qualidade de vida e a mobilidade funcional de idosos alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade da UniEVANGÉLICA (UniATI-UniEVANGÉLICA). **Material e Métodos:** a pesquisa tem caráter observacional e descritiva. Foram avaliados frequentadores da UniATI-UniEVANGÉLICA, com idade igual e superior a 60 anos. Os participantes responderam ao questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de saúde versão curta (WHOQOL-bref) e realizaram o teste de Marcha Estacionária de 2 minutos (TME2'). Os dados foram tabulados e analisados por meio do Software Statistical Packadge for Social Science (SPSS)22, realizou-se estatística descritiva apresentando-se os dados sob média, desvio padrão e percentis, teste de normalidade e correlação de Spearman. Adotou-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Avaliou-se 50 indivíduos, sendo 16(32%) do sexo masculino e 34(68%) do sexo feminino com idade média de 70,42±5,88 anos; a média de índice de massa corporal foi de 24,92±3,55kg/m². Na qualidade de vida, obteve-se média de 72,14±15,55 para domínio físico, 75,25±14,68 para domínio psicológico, 74,33±11,88 para domínio social, 65,12±14,98 para domínio ambiente e domínio geral foi de 71,71±11,45. Em relação a mobilidade funcional a média de elevações obtidas pelo TME2' foi de 76,58±14,52. **Conclusão:** Os participantes da pesquisa apresentaram boa qualidade de vida e uma boa mobilidade funcional, pode-se sugerir que os participantes apresentam bons níveis das variáveis analisadas em virtude da participação ativa nas atividades oferecidas pelo programa de convivência de idosos, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. **Palavras-chave:** Mobilidade funcional. Qualidade de Vida. Idosos. Universidade Aberta da Terceira Idade.

ABSTRACT The objective of this study was to investigate the quality of life and functional mobility of the elderly at UniEvangélica's Open University of the Third Age (UniATI-UniEVANGÉLICA). **Material and Methods:** a research has an observational and descriptive character. Frequent evaluations of UniATI-UniEVANGÉLICA were evaluated, with age equal and superior to 60 years. Participants answered the WHOQOL-bref quality of life questionnaire and performed the 2-minute Stationary March test (TME2). Data were tabulated and analyzed using the SPSS software package 22, descriptive statistics were performed presenting the data under the media, standard deviation and percentiles, normality test and correlation of Spearman. The level of significance was set at 5%. **Results:** 50 individuals were found, of which 16 (32%) were male and 34 (68%) were female, with a mean age of 70,42±5.88 years; An average body mass index was 24,92±3.55 kg/m². In the quality of life, mean values were 72.14±15.55 for the physical domain, 75.25±14.68 for the psychological domain, 74.33±11.88 for the social domain, 65.11±14.98 for the environmental domain, and general domain 71.71±11.45. In relation to a functional mobility by means of elevations obtained by TME2' was 76,58±14,52. **Conclusion:** The participants present good quality of life and good functional mobility, may suggest that the participants present good levels of variables analyzed due to the active participation in the activities offered by the elderly cohabitation program, which contributes For a better quality of life

Keywords: Functional mobility. Quality of life. Elderly. Open University of the Third Age.

Edilson Francisco Ferreira¹
Kamilla de Souza Gonçalves¹
Paula Carolina da Silva¹
Ilana de Freitas Pinheiro²
Viviane Lemos Silva Fernandes³
Daniella Alves Vento⁴

1- Discente do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário de Anápolis-UniEvangélica,
Anápolis, Goiás, Brasil.

2- Especialista em Saúde do Idoso, Docente
do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário de Anápolis-UniEvangélica,
Anápolis, Goiás, Brasil;

3- Mestre em Educação Física - UCB – DF,
Docente do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário de Anápolis-UniEvangélica,
Anápolis, Goiás, Brasil

4- Doutora em Ciências Médicas – FMRP/USP –
SP, Docente do curso de Fisioterapia do
Centro Universitário de Anápolis-
UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

E-mail: edilsonfranciscoferreira@gmail.com

Recebido em: 23/07/2017

Revisado em: 14/08/2017

Aceito em: 05/09/2017

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre o período de 2010 a 2050 o percentual de idosos aumentará cerca de 70% nos países desenvolvidos e, aproximadamente, 250% nos países em desenvolvimento. Além disso, em 2050, indivíduos a partir dos 65 anos representarão 16% da população mundial total.¹ Há relatos de que no início das décadas de 1960 e 1970, houve o questionamento sobre a possibilidade de implementar programas de caráter sociocultural e lúdico para a população idosa. Os programas possibilitaram experiências importantes como forma de ocupação do tempo livre, inserção do idoso na comunidade, redução do isolamento social, e ainda estruturação de grupos efetivos de apoio e tem crescido de forma exponencial.²⁻⁶

A Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994⁶ que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso regulamentada pelo Decreto Lei no 1948, de 3 de julho de 1996⁷ recomenda, no que compete ao Ministério da Educação, o incentivo à criação de Universidades Abertas a Terceira Idade nas Instituições de Ensino Superior (inciso III do art. 10). A UniATI-UniEVANGÉLICA é um exemplo de programa, pois não se restringe aos cursos livres oferecidos semestralmente aos idosos, estimula-se a participação nas mais variadas atividades, diversas oficinas, como por exemplo oficinas que abordam os Direitos e Deveres dos Idosos e oficinas sobre Envelhecer com Saúde, além destas, o programa conta com oficinas que oferecem atividades físicas, culturais e terapêuticas.

Para muitos idosos, infelizmente, esse aumento da longevidade tem sido

acompanhado de um declínio do estado de saúde física e mental, presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, e limitações socioeconômicas e ambientais, que são fatores associados à limitação da capacidade funcional dos idosos. A capacidade funcional abrange a capacidade de o indivíduo manter competência, habilidades físicas e mentais para um viver independente e autônomo, ou seja, capacidade para a realização das atividades da vida diária (AVD).⁸ A redução da capacidade funcional pode influenciar diretamente na qualidade de vida (QV) do indivíduo.⁹

Diante disso, constata-se uma crescente valorização das questões envolvendo QV no conceito de saúde, então a *World Health Organization* (WHO), através de sua divisão de Saúde Mental, definiu a QV como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e desejos".¹⁰

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença. Dessa forma, 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.¹¹⁻¹³

A avaliação das condições de vida e saúde do idoso que participa de programas de

convivência permite a verificação dos inúmeros benefícios que podem ter sido promovidos pelas atividades oferecidas e ainda 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. Baseado neste contexto a presente pesquisa tem o objetivo de verificar a mobilidade funcional e a qualidade de vida em idosos em alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade da UniEVANGÉLICA, por serem itens essenciais que favorecem a independência física e longevidade do indivíduo.

MÉTODO

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética UniEVANGÉLICA via Plataforma Brasil sob o parecer número 1455-73/2015. A pesquisa teve caráter observacional e descritiva e foi desenvolvida de forma prospectiva. Foi realizada na Universidade Aberta da Terceira Idade (UniATI) localizada no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis - GO, 75083-515.

Foram incluídos, por conveniência, 50 participantes frequentadores da UniATI, de ambos os sexos, com idade igual e superior a 60 anos. Foram excluídos participantes que se recusaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e que apresentavam doenças cardíacas, pulmonares ou musculoesqueléticas graves que comprometiam a execução do teste para avaliar mobilidade funcional.

Após o convite de participação feito nas salas da UniATI e o consentimento assinado, foram coletados e registrado em ficha própria os

dados antropométricos, tais como idade, o peso e a altura. As medidas foram realizadas com o auxílio de uma balança digital e fita métrica, em seguida, os participantes responderam ao questionário WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida. O questionário trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL-100, composto por 26 questões, sendo duas abrangendo aspectos gerais da qualidade de vida e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente composto por 26 perguntas que avaliam domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, as respostas são de variação numérica de 1 a 5. O escore final reflete a percepção da qualidade de vida geral e nos domínios avaliados.

Posteriormente, após repouso inicial de 5 minutos, as variáveis hemodinâmicas e respiratórias foram coletadas e o teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2') foi executado. O participante foi orientado a realizar o máximo de elevações de joelho até a linha da espinha ilíaca ântero-posterior durante dois minutos. Foi contabilizado a elevação do membro direito conforme recomendações técnicas do teste. As variáveis foram coletadas antes e após o teste, durante as medidas os participantes foram posicionados sentados e então a pressão arterial (PA) foi coletada com o auxílio do esfigmomanômetro e estetoscópio (BD, Brasil), a saturação de oxigênio (SpO₂) e frequência cardíaca (FC) foram mensuradas com o auxílio do oxímetro (Geratherm, Alemanha) posicionado no dedo indicador.

Os dados foram tabulados no programa Office Excel 2010 e analisados pelo programa Statistical Program Social of Science (SPSS) 22. Foi realizada estatística descritiva e os dados

foram apresentados sob média, desvio padrão e percentis. Para análise da correlação entre as variáveis, foi analisada a distribuição de normalidade da amostra e utilizado o teste de Spearman, adotando um nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 50 idosos, segue abaixo as características antropométricas da amostra estuda (Tabela 1).

No TME2' verificou-se a média geral de elevações de $80,70 \pm 15,15$, no sexo feminino observou-se $72,31 \pm 18,17$ e no masculino $78,32 \pm 13,37$, não houve diferença estatística

entre os sexos ($p=0,19$). As médias de pressões identificadas durante o teste foram: para pressão arterial sistólica (PAS) inicial verificou-se média de $120,82 \pm 13,43$ mmHg, e na final $122,80 \pm 17,14$ mmHg; para pressão arterial diastólica (PAD) inicial encontrou-se média $71,00 \pm 9,09$ mmHg, e na final $74,20 \pm 9,91$ mmHg. A média de FC inicial foi de $77,04 \pm 15,42$ bpm, e final de $82,72 \pm 16,22$ bpm. A SpO₂ inicial observou-se média de $95,46 \pm 2,90\%$, e final $94,36 \pm 4,67\%$. Os dados estão representados na tabela 2, estratificados de acordo com o sexo e não houve diferença estatística para nenhuma das variáveis entre os sexos.

Tabela 1 – Características antropométricas da amostra estudada.

Variável	Total (n=50) média±dp	Masculino (n= 16) média±dp	Feminino (n=34) média±dp	p
Idade (anos)	$70,42 \pm 5,88$	$72,87 \pm 5,05$	$69,26 \pm 5,95$	0,036*
Estatura (cm)	$158,89 \pm 23,92$	$168,56 \pm 5,73$	$154,33 \pm 27,71$	0,002*
Peso (kg)	$65,2 \pm 10,23$	$72,31 \pm 11,74$	$61,85 \pm 7,53$	<0,001*
IMC (kg/m ²)	$24,92 \pm 3,55$	$25,70 \pm 4,03$	$24,55 \pm 2,98$	0,26

Onde: cm- centímetros; kg- quilogramas; kg/ m²- quilogramas por metro quadrado; IMC-índice de massa corporal. * $p < 0,05$

Tabela 2 – Variáveis analisadas durante o Teste de Marcha Estacionária de 2 minutos

Variáveis	Total (n=50)	Masculino (n= 16)	Feminino (n=34)	p
	média±dp	média±dp	média±dp	
PAS _i (mmHg)	120,82 ± 13,43	120,00 ± 15,49	115,59 ± 12,35	0,29
PAD _i (mmHg)	71,00 ± 9,09	71,25 ± 10,87	70,88 ± 8,30	0,97
FC _i (bpm)	77,04 ± 15,42	74,13 ± 13,60	78,41 ± 16,22	0,55
SatO _{2i} (%)	95,46 ± 2,90	95,94 ± 3,39	95,24 ± 2,66	0,15
PAS _f (mmHg)	122,80 ± 17,14	126,25 ± 22,17	121,18 ± 14,30	0,66
PAD _f (mmHg)	74,20 ± 9,91	72,50 ± 12,91	75,00 ± 8,25	0,56
FC _f (bpm)	82,72 ± 16,22	79,94 ± 20,11	84,03 ± 14,19	0,35
SatO _{2f} (%)	94,36 ± 4,67	93,38 ± 7,44	94,82 ± 2,56	0,66
Nº de elevações	80,70 ± 15,15	72,31 ± 18,17	78,32 ± 13,37	0,19

PAS- pressão arterial sistólica; PAD- pressão arterial diastólica; FC- frequência cardíaca; SatO₂- saturação de oxigênio; i- inicial; f- final.

Os resultados referentes à satisfação com a qualidade de vida demonstram que a maioria dos participantes 78% (39) relataram contentamento com a saúde. O valor mínimo do score geral obtido foi de 40,6 e o máximo

96,2. A média encontrada foi 71,71 ± 11,45 (Tabela 3).

Não houve correlação significativa entre os domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref e o teste de capacidade funcional TM2' (Tabela 4).

Tabela 3 – Resultados dos domínios da qualidade de vida do WHOQOL-BREF

Domínios	Total (n=50)	Masculino (n=16)	Feminino (n=34)	p
	média±DP	média±DP	média±DP	
Domínio físico	72,14±15,55	69,19 ± 16,94	73,52 ± 14,92	0,49
Domínio psicológico	75,25±14,68	74,47 ± 18,87	75,61 ± 12,56	0,7
Domínio social	74,33±11,88	74,47 ± 10,30	74,26 ± 12,70	0,72
Domínio ambiente	65,12 ± 14,98	60,15 ± 16,47	67,46 ± 13,87	0,13
Qualidade de Vida Global	71,71 ± 11,45	69,57 ± 14,05	72,71 ± 10,08	0,59

DP: Desvio Padrão; MED: Mediana; Min: Mínima; Max: Máxima.

Tabela 4 - Correlações entre WHOQOL-BREF e TM2'.

Domínios WHOQOL Bref	TM2'	
	R	p-value
Domínio físico	0,16	0,23
Domínio psicológico	0,23	0,10
Domínio social	0,14	0,34
Domínio ambiente	0,10	0,47
Qualidade de Vida Global	0,20	0,16

WHOQOL (World Health Organization Quality of life); TM2' (Teste de Marcha Estacionária); Teste de Spearman, adotando nível de significância de 5%.

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se, entre os alunos da UniATI participantes de atividades promovidas pelas oficinas, uma média de idade de 69,26±5,95 anos, com prevalência maior de mulheres 68%(34). Os participantes apresentaram mobilidade funcional adequada e boa qualidade de vida.

A prevalência de mulheres em programas voltados para a terceira idade também são destacadas em diversos estudos realizados por Previato et al¹⁴ e Taccon et al¹⁵. A

velhice é um “território feminino” devido à maior longevidade desse gênero, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento maior das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens¹⁶, comparando-se às atitudes das mulheres quanto aos cuidados com a própria saúde, é possível afirmar que as atitudes dos homens se justificam mais pelo caráter cultural, do que mesmo pelas questões de falta de tempo de ir ao médico¹⁷.

A média de IMC encontrada neste estudo apresentou-se dentro dos valores que são considerados normais, pois de acordo com Lipschitz¹⁸ esse ponto de corte, entre 22-25 kg/m² é considerado dentro da normalidade, e não houve diferença significativa entre homens e mulheres participantes deste estudo, assim como nos resultados encontrados por Souza et al¹⁹.

Nesta pesquisa observou-se que os números de elevações de ambos os sexos estão acima dos valores considerados como padrão normal de elevações²⁰, demonstrando que não há diferença significativa entre os sexos, características também observadas no estudo de Guedes et al¹³ sobre a validação do TME2¹ que apresentou resultados semelhante ao deste estudo. Porém no estudo realizado por Pedrosa e Holanda²¹ houve resultado divergente, talvez pelo fato de a amostra do referido estudo ser de idosas portadoras de hipertensão, enquanto que no presente estudo a amostra foi composta por idosos saudáveis.

A boa mobilidade funcional apresentada pela amostra deste estudo talvez se deva ao fato de serem indivíduos participantes de programas de atividades físicas oferecidos pela UniATI, reforçando a extrema importância desse tipo de programa para prevenir as consequências do envelhecimento sobre o corpo.

No que diz respeito à qualidade de vida geral dos idosos avaliados através do WHOQOL-Bref, observou-se que não houve resultados diferentes para homens e mulheres, assim como no estudo realizado por Machado et al²². Na análise dos domínios constatou-se que os escores mais elevados foram no domínio psicológico, seguido do social, físico e

ambiental, apresentando resultados semelhantes aos do estudo de Chaves e Gil²³, podendo notar que os domínios se relacionam de maneira positiva e harmônica.

Não houve correlação entre o TME2¹ e o questionário de qualidade de vida, porém observa-se que os dois instrumentos aplicados apresentaram bons resultados, demonstrando os prováveis benefícios dos programas de convivência de idosos para a saúde funcional e satisfação dos participantes. Os achados deste estudo sugerem que indivíduos que participam das oficinas e programas de atividades voltados para idosos possuem alto score de qualidade de vida, como verificado em outras pesquisas descritas por Gutierrez et al²⁴ e Serbim et al²⁵. O presente estudo apresentou altos scores no questionário WHOQOL-Bref, sendo que o domínio meio ambiente foi o que obteve menor pontuação, condizendo com a pesquisa de Tavares et al.²⁶.

No estudo desenvolvido por Tavares e Dias²⁷ verificou-se que idosos com maior número de incapacidades funcionais apresentaram menores escores de qualidade de vida nos domínios do WHOQOL-Bref, demonstrando correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida. O resultado diverge com o desta pesquisa, fato que pode ser explicado devido aos idosos deste estudo participarem de atividades que tem grande contribuição para a saúde física e mental, fazendo com que os idosos apresentem altos escores de qualidade de vida, assim como boa capacidade funcional.

A pesquisa realizada por Farenzena et al.²⁸ verificou que os scores mais baixos foram no domínio físico e psicológico do WHOQOL-Bref, concluindo que os idosos que apresentavam

sintomas depressivos possuíam menor qualidade de vida. Neste estudo foi encontrado resultado discordante, sendo que o domínio psicológico apresentou a pontuação mais alta dos domínios do questionário. Fato que talvez possa ser justificado pelo estímulo ao convívio social que consequentemente promove efeitos psicológicos positivos.

Os idosos participantes da pesquisa demonstraram boa desenvoltura no TME2' e resultados semelhantes aos de Júnior e Guerra²⁹ no diz respeito a este teste. A capacidade funcional é essencial para o bom desenvolvimento das atividades de vida diária, e é usada como parâmetro na elaboração de programas que visam à autonomia e independência funcional do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes da pesquisa apresentaram boa qualidade de vida perante o questionário WHOQOL-Bref e uma boa mobilidade funcional, pode-se sugerir que os participantes apresentam bons níveis das variáveis analisadas em virtude da participação ativa nas atividades oferecidas pelo programa de convivência de idosos, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. Não foi objetivo deste trabalho comparar o desempenho dos idosos, nos quesitos avaliados, com idosos que não participam de programas tais como a UniATI, objetivou-se apenas demonstrar as características referentes à QV e mobilidade funcional dos mesmos. Talvez para as próximas produções realizaremos estas possíveis comparações para evidenciar cientificamente os benefícios dos programas de atividades oferecidos pelas Universidades Abertas da Terceira Idade.

REFERÊNCIAS

1. Sousa ACPA. Desempenho físico em idosos com diferenciados perfis epidemiológicos: análise do estudo IMIAS International Mobility in Aging Study sob a perspectiva do curso da vida e de biomarcadores da inflamação e do estresse. 2015.
2. Cachioni M, Palma LS. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e idoso. In Freitas EL, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, S. M. Rocha. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, 2ª ed., P.1456-1465.
3. Ferrigno JC, Leite MLCB, Abigail A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista ao lazer ao direito do exercício da cidadania. In Freitas EL, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, S. M. Rocha. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 2ª ed., P.1436-1443.
4. Salgado MA. Velhice, uma nova questão social. In: Velhice, uma nova questão social. São Paulo: SESC-CETI; 1982.
5. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc. saúde colet. 2004; 9(2): 423-432.
6. Brasil. Lei no 8.842, 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências . Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
7. Brasil. Decreto-lei no 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.
8. Reis LA, Marinho MS, Lima PV. Comprometimento da capacidade funcional: significados para o idoso e sua família. InterScientia; 2014; 2 (1): p. 108-121.
9. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012; 15(4): 785-796.
10. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(3): 246-252.
11. Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macedo SF, Silva ARV. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37(2):e55291.

12. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006; 28(1): 27-38.
13. Guedes MBOG, Lopes JM, Andrade AS, Guedes TSR, Ribeiro JM, Cortez LCA. Validation of the two minute step test for diagnosis of the functional capacity of hypertensive elderly persons. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(4): 921-926.
14. Previato HDRA, Barros FSSB, Mello JBM, Silva FCS, Nimer M. Perfil clínico-nutricional e consumo alimentar de idosos do programa terceira idade, Ouro Preto-MG. *DEMETRA: Alimentação Nutrição & Saúde* 2015; 10(2), 375-387.
15. Tacon KCB, Pereira SA, Santos HCO, Castro EC, Amaral WN. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. *Rev. Bras. Clín. Med. São Paulo*, 2012; 10(3):189-93.
16. Mota MS, Ferreira CM, Janebro DI, Queiroz IR, Queiroz MS. Diagnóstico de uma população da terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2010; 15:255-264.
17. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2011; 13(3):152-166.
18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:55-67.
19. Souza R, Fraga JS, Gottschall CBA, Busnello FM, Rabito El. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev. bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16(1): 81-90.
20. Jones CJ, Rikli RE. Measuring functional. *The Journal on Active Aging.* 2002;1:24-30.
21. Pedrosa R, Holanda G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e tug em hipertensas idosas. *Rev Bras Fisioter* 2009; 13(3):252-6.
22. Machado, Z. et al. Qualidade de vida dos praticantes de dança de salão. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde.* 2012; 17(1):39-45.
23. Chaves LJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(12): 3641-3652.
24. Gutierrez BA, Auricchio AM, Medina NV. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):186-90.
25. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica (Porto Alegre)* 2011; volume 21, número 4, p. 166-172.
26. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc. & Saúde Colet.* 2016; 21(11): 3557-3564.
27. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2012; 21(1): 112-20.
28. Farenzena WP, Argimon IL, Moriguchi E, Portuguez MW. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós, São Paulo.* 2007; 10(2): 225-243.
29. Júnior JSV, Guerra RO. Confiabilidade de testes de aptidão funcional em mulheres de 60 a 80 anos. *Motricidade.* 2011; 7(2): 7-13