




Qualidade de vida de pessoas idosas participantes de grupos comunitários na Amazônia Ocidental Brasileira: um estudo transversal


Quality of life of older adults participating in community groups in the Brazilian Western Amazon: a cross-sectional study


Aristeia Nunes Sampaio^{1,2} 

Jader de Andrade Bezerra² 

Maria Aline do Nascimento Oliveira¹ 

Isabela Saura Sartoreto Mallagoli¹ 

Italo Everton Bezerra Barbosa¹ 

Angélica Gonçalves Silva Belasco¹ 

Resumo

Objetivo: comparar a qualidade de vida de pessoas idosas participantes e não participantes de grupos comunitários de uma região da Amazônia Ocidental Brasileira. **Método:** Estudo observacional, de corte transversal. Participaram 424 pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Para coleta dos dados, utilizou-se questionário sociodemográfico e instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os participantes foram estratificados conforme a participação em três diferentes grupos comunitários: Grupo 1: grupo de exercício físico; Grupo 2: grupo de exercício físico e educação em saúde; Grupo 3: Grupo de atividades religiosas e/ou associação comunitária; e não participantes. Utilizou-se os testes qui-quadrado e regressão multinomial para analisar a qualidade de vida entre os grupos. Nível de significância de 5%. **Resultados:** Amostra com faixa etária média de 69,86 anos; participantes de grupos comunitários (44,22%); e predominância do sexo feminino (66,75%). Observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) na qualidade de vida dos participantes de grupos comunitários quando comparados aos não participantes. Grupo 1: domínios Psicológico (OR=0,21); Meio Ambiente (OR=0,16; OR=0,21) e Participação Social (OR=0,35). Grupo 2: domínios Meio Ambiente (OR=0,29; OR=0,19); Autonomia (OR=0,12; OR=0,26); Atividades Passadas, Presentes e Futuras (OR=0,44); Participação Social (OR=0,27) e Escore Geral (OR=0,46). Grupo 3: domínios Meio Ambiente (OR=0,31); Autonomia (OR=0,56) e Participação Social (OR=0,10; OR=0,47). **Conclusão:** A participação em grupos comunitários foi associada a melhores escores de qualidade de vida, confirmando que o engajamento social permite ganhos importantes para a saúde e qualidade de vida, contribuindo para um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Idoso.
Qualidade de Vida.
Participação Social. Atenção Primária à Saúde.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e Desporto. Rio Branco, Acre, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Aristeia Nunes Sampaio
aristeia.sampaio@ufac.br

Recebido: 04/12/2023

Aprovado: 04/07/2024

Abstract

Objective: To compare the quality of life of older adult participants and non-participants of community groups in a region of the Brazilian Western Amazon. **Method:** An observational, cross-sectional study was conducted. A total of 424 older adult users of the Family Health Strategy were included. Data collection was performed using a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD scales for measuring quality of life by the World Health Organization. Participants were stratified according to participation in 3 different community groups: Group 1: physical exercise group; Group 2: physical exercise and health education group; Group 3: religious activities and/or community association group; and non-participants in community groups. The chi-square and multinomial regression tests were used to compare quality of life (QoL) among the groups. A 5% level of significance was adopted. **Results:** The sample had a mean age of 69.86 years, community group participation of 44.22%, and predominance of females (66.75%). There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) in QoL between community group participants and non-participants. Group 1: Psychological (OR=0.21); Environment (OR=0.16; OR=0.21) and Social Participation (OR= 0.35) domains. Group 2: Environment (OR=0.29; OR=0.19); Autonomy (OR=0.12; OR=0.26); Past, Present and Future Activities (OR=0.44); Social Participation (OR=0.27) and General Score (OR=0.46) domains. Group 3: Environment (OR=0.31); Autonomy (OR=0.56) and Social Participation (OR=0.10; OR=0.47) domains. **Conclusion:** Participation in community groups was associated with better QoL score, confirming that social engagement confers important benefits for health and QoL and contributes to healthy aging.

Key words: Aged. Quality of Life. Social Participation. Primary Care.

INTRODUÇÃO

Grupos comunitários para pessoas idosas promovem melhorias na qualidade de vida ao oferecer atividades físicas e intelectuais, melhorando a saúde física e mental. O contato social reduz a solidão e a depressão, aumentando o bem-estar e a autoestima. A expansão das redes sociais de apoio são estratégias benéficas para pessoas idosas e para os serviços de saúde¹. Esses grupos evitam o isolamento social, proporcionando senso de pertencimento e propósito na vida. Além disso, facilitam o acesso a informações e serviços relevantes. Para garantir um envelhecimento saudável, é fundamental adotar políticas inclusivas e empáticas para a população idosa².

O interesse em assuntos ligados aos fatores associados à longevidade e sobre o desenvolvimento do processo de envelhecimento vem aumentando, uma vez que a população idosa requer demandas específicas de saúde, devido ao aumento na gravidade e frequência de problemas, incluindo os de origem crônica, que podem afetar a qualidade de vida e autonomia, gerando demandas de remodelamento nas políticas públicas de saúde³.

O tema qualidade de vida traz várias abordagens e conceitos, no entanto, o conceito mais difundido é o proposto pela OMS⁴, definido como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

A observação de Munford et al.⁵ sobre a participação em grupos comunitários, destaca um aspecto crucial para a qualidade de vida. A participação social em tais grupos, não apenas proporciona um envelhecimento mais ativo, como também está associada à melhoria de qualidade de vida e à redução de custos de cuidados. Isso sugere que o engajamento em comunidades pode ser um componente valioso para promover uma vida saudável e satisfatória, especialmente para indivíduos mais velhos.

As atividades coletivas como grupos religiosos, associações, atividades físicas ou de lazer influenciam positivamente na avaliação do estado de saúde e permite ganhos importantes na qualidade de vida⁶ e envelhecimento ativo, oportunizando momentos de lazer, socialização, aprendizado e melhora da saúde física e mental¹.

A manutenção de uma boa saúde nos anos de vida adicionais permite a continuação da participação efetiva em suas famílias e comunidades, e são elementos imprescindíveis para o fortalecimento das sociedades⁷.

No entanto, uma saúde debilitada, isolamento social e dependência, geram modificações nos padrões de utilização dos sistemas de saúde, acarretando aumento de gastos públicos. Assim, as implementações que buscam substituir modelos curativos por modelos de assistência integral, permitem à pessoa idosa melhor aproveitamento dessa fase da vida⁸.

A exemplo disto, o Ministério da Saúde⁹ instituiu por meio da portaria nº 2.528/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI), devendo ser implementada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), com principal finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Políticas públicas que estimulam e ressaltam a importância da manutenção de boas condições de saúde são fatores cruciais para promover um envelhecimento saudável, sendo importante que os profissionais de saúde mantenham constante aperfeiçoamento relativos aos aspectos que a longevidade pode acarretar na população idosa¹⁰.

Estudos¹¹⁻¹³ com foco na qualidade de vida de pessoas idosas, que examinaram aspectos relacionados à intervenção de programas de exercícios físicos, concentram-se em regiões mais desenvolvidas do Brasil, como Sul e Sudeste, ou são estudos de países desenvolvidos, com características sociodemográficas distintas.

Analisar a participação em grupos comunitários e seus impactos na qualidade de vida é essencial, especialmente ao considerarmos pessoas idosas que residem em regiões menos desenvolvidas, como o Norte do país. Nessas áreas, a infraestrutura de equipes de Atenção Primária à Saúde é frequentemente inferior, e a distribuição de serviços de saúde é desigual em comparação com outras regiões¹⁴.

No Estado do Acre, 94% da população recorre aos serviços de saúde pública, cuja disponibilidade é concentrada principalmente na capital. Diversos desafios são observados, incluindo a diversidade socioeconômica e cultural dos municípios localizados em áreas remotas, barreiras geográficas que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde, divergências entre as prioridades municipais e as diretrizes estabelecidas nacionalmente, bem como questões relacionadas ao acesso da população ribeirinha, reservas indígenas e imigrantes das áreas de fronteira aos serviços de saúde locais¹⁵. O aumento da migração de pacientes do interior para centros urbanos em busca de assistência médica, pode ocasionar maior demanda dos serviços de saúde, gerando necessidade de alocação adicional de recursos, como aumento do número de profissionais médicos, aquisição de equipamentos e ampliação de instalações e, conseqüentemente, impactar nos tempos de espera para consultas, exames e tratamentos médicos, causando atrasos e insatisfação entre os pacientes usuários da saúde pública do Município de Rio Branco.

Compreender como a participação em grupos comunitários pode influenciar a qualidade de vida nesse contexto específico é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas e intervenções eficazes que atendam a essas comunidades. Assim, o objetivo deste estudo consistiu em comparar a qualidade de vida de pessoas idosas participantes e não participantes de grupos comunitários de uma região da Amazônia Ocidental Brasileira.

MÉTODOS

Estudo observacional, de corte transversal, com base no referencial STROBE da rede EQUATOR, realizado com pessoas idosas, cadastradas em quatro unidades básicas de saúde (UBS) localizadas no 1º distrito da cidade de Rio Branco, Acre. As UBS foram selecionadas a partir de sorteio simples, entre aquelas que atendiam aos critérios de trabalhar com grupos de pessoas idosas, e pertencer a regionais de saúde diferentes.

A amostra foi calculada utilizando o Tamanho Amostral para Proporção (População Finita).

Considerou-se o universo de 5.809 pessoas idosas cadastradas nas UBS que trabalhavam com grupos de pessoas idosas pertencentes ao 1º distrito da cidade de Rio Branco, Acre. O tamanho da amostra necessária para a população de 5.809 pessoas, com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, foi de 365 pessoas idosas. Calculou-se uma média de 15% a mais, considerando-se as possíveis perdas, totalizando o valor mínimo de 420 pessoas.

As entrevistas foram realizadas no período de 01 de junho a 30 de novembro de 2022, pela própria pesquisadora com auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS), com base em uma lista prévia de pessoas idosas cadastradas em cada UBS.

A amostra foi selecionada por conveniência, à medida que buscavam atendimento e por meio de visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Aqueles que aceitavam participar, agendavam dia e horário para aplicação dos questionários, na própria residência.

Foram consideradas elegíveis pessoas com idade a partir de 60 anos, cadastradas nas UBS selecionadas, que não possuíssem diagnóstico de doenças cognitivas; e não estivessem acamados no momento da entrevista. Os critérios de exclusão foram não ser encontrado após três tentativas do entrevistador ou não responder todos os formulários necessários para integralização da pesquisa.

Para a obtenção das informações foram aplicados instrumentos para avaliação dos dados sociodemográficos e de qualidade de vida através de entrevista domiciliar, de forma individual, com duração média de 50 minutos.

Os dados sociodemográficos foram obtidos a partir de questionário estruturado com informações sobre idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, número de doenças, uso de medicamentos, participação em grupos comunitários e autoavaliação do estado de saúde.

A estratificação dos grupos foi feita com base nas respostas sobre a participação ou não em grupos comunitários e tipos de atividades desenvolvidas. Desta forma, a amostra foi dividida nas seguintes categorias: i) Grupo comunitário de exercícios físicos (grupo1); ii) Grupo comunitário de exercício

físico e educação em saúde (grupo 2); iii) Grupo comunitário de atividades religiosas e/ou associações comunitárias (grupo 3); e iv) Grupo de Comparação: não participantes de atividades em grupo (grupo 0).

Para avaliação da Qualidade de Vida, utilizou-se dois instrumentos elaborados pela OMS, a versão abreviada do instrumento *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-BREF)¹⁶, e a versão específica para idosos (WHOQOL-OLD)¹⁷. Ambos traduzidos e validados para o português do Brasil, passíveis de serem usados com a população idosa brasileira.

O WHOQOL-BREF é composto por 26 itens, divididos em quatro domínios. São eles: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. O WHOQOL-OLD é específico para população idosa e deve ser aplicado em conjunto com o WHOQOL-BREF. Consiste em 24 itens divididos em seis facetas de quatro itens: Funcionamento Sensorio; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; e Intimidade. Os escores dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral.

Em ambos os questionários, a pontuação varia de 0 a 100 e quanto mais alta a pontuação, melhor a qualidade de vida. Os resultados foram apresentados em média, com valores categorizados^{18,19}. Para o cálculo, foi necessário somar os valores de cada domínio e dividir pela quantidade de perguntas, o que resultou em uma média de 1 a 5. Esses valores foram transformados em variáveis categóricas, sendo: necessita melhorar quando a pontuação for de (1 até 2,9); Regular (3 a 3,9); Boa/Muito boa (4 a 5).

Para analisar a associação dos domínios e facetas da qualidade de vida segundo os grupos, foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste da Razão de Verossimilhança. Posteriormente, para calcular a Razão de Chances (Odds Ratio), utilizou-se Regressão Multinomial, a fim de compreender a associação dos domínios e facetas entre os tipos de grupos. O nível de significância adotado foi de 5% (p -valor <0,005).

A pesquisa seguiu as normas éticas da legislação respeitando as Diretrizes Éticas da

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e encontra-se aprovado sob parecer n° 5.358.027. Todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados anonimizados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no figshare e pode ser acessado em <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.25746663>.

RESULTADOS

Ao final do período de coleta, 428 pessoas idosas foram convidadas. Destas, três recusaram-se a participar da pesquisa, e uma não concluiu todos os questionários, obtendo-se um total de 424 pessoas idosas que preencheram todos os critérios de participação.

A amostra caracterizou-se por maioria do sexo feminino, de cor parda, com idade média de 69,86 anos. Houve predominância de casados, com ensino fundamental incompleto, aposentados, com renda média de 1,63 salários-mínimos e que não participavam de grupos comunitários. Com relação ao estado de saúde, predominaram aqueles que se consideravam saudáveis, declararam média de 1,07 doenças e uso médio de 2,45 medicamentos por dia (Tabela 1).

Na análise da qualidade de vida WHOQOL-BREF, houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,005$) entre os grupos analisados. No domínio Psicológico ($p=0,0071$), a proporção de respostas boa/muito boa foi maior nos participantes dos grupos 1 (82%), 2 (55%) e 3 (54%) em comparação ao grupo 0 (47%). Domínio Meio ambiente ($p<0,001$), a proporção de respostas boa/muito boa foi maior nos participantes dos grupos 1 (33%), 2 (33%) e 3

(18%) em comparação ao grupo 0 (9%). Na análise entre grupos WHOQOL-OLD, houve diferença significativa ($p<0,005$), nas facetas Autonomia ($p<0,001$), onde a proporção de respostas boa/muito boa foi maior nos grupos 1 (39%); 2 (55%) e 3 (35%), quando comparados ao grupo 0 (22%) e Participação Social ($p<0,001$) onde a proporção de respostas boa/muito boa foi maior nos grupos 1 (55%); 2 (61%) e 3 (48%), quando comparados ao grupo 0 (29%). (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a razão de chances da qualidade de vida nos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD segundo os tipos de grupos.

Na análise de QV, os participantes do grupo 1 apresentaram chance reduzida de considerar a QV como “necessita melhorar” ou “regular” nos domínios Psicológico (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,21) e Meio Ambiente (Necessita melhorar x Boa/Muito boa; OR=0,16) e (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,21) e na faceta participação social (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,35) quando comparados aos participantes do grupo 0. Os participantes do grupo 2 apresentam razão de chance reduzida de considerar a QV como “necessita melhorar” ou “regular” no domínio Meio Ambiente (Necessita melhorar x Boa/Muito boa; OR=0,29) e (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,19); facetas Autonomia (Necessita melhorar x Boa/Muito boa; OR=0,12) e (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,26); Atividades passadas, Presentes e Futuras (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,44); Participação Social (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,27); e escore geral (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,46) quando comparados aos participantes do grupo 0. Os participantes do grupo 3 apresentaram razão de chance reduzida de considerar a QV como “necessita melhorar” ou “regular” no domínio Meio Ambiente (Necessita melhorar x Boa/Muito boa; OR=0,31) e nas facetas Autonomia (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,56) e Participação social (Necessita melhorar x Boa/Muito boa; OR=0,10) e (Regular x Boa/Muito boa; OR=0,47) quando comparados aos participantes do grupo 0.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas (n=424) cadastradas em UBS de Rio Branco, AC, Amazônia Ocidental Brasileira, 2022.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	283 (66,75)
Masculino	141 (33,25)
Cor	
Branca	60 (14,15)
Preta	34 (8,02)
Amarela	4 (0,94)
Parda	326 (76,89)
Estado civil	
Solteiro	86 (20,33)
Casado	159 (37,59)
Separado	66 (15,60)
Viúvo	112 (26,48)
Não responderam	1 (0,24)
Escolaridade	
Sem escolaridade	88 (20,80)
Fundamental incompleto	195 (46,10)
Fundamental completo	44 (10,40)
Ensino médio completo	23 (5,44)
Ensino médio incompleto	53 (12,53)
Superior completo	19 (4,49)
Superior incompleto	1 (0,24)
Não responderam	1 (0,24)
Ocupação	
Aposentado	314 (74,06)
Empregado	25 (5,90)
Dona de casa	57 (13,44)
Autônomo	21 (4,95)
Outro	07 (1,65)
De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável?	
Sim	327 (77,49)
Não	95 (22,51)
Não responderam	02 (0,47)
Participação em grupos comunitários	
Sim	179 (42,22)
Não	245 (57,78)
Doenças	
Sim	304 (71,70)
Não	120 (28,30)
	M(IDP)
Quantidade de doenças	1,07 (± 0,85)
Medicamentos por dia	2,45 (± 1,97)
Idade	69,86 (± 6,96)
Renda (salário-mínimo)	1,63 (± 1,16)

Elaborada pelos autores, 2023, a partir do banco de dados. Outro=Desempregado; (n=5); Pastor (n=2).

Tabela 2. Análise de associação entre domínios e facetas de qualidade de vida WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e tipos de grupos (n=424). Rio Branco, AC, 2022.

WHOQOL-BREF	GRUPO				<i>p</i> -valor
	0	1	2	3	
Domínio físico					
Necessita melhorar	30 (12,1%)	1 (3%)	6 (12,2%)	14 (14,7%)	0,5292*
Regular	134 (54,3%)	17 (51,5%)	26 (53,1%)	44 (46,3%)	
Boa/Muito boa	83 (33,6%)	15 (45,5%)	17 (34,7%)	37 (38,9%)	
Total de participantes	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Domínio psicológico					
Necessita melhorar	10 (4%)	0 (0%)	2 (4,1%)	5 (5,3%)	0,0071**
Regular	122 (49,4%)	6 (18,2%)	20 (40,8%)	39 (41,1%)	
Boa/Muito boa	115 (46,6%)	27 (81,8%)	27 (55,1%)	51 (53,7%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Relações sociais					
Necessita melhorar	11 (4,5%)	2 (6,1%)	1 (2%)	5 (5,3%)	0,3220**
Regular	80 (32,4%)	5 (15,2%)	14 (28,6%)	34 (35,8%)	
Boa/Muito boa	156 (63,2%)	26 (78,8%)	34 (69,4%)	56 (58,9%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Meio ambiente					
Necessita melhorar	39 (15,8%)	3 (9,1%)	8 (16,3%)	9 (9,5%)	0,0001*
Regular	185 (74,9%)	19 (57,6%)	25 (51%)	69 (72,6%)	
Boa/Muito boa	23 (9,3%)	11 (33,3%)	16 (32,7%)	17 (17,9%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
WHOQOL-OLD					
	GRUPO				<i>p</i> -valor
	0	1	2	3	
Funcionamento dos sentidos					
Necessita melhorar	34 (13,8%)	3 (9,1%)	11 (22,4%)	14 (14,7%)	0,4552*
Regular	63 (25,5%)	6 (18,2%)	11 (22,4%)	28 (29,5%)	
Boa/Muito boa	150 (60,7%)	24 (72,7%)	27 (55,1%)	53 (55,8%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Autonomia					
Necessita melhorar	35 (14,2%)	0 (0%)	2 (4,1%)	9 (9,5%)	0,0001*
Regular	157 (63,6%)	20 (60,6%)	20 (40,8%)	53 (55,8%)	
Boa/Muito boa	55 (22,3%)	13 (39,4%)	27 (55,1%)	33 (34,7%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Atividades passadas, presentes e futuras					
Necessita melhorar	19 (7,7%)	1 (3%)	3 (6,1%)	3 (3,2%)	0,1331*
Regular	125 (50,6%)	16 (48,5%)	16 (32,7%)	43 (45,3%)	
Boa/Muito boa	103 (41,7%)	16 (48,5%)	30 (61,2%)	49 (51,6%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	

continua

Continuação da Tabela 2

WHOQOL-OLD	GRUPO				<i>p</i> -valor
	0	1	2	3	
Participação social					
Necessita melhorar	16 (6,5%)	1 (3%)	1 (2%)	1 (1,1%)	0,0000**
Regular	159 (64,4%)	14 (42,4%)	18 (36,7%)	48 (50,5%)	
Boa/Muito boa	72 (29,1%)	18 (54,5%)	30 (61,2%)	46 (48,4%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Morte e morrer					
Necessita melhorar	46 (18,6%)	10 (30,3%)	7 (14,3%)	21 (22,1%)	0,5317*
Regular	54 (21,9%)	5 (15,2%)	8 (16,3%)	19 (20%)	
Boa/Muito boa	147 (59,5%)	18 (54,5%)	34 (69,4%)	55 (57,9%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Intimidade					
Necessita melhorar	29 (11,7%)	2 (6,1%)	4 (8,2%)	8 (8,4%)	0,5882*
Regular	52 (21,1%)	9 (27,3%)	8 (16,3%)	26 (27,4%)	
Boa/Muito boa	166 (67,2%)	22 (66,7%)	37 (75,5%)	61 (64,2%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	
Escore geral					
Necessita melhorar	15 (6,1%)	1 (3%)	1 (2%)	2 (2,1%)	0,0834**
Regular	155 (62,8%)	18 (54,5%)	23 (46,9%)	54 (56,8%)	
Boa/Muito boa	77 (31,2%)	14 (42,4%)	25 (51%)	39 (41,1%)	
Participantes total	247 (100%)	33 (100%)	49 (100%)	95 (100%)	

Elaborada pelos autores, 2023, a partir do banco de dados. *p**= Teste Qui-quadrado; *p***= Teste da Razão de Verossimilhança; grupo 0= não participantes de atividades em grupo; grupo 1= Grupo comunitário de exercício físico; grupo 2= Grupo comunitário de exercício físico e educação em saúde; grupo 3= Grupo comunitário de atividades religiosas e/ou associações comunitárias.

Tabela 3. Odds Ratio (OR) - WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo os tipos de grupos (n=424). Rio Branco, AC, 2022.

WHOQOL-BREF	OR	IC de 95%	<i>p</i> -valor
Domínio físico (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,18	[0,02; 1,46]	0,1089
Grupo 2	0,98	[0,35; 2,71]	0,9635
Grupo 3	1,05	[0,50; 2,20]	0,9039
Domínio físico (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,70	[0,33; 1,48]	0,3528
Grupo 2	0,95	[0,48; 1,85]	0,8742
Grupo 3	0,74	[0,44; 1,23]	0,2454
Domínio psicológico (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,04	[0,0; 21,63]	0,8547
Grupo 2	0,85	[0,18; 4,11]	0,8418
Grupo 3	1,13	[0,37; 3,47]	0,8342

continua

Continuação da Tabela 3

WHOQOL-BREF	OR	IC de 95%	<i>p</i> -valor
Domínio psicológico (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,21	[0,08; 0,53]	0,0009
Grupo 2	0,70	[0,37; 1,31]	0,2652
Grupo 3	0,72	[0,44; 1,17]	0,1891
Relações sociais (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	1,09	[0,23; 5,21]	0,9131
Grupo 2	0,42	[0,05; 3,34]	0,4101
Grupo 3	1,27	[0,42; 3,81]	0,6742
Relações sociais (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,38	[0,14; 1,01]	0,0532
Grupo 2	0,80	[0,41; 1,58]	0,5259
Grupo 3	1,18	[0,72; 1,96]	0,5116
Meio ambiente (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,16	[0,04; 0,64]	0,0093
Grupo 2	0,29	[0,11; 0,80]	0,0159
Grupo 3	0,31	[0,12; 0,81]	0,0173
Meio ambiente (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,21	[0,09; 0,51]	0,0005
Grupo 2	0,19	[0,09; 0,42]	0,0000
Grupo 3	0,50	[0,25; 1,0]	0,0504
WHOQOL-OLD	OR	IC de 95%	<i>p</i> -valor
Funcionamento dos sentidos (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,55	[0,16; 1,94]	0,3533
Grupo 2	1,80	[0,81; 3,98]	0,1477
Grupo 3	1,17	[0,58; 2,34]	0,6668
Funcionamento dos sentidos (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,60	[0,23; 1,53]	0,2803
Grupo 2	0,97	[0,45; 2,07]	0,9375
Grupo 3	1,26	[0,73; 2,17]	0,4088
Autonomia (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-	-	-
Grupo 1	0,01	[0,0; 6,12]	0,9937
Grupo 2	0,12	[0,03; 0,52]	0,0049
Grupo 3	0,43	[0,18; 1,0]	0,0508

continua

Continuação da Tabela 3

WHOQOL-OLD	OR	IC de 95%	p-valor
Autonomia (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,54	[0,25; 1,16]	0,1122
Grupo 2	0,26	[0,13; 0,50]	0,0001
Grupo 3	0,56	[0,33; 0,96]	0,0342
Atividades passadas, presentes e futuras (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,34	[0,04; 2,71]	0,3075
Grupo 2	0,54	[0,15; 1,96]	0,3499
Grupo 3	0,33	[0,09; 1,18]	0,0873
Atividades passadas, presentes e futuras (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,82	[0,39; 1,73]	0,6083
Grupo 2	0,44	[0,23; 0,85]	0,0147
Grupo 3	0,72	[0,44; 1,18]	0,1906
Participação social (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,25	[0,03; 2,01]	0,1926
Grupo 2	0,15	[0,02; 1,18]	0,0717
Grupo 3	0,10	[0,01; 0,76]	0,0265
Participação social (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,35	[0,17; 0,75]	0,0065
Grupo 2	0,27	[0,14; 0,52]	0,0001
Grupo 3	0,47	[0,29; 0,77]	0,0028
Morte e morrer (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	1,78	[0,77; 4,12]	0,1810
Grupo 2	0,66	[0,27; 1,58]	0,3502
Grupo 3	1,22	[0,67; 2,23]	0,5171
Morte e morrer (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,76	[0,27; 2,14]	0,5979
Grupo 2	0,64	[0,28; 1,47]	0,2934
Grupo 3	0,94	[0,51; 1,73]	0,8429
Intimidade (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,52	[0,12; 2,33]	0,3935
Grupo 2	0,62	[0,21; 1,87]	0,3944
Grupo 3	0,75	[0,33; 1,73]	0,5014

continua

Continuação da Tabela 3

Intimidade (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	1,31	[0,57; 3,01]	0,5313
Grupo 2	0,69	[0,30; 1,58]	0,3786
Grupo 3	1,36	[0,78; 2,37]	0,2766
Escore geral (Necessita melhorar X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,37	[0,04; 3,0]	0,3497
Grupo 2	0,21	[0,03; 1,63]	0,1346
Grupo 3	0,26	[0,06; 1,21]	0,0863
Escore geral (Regular X Boa/Muito boa)			
Grupo 0	-		-
Grupo 1	0,64	[0,3; 1,35]	0,2414
Grupo 2	0,46	[0,24; 0,86]	0,0147
Grupo 3	0,69	[0,42; 1,13]	0,1379

Elaborada pelos autores, 2023, a partir do banco de dados; OR: Odds Ratio (Razão de Chance). *p**= Regressão Multinomial; Grupo 0 = não participantes de atividades em grupo; Grupo 1= Grupo comunitário de exercício físico; Grupo 2= Grupo comunitário de exercício físico e educação em saúde; Grupo 3= Grupo comunitário de atividades religiosas e/ou associações comunitárias.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a análise de qualidade de vida dos participantes de grupos comunitários (grupos 1, 2 e 3) apresentou maior proporção de respostas “Boa/ Muito boa” quando comparados aos não participantes (grupo 0), nos domínios Psicológico; Meio Ambiente; Autonomia e Participação Social. Dentre os tipos de atividades desenvolvidas nos grupos, aquelas observadas no grupo 2, que incluíam a combinação da prática de exercício físico e ações de educação em saúde promovidas pelas UBS, obtiveram os melhores resultados na análise de qualidade de vida levando em consideração os demais grupos.

Na caracterização sociodemográfica das pessoas idosas que compuseram a amostra, predominaram indivíduos do sexo feminino, que se autodeclararam pardos e eram casados. Essas características foram semelhantes às observadas nos estudos de Bezerra^{20,21}, realizados com populações idosas, no Estado do Acre. Outro fator que pode ter influenciado no maior número de mulheres, é o fato de que o público masculino busca menos os serviços básicos de saúde como método preventivo²², tendo em vista que a amostra analisada foi proveniente de pessoas idosas que buscavam os serviços de

saúde. Ademais, a prevalência do sexo feminino na população idosa é um dado frequente, encontrado em diversas regiões do mundo²³.

Na amostra, a maioria está aposentada, e vive com renda mensal inferior a dois salários-mínimos. Apresentam baixa escolaridade, com maior proporção para aqueles que declararam possuir ensino fundamental incompleto, seguidos por aqueles sem escolaridade. Dados semelhantes também foram encontrados em estudo realizado no Brasil, onde verificou-se que pessoas idosas, com maiores recursos educacionais e financeiros, têm mais acesso a atividades que são associadas à saúde e ao bem-estar²⁴. Além do que, níveis educacionais mais baixos, podem ser um entrave para as condições de saúde, pois inviabilizam a busca de conhecimento e informações para a prevenção de doenças e promoção de um estilo de vida saudável²⁵.

Maior nível de renda e maior escolaridade são fatores reconhecidamente facilitadores da participação social de pessoas idosas, o que reforça a importância de contemplar programas de promoção de saúde, de apoio financeiro e desenvolvimento de infraestrutura de transporte²⁶.

Os dados deste estudo evidenciaram que mais da metade das pessoas idosas, cadastradas e acompanhadas nas UBS, não participava de grupos comunitários vinculados às UBS, nem de outros grupos disponíveis na comunidade. Esses achados coincidem com os resultados encontrados em um estudo de base populacional realizado na região Sudeste do Brasil, constatando que a população que depende dos cuidados públicos de saúde apresentou menor índice de participação em atividades benéficas à saúde²⁴.

A participação social tem grande potencial para melhorar a saúde geral das pessoas idosas, portanto, visar serviços que as integrem à sua comunidade é de grande relevância²⁷. Encontrar estratégias para elevar os níveis de participação social ao longo da vida, e em especial na transição para velhice, apresenta efeito protetor diante do surgimento de incapacidade física e mental e tem papel facilitador no ajustamento do indivíduo, e às perdas inerentes ao processo de envelhecimento²⁸.

Entre os participantes do estudo, mesmo havendo predominância daqueles que relataram possuir algum tipo de doença, estes, quando indagados sobre seu estado de saúde, afirmaram sentir-se saudáveis. Fica evidente que o fato de ter uma doença e fazer uso de medicamentos, não necessariamente afeta a percepção do estado de saúde. Estudos recentes^{29,30}, que avaliaram estratégias de participação social de pessoas idosas, observaram impacto positivo e significativo na saúde mental e percepção do estado de saúde dos avaliados, sugerindo que tais estratégias podem ser utilizadas como meio de promoção de saúde.

A análise de qualidade de vida entre grupos revelou que houve diferença significativamente estatística nos grupos comunitários (grupos 1, 2 e 3) comparados aos não participantes (grupo 0), nos domínios Psicológico, Meio Ambiente, e nas facetas Autonomia e Participação Social. Muito possivelmente, a participação nesses grupos, tenha uma influência positiva nos aspectos de bem-estar emocional, sentimentos positivos e satisfação com a vida e com o ambiente físico e social do qual o sujeito faz parte. Ampliar a oferta dessas atividades

e estimular uma maior participação em atividades sociais é uma forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas idosas³⁰.

Blancafort et al.³¹ corroboram com os dados encontrados, ao afirmarem que intervenções grupais com forte componente social, realizadas em cuidados de saúde primários, podem ser uma solução promissora na melhoria de estratégias de saúde oferecidas às pessoas idosas.

De maneira geral, o engajamento em grupos comunitários é um fator que contribui para a melhoria da qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Munford et al.³², confirmando que a adesão em grupos comunitários melhora a qualidade de vida, enquanto as pessoas idosas não aderentes obtêm os piores escores.

Na análise de regressão múltipla, o Grupo comunitário de exercício físico e atividades de educação em saúde (Grupo 2) esteve associado a maior parte dos domínios e facetas analisados. As ações realizadas nesse grupo, envolviam a junção da prática de exercício físico e atividades de educação em saúde, como palestras, oficinas de cuidados com a saúde, rodas de conversa e socialização de experiências. Os grupos comunitários têm potencial para oferecer aos seus participantes uma grande capacidade de promover saúde, prevenir doenças e oferecer cuidado integral³³. Ainda, a participação regular em atividades sociais demonstrou uma associação significativa com uma maior sobrevivência global entre pessoas idosas³⁴, além do que, muitos desses grupos incentivam a prática de exercício físico, que é um fator essencial no prolongamento da fase de transição da robustez para a fragilidade³⁵.

Melhorar a participação social das pessoas idosas é um fator-chave para aspectos essenciais do envelhecimento que englobam a saúde física e mental. Um estudo¹² recente demonstrou uma relação significativa entre atividade física, ansiedade, estresse e qualidade de vida. A inclusão da atividade física em grupos destinados às pessoas idosas, pode ser uma alternativa para a melhoria de outras variáveis que afetam a saúde, como a ansiedade e o estresse.

Os resultados aqui expostos devem ser interpretados com cautela, visto que não podemos generalizar nossas conclusões para outras realidades, pois nossa amostra consiste apenas de idosos urbanos. Outro aspecto a ser considerado é que não investigamos se fatores como tempo de participação e frequência nos grupos poderia também influenciar nos escores de qualidade de vida. É possível ainda que tenhamos superestimado a qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que foram excluídos da amostra pessoas com limitações mais severas como comprometimento cognitivo ou acamados.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que a participação em grupos comunitários está associada à melhores escores de qualidade de vida. Em particular, o Grupo de exercício físico e educação em saúde, que enfatizava atividades como a prática de exercício físico orientado e ações de educação em saúde, obteve melhores escores de qualidade de vida nos domínios e facetas analisados.

De maneira geral, a participação em grupos comunitários é um fator importante no fortalecimento de laços, senso de pertencimento e bem-estar individual e coletivo, colaborando para uma melhor qualidade de vida e naturalmente, para um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. Previato GF, Nogueira IS, Luís Mincoff RC, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Conviviality groups for elderly people in primary health care: contributions to active aging. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2019 Jan 1;11(1):173–80. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180>
2. Silva Santos PR, Soares Pereira AE, Costa e Silva SP, Oliveira FMRL de. Benefícios da inserção da pessoa Idosa em Grupos de Convivência: Revisão Integrativa. *ID line Rev Psicol* [Internet]. 2023 fev. 28;17(65):213–24. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3678>. <https://doi.org/10.14295/idonline.v17i65.3678>
3. Torres KRB de O, Campos MR, Luiza VL, Caldas CP. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Phys Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(1):1–22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300113>
4. WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov 1;41(10):1403–9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K5)

Esses achados reforçam a importância da implementação de políticas públicas com foco em programas comunitários voltados à pessoa idosa, fomentando a participação e envolvimento em atividades que otimizem as conexões sociais, tão importantes para a melhoria e manutenção da qualidade de vida, especialmente para a população que depende exclusivamente do sistema público de saúde.

AUTORIA

Aristeia N. Sampaio – Responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra e aprovação da versão a ser publicada.

- Jader A. Bezerra – Análise e interpretação dos dados.
- Maria A. do N. Oliveira – Revisão crítica do manuscrito.
- Isabela S. S. Mallagoli – Revisão crítica do manuscrito.
- Italo E. B. Barbosa – Análise e interpretação dos dados.
- Angélica G. S. Belasco – Revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Editado por Lílian Dias Bernardo e Isac Davidson S. F. Pimenta

5. Munford LA, Wilding A, Bower P, Sutton M. Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Feb 6;10(2):e033186. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033186>
6. Oliveira BLCA de, Lima SF, Costa ASV, Silva AM da, Alves MTSS de B e A. Social participation and self-assessment of health status among older people in Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 Feb;26(2):581–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.2034201929>.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. Organ Pan-Americana da Saúde. 2020;1–29. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
8. Belasco AGS, Okuno MFP. Reality and challenges of ageing. *Rev Bras Enferm*. 2019;14(128):1–2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>
9. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
10. Souza Madeira E, Ramos Machado da Silva J, Alfradique de Souza P, Cristina Macedo E, Magno Carvalho da Silva C, Yuji Koike Felix R. Quality of life in elderly attend of a social center / Qualidade de vida em idosos integrantes de um centro de convivência. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2022 out. 4;14:1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11865>
11. de Oliveira L da SSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2019 Mar;41(1):36–42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
12. Figueira HA, Figueira OA, Figueira AA, Figueira JA, Polo-Ledesma RE, Lyra da Silva CR, et al. Impact of Physical Activity on Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life of the Older People in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Jan 8;20(2):1127. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20021127>
13. Fiorilli G, Buonsenso A, Centorbi M, Calcagno G, Iuliano E, Angiolillo A, et al. Long Term Physical Activity Improves Quality of Life Perception, Healthy Nutrition, and Daily Life Management in Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients* [Internet]. 2022 Jun 17;14(12):2527. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14122527>
14. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, Souza ACC de, Merchan-Hamann E, Silva MRF da. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. *Cien Saude Colet* [Internet]. Jan 2022;27(1):377–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>
15. Teston LM, Mendes Á, Carnut L, Louvison MCP. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde em Debate* [Internet]. Abr. 2019;43(121):314–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102>
16. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Rev Saude Publica* [Internet]. Abr. 2000 [acesso em: 7 set. 2021];34(2):178–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
17. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006 Oct [acesso em: 7 set. 2021];40(5):785–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007> Dez. 2021 10;9(3):43–52. Disponível em: <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v9i3.1480>
18. Marian Otto Barrientos A, Alves e Silva K, Ferreira dos Santos C, Priscila Batista Farias E, Ricardo Nepomuceno Pereira S, Cipriano Santos M, et al. QUALIDADE DE VIDA UTILIZANDO WHOQOL-BREF EM DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM CACHOEIRA-BA. *Rev Bras Saúde Func* [Internet]. Dez. 2021 10;9(3):43–52. Disponível em: <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v9i3.1480>
19. Hoffmann-Horochovski MT, Castilho-Weinert LV. O WHOQOL-Bref para avaliar qualidade de vida como instrumento de apoio à Gestão Pública. *NAU Soc* [Internet]. Abr. 2018; 30;9(16):59–68. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31412>
20. Bezerra PC de L, Rocha BL da, Monteiro GTR. Fatores associados à fragilidade em pessoas idosas usuárias de serviços de Atenção Primária à Saúde de uma capital da Amazônia Brasileira. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2023;26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230018.pt>

21. Bezerra PC de L, dos Santos EMA. Perfil sociodemográfico e situação de saúde de idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde em uma capital da Amazônia Ocidental*. *Rev Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2020;23(1):451–69. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p451-469>
22. Miranda JF, Araújo MP de, Oliveira KGZ. O homem na busca dos serviços de atenção primária em saúde na cidade de Imperatriz-MA. *Res Soc Dev* [Internet]. Jan. 2022; 15;11(1):e56011124946. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24946>
23. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). *The World's Women 2010* [Internet]. 2010 p. 153. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/worldswomen/WW_full_report_BW.pdf
24. Sousa NF da S, Lima MG, Barros MB de A. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* [Internet]. Out. 2021;26(suppl 3):5069–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>
25. Ha NT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 Dec 30;14(1):50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0177-8>
26. Jalali MT, Sarikhani Y, Askarian F, Marzaleh MA, Najibi SM, Delavari S. Factors facilitating and inhibiting the social participation of the elderly in health-oriented activities in Shiraz, Southern Iran. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 Mar 27;23(1):175. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03892-4>
27. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health. *Aust Heal Rev*. 2017;41(4):455–62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1071/AH1603822>
28. Silva SR, Marques FDC, Lavado N, Parente LFD, Rafael ACM, Gonçalves DP, et al. Qualidade de Vida e Participação em Iniciativas de Base Comunitária: Um estudo num município da zona centro de Portugal. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. Set. 2019 30;22(3):43–66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p43-66>
29. Ma X, Piao X, Oshio T. Impact of social participation on health among middle-aged and elderly adults: evidence from longitudinal survey data in China. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 15;20(1):502. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08650-4>
30. Palmes MS, Trajera SM, Ching GS. Relationship of Coping Strategies and Quality of Life: Parallel and Serial Mediating Role of Resilience and Social Participation among Older Adults in Western Philippines. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Sep 23;18(19):10006. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910006>
31. Blancafort Alias S, Monteserín Nadal R, Moral I, Roqué Figols M, Rojano i Luque X, Coll-Planas L. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 7;21(1):84. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10094-9>
32. Munford LA, Panagiotti M, Bower P, Skevington SM. Community asset participation and social medicine increases qualities of life. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020 Aug;259(March):113149. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113149>
33. Silva DS da, Mota JL, Silva EV da, Almeida PS, Caixeta GG, Lima LF de, et al. Senescência: percepções sobre este processo e a sua singularidade na vida de idosos que participam de um grupo de convivência. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 28 mar. 2022;15(3):e9975. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9975.2022>
34. Wang Z, Zheng Y, Ruan H, Li L, Duan L, He S. Association between social activity frequency and overall survival in older people: results from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2023 May;77(5):277–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219791>
35. Hayashi C, Toyoda H, Ogata S, Okano T, Mashino S. Long-term participation in community-based group resistance exercises delays the transition from robustness to frailty in older adults: a retrospective cohort study. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2021 Dec 20;26(1):105. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12199-021-01028-x>