



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E**  
**GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**DEUCIÂNGELA ÂNGELO CARVALHO**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS**  
**ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**FORTALEZA**

**2020**

DEUCIÂNGELA ÂNGELO CARVALHO

FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS  
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à Coordenação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestra em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Políticas Públicas da Educação Superior.

Orientador: Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C322f Carvalho, Deuciângela Ângelo.  
Fatores que influenciam na qualidade de vida dos idosos atendidos em um hospital universitário /  
Deuciângela Ângelo Carvalho. – 2020.  
91 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,  
Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre.
1. Velhice. 2. Modificação demográfica. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDD 378

---

DEUCIÂNGELA ÂNGELO CARVALHO

FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS  
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à Coordenação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestra em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Políticas Públicas da Educação Superior.

Aprovada em: 28/02/2020

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Adriana de Oliveira Alcântara  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da fé, por sua imensurável graça, sem Ele nada do que conquisei seria possível, a Ele toda honra, toda glória, louvor e minha profunda gratidão.

Ao Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre, pela excelente orientação, paciência e tranquilidade na condução do trabalho.

Às professoras participantes da banca examinadora Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues e Profa. Dra. Adriana de Oliveira Alcântara, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Ao Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior – POLEDUC da UFC pela oportunidade.

Aos professores do POLEDUC pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Prof. Dr. Jarbas de Sá Roriz Filho, pela oportunidade em participar de uma pesquisa com imensurável importância para as questões sociais e científicas da velhice.

Ao Centro de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio, na pessoa do Prof. Dr. João Macêdo Coelho Filho, ao qual registro minha gratidão pelos conhecimentos compartilhados ao longo dos quinze anos de convivência no Ambulatório.

À Profa. Dra. Renata Mendes Luna, minha gratidão pelas preciosas sugestões.

Ao meu esposo, Haroldo Marques, grande incentivador e minhas filhas Denise Rísia e Débora Maria, razão de minha vida.

Aos meus familiares, pais e irmãos, por sempre ficarem do meu lado em apoio e oração.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e apoio.

Aos colegas da turma de mestrado, pelo convívio, amizade e troca de saberes.

“Deus concedeu um dom A CADA UM, e vocês devem USÁ-LO para servir uns aos Outros, fazendo bom uso da múltipla e variada graça divina”.

(I Pedro 4:1)

“ O importante não é por quanto tempo viverás, mas que qualidade de vida terás.”

(Sêneca)

## RESUMO

Diante da realidade incontestável das transformações demográficas que ocasionam crescimento acelerado da população idosa no mundo diversos estudos têm sido desenvolvidos de forma a contribuir para o conhecimento da qualidade de vida do idoso. Sendo assim, ratifica-se que a temática sobre envelhecimento figura na sociedade brasileira como relevante desafio para as políticas públicas e os setores sociais. Objetivamos, portanto nessa linha de pesquisa, analisar os fatores que influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. A análise se deteve à caracterização do perfil de Qualidade de Vida dos Idosos em suas quatro premissas básicas (física, psicológica, relações pessoais e meio ambiente), percebidas pelo próprio idoso, com posterior comparação nas seguintes variáveis sócio-demográficas: gênero, estado civil e trabalho. O estudo caracteriza-se por ser de levantamento com abordagem quantitativa. Trata-se de uma pesquisa descritiva, em que a coleta de dados realizada se deu através do instrumento de avaliação de qualidade de vida – *World Healthy Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref) – da Organização Mundial da Saúde, associado ao questionário de variáveis sociodemográficas. A definição da amostra obedeceu padrão definido pelo estudo multicêntrico internacional, realizado em 12 países da América Latina, incluindo o Brasil, onde o Ceará, de modo específico, colabora. Os participantes alocados são idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos no ambulatório de Geriatria do HUWC-UFC. A análise dos dados envolveu a aplicação de métodos estatísticos clássicos, como análise exploratória de dados e inferência estatística, e em particular, os testes de hipóteses de Mann-Whitney. Quanto à análise do gênero, foi evidenciada a insatisfação comum de ambos os sexos em relação a qualidade de vida e saúde, apresentando no sexo masculino uma melhor média. No que se refere ao estado civil, refletiu em todos os domínios a satisfação regular, com relação aos idosos que trabalham e aos idosos que não trabalham, a média dos domínios dos idosos que trabalham retratarem um ganho adicional na qualidade de vida com pequena prevalência no sexo masculino. Diante dos resultados dessa pesquisa, sugere-se ampliar progressivamente o foco de atenção aos idosos e produzir estratégias de planejamento, com desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas e projetos de promoção à saúde do idoso, assegurando-lhes melhores condições de vida e saúde, de forma a proporcionar um envelhecimento saudável e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Velhice. Modificação demográfica. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

In view of the indisputable reality of demographic changes that cause an accelerated growth of the elderly population in the world several studies have been developed in order to contribute to the knowledge of the quality of life. life of the elderly. Thus, it is confirmed that the theme of aging appears in Brazilian society as a relevant challenge for public policies and social sectors. Therefore, in this line of research, we aim to analyze the factors that influence the Quality of Life of the Elderly treated at the Geriatrics Outpatient Clinic of the Walter Cantídio University Hospital of the Federal University of Ceará. The analysis focused on the characterization of the Elderly's Quality of Life profile in its four basic premises (physical, psychological, personal relationships and the environment), perceived by the elderly person, with subsequent comparison in the following socio-demographic variables: gender, marital status and work . The study is characterized by being a survey with a quantitative approach. This is a descriptive research, in which the data collection was carried out through the quality of life assessment instrument - World Healthy Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) - from the World Health Organization, associated with the questionnaire sociodemographic variables. The definition of the sample followed the standard defined by the international multicentre study, carried out in 12 countries in Latin America, including Brazil, where Ceará, in a specific way, collaborates. The allocated participants are elderly men and women, aged 60 years or over, attended at the Geriatrics outpatient clinic of HUWC-UFC. Data analysis involved the application of classical statistical methods, such as exploratory data analysis and statistical inference, and in particular, the Mann-Whitney hypothesis tests. As for the analysis of gender, the common dissatisfaction of both sexes in relation to quality of life and health was evidenced, presenting in the male sex a better average. With regard to marital status, regular satisfaction in all domains reflected, in relation to the elderly who work and the elderly who do not work, the average of the domains of the elderly who work portray an additional gain in quality of life with little prevalence in the male. In view of the results of this research, it is suggested to progressively expand the focus of care for the elderly and to produce planning strategies, with the development, implementation and evaluation of programs and projects to promote the health of the elderly, ensuring better living and health conditions, in order to provide healthy aging and, therefore, a better quality of life.

**Keywords:** Old age. Demographic change. Quality of life.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Pirâmide do padrão de vida.....	32
Figura 2	- Imagens do Hospital Walter Cantídio.....	45
Figura 3	- Imagens do Hospital Walter Cantídio.....	50

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária (Brasil – 2018).....	23
Gráfico 2 – Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação classificado por percentual de homens e mulheres 2010-2060.....	24
Gráfico 3 – Quadro demonstrativo do envelhecimento da população.....	25
Gráfico 4 – Representação esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice.....	30

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cursos e Disciplinas.....	41
Quadro 2 - Projetos de pesquisa em andamento.....	41
Quadro 3 - Ações extensionistas.....	42
Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Resultados sociodemográficos dos idosos amostrados.....	54
Tabela 2	- Distribuição da média dos domínios WHOQOL – Bref.....	56
Tabela 3	- Resultados Estatísticos para o Domínio por Gênero.....	61
Tabela 4	- Resultados Estatísticos para o Domínio por estado civil.....	62
Tabela 5	- Resultados Estatísticos para o Domínio por idosos que trabalham e idosos que não trabalham.....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDI – CE	Conselho Estadual dos Direitos do Idoso
CH	Centro de Humanidades
CMDPI	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos
EWGSOP	<i>European Working Group on Sarcopenia in Older People</i>
FADIR	Faculdade de Direito
FAMED	Faculdade de Medicina
FFOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
FOCEPI	Fórum Cearense de Políticas para o Idoso
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEFES	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
IES	Instituições de Ensino Superior
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QV	Qualidade de vida
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Ceará
SEI	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
SEIQOL	<i>Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STDS	Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

UFRGS      Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
USP        Universidade de São Paulo  
WHO        *World Health Organization*  
WHOQOL   *World Health Organization Quality of Life Instrument*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: EXTRATOS DO CONTEXTO ATUAL.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Um panorama do envelhecimento populacional.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>O conceito de qualidade de vida na velhice .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3</b>	<b>Políticas públicas para velhice.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4</b>	<b>Ações desenvolvidas na universidade Federal do Ceará voltadas ao envelhecimento.....</b>	<b>39</b>
<b>2.4.1</b>	<b><i>Projeto de Prática Geriátrica e Gerontológica.....</i></b>	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>Descrição da pesquisa.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2</b>	<b>Local da pesquisa e sujeitos pesquisados.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3</b>	<b>O Instrumento WHOQOL-BREF.....</b>	<b>46</b>
<b>3.4</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>50</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise estatística dos dados.....</b>	<b>51</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>52</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Análises dos dados sociodemográficos dos idosos pesquisados.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>Análise global dos domínios.....</b>	<b>56</b>
<b>4.2.1</b>	<b><i>Domínio global.....</i></b>	<b>57</b>
<b>4.2.2</b>	<b><i>Domínio físico.....</i></b>	<b>58</b>
<b>4.2.3</b>	<b><i>Domínio psicológico.....</i></b>	<b>58</b>
<b>4.2.4</b>	<b><i>Domínio relações sociais.....</i></b>	<b>59</b>
<b>4.2.5</b>	<b><i>Domínio meio ambiente.....</i></b>	<b>60</b>
<b>4.3</b>	<b>Comparação dos domínios por gênero.....</b>	<b>61</b>
<b>4.4</b>	<b>Comparação dos domínios por estado civil.....</b>	<b>62</b>
<b>4.5</b>	<b>Comparação dos domínios por Idosos que trabalham e não trabalham.....</b>	<b>63</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>

<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO B - CONSENTIMENTO LIVRE.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO C – WHOQOL– ABREVIADO.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>89</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O ritmo crescente do envelhecimento populacional é um processo que vem sendo verificado no Brasil e na maioria dos países, especialmente nas últimas décadas, por isso possui importante relevância frente aos desafios que surgem neste panorama. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que em 2060 um quarto da população terá mais de 65 anos, alcançando o percentual de 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto em 2018 essa proporção é de 9,2% (19,2 milhões). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7% da população (33,6 milhões) em 2060, frente a 21,9% (44,5 milhões em 2018). (IBGE, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization – WHO*) para países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) define como idosa a pessoa de 60 anos ou mais de idade, considerando também que muitos países desenvolvidos utilizam a idade de 65 como limite etário inferior para caracterizar os idosos. Assim, considera-se um país envelhecido quando 14% da sua população possui mais de 60 anos. Na França, por exemplo, este processo levou 115 anos, enquanto na Suécia, 85 anos. No Brasil, levará pouco mais de duas décadas, sendo considerado um país velho em 2032, quando 32,5 milhões dos mais de 226 milhões de brasileiros terão 65 anos ou mais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG, 2019).

Portanto, o envelhecimento é um transcurso que acontece de forma gradativa, é resultado individual, biológico, psicológico e social, também influenciado por diferenças regionais e culturais. Todavia, a definição de idade é multidimensional e possui dimensões e subjetividades que ultrapassam as proporções cronológicas da idade. Diante dessa realidade, a temática sobre envelhecimento figura na sociedade brasileira como relevante desafio para as políticas públicas e os setores sociais. O planejamento e preparação das pessoas torna-se necessário e indispensável para um envelhecimento saudável, visto que as necessidades do idoso afetam diretamente sua vida social.

As necessidades básicas da população idosa, tais como educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social, previdência e justiça, demandam importantes questões relacionadas diretamente com envelhecimento humano. Conseqüentemente, tais necessidades demandam imprescindíveis ações e intervenções sociais que assegurem políticas públicas de garantia à efetivação de direitos que correspondam às respectivas carências dos idosos, considerando que a promoção da qualidade de vida deste segmento está relacionada diretamente com a manutenção da autonomia, a qual é percebida no desempenho das atividades

diárias nos idosos que mantêm sua capacidade funcional. Para Pereira (2002), a contribuição que a assistência social proporciona a pessoa idosa possibilita a essa parcela populacional participação social e usufruto de bens, serviços e direitos.

Segundo Braga (2011), o envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre de forma universal, tratando-se de uma característica de países desenvolvidos e vem ocorrendo de forma crescente nos países em desenvolvimento, um fenômeno que interfere diretamente na qualidade de vida do idoso. Essa rápida transição demográfica que ocorreu no Brasil, no século XX, começando com a diminuição das taxas de mortalidade e prosseguindo com a diminuição das taxas de natalidade, proporcionou intensas transformações na estrutura etária da pirâmide populacional. Contudo, essas mudanças geram excessivas implicações para as políticas sociais e econômicas. Diante desse quadro, percebemos que a longevidade possibilita a vivência de uma situação ambígua, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Campos (2014) considera que o envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, causado por diversos fatores que produzem tendências e consequências diversas. Para se ter um envelhecimento atuante e funcional, necessita-se de envolvimento na conquista de qualidade de vida, possibilitando que os cidadãos se sintam protagonistas na conquista de seu bem-estar físico, social e mental em sua trajetória de vida e que sejam sujeitos ativos da sociedade em conformidade com suas premências, desejos, anseios e habilidades.

O principal problema que pode afetar o idoso é a redução de sua capacidade funcional, isto é, a perda de suas habilidades físicas e mentais, necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Diante dessa realidade surgem numerosos desafios relacionados à qualidade de vida dos idosos, incluindo, dentre esses desafios, os fatores socioeconômicos como importantes influenciadores na ingerência das condições de vida do idoso.

Por conseguinte, compreendemos que o envelhecimento populacional é um processo que vêm ocorrendo de forma rápida em todo o mundo, levando, portanto, as pessoas a alcançarem idades mais avançadas. Embora muitas delas levem uma vida ativa, este número cada vez maior demandará cuidados produzidos por doenças crônicas incapacitantes. Entre as doenças crônicas mais comuns na velhice, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM), que juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, que exigem serviços de cuidados diferenciados ao longo do curso da vida e que prejudicam e causam limitações, afetando diretamente a qualidade de vida.

Vagetti (2013) destaca em seu estudo que, com o avanço da idade há um aumento de condições crônicas e alterações funcionais e/ou psicológicas. Conseqüentemente, o avanço da idade pode reduzir a percepção de saúde e a qualidade de vida. Identifica-se que a percepção de saúde têm merecido uma atenção especial, pois tem sido descrita como um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos, apresentando o potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos em sua saúde. Portanto, é fundamental o estudo de variáveis que podem estar associadas a uma percepção de saúde, e fatores que contribuem negativamente para a qualidade de vida dessa população.

Rocha (2013) enfatiza que o envelhecimento é também compreendido como um processo complexo que envolve vários fatores que interagem entre si e influenciam o modo em que alcançamos determinada idade. O crescimento da população no Brasil é um fato contemporâneo e que ocorre de forma definitiva, necessitando da realização de estratégias imediatas para o enfrentamento e prevenção que proporcionem o envelhecimento ativo, saudável e independente com qualidade de vida.

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Em tese, este conceito pressupõe que envelhecer significa favorecer oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis e, ainda, fazer o controle de sua própria condição de saúde e melhorar sua qualidade de vida.

Dessa forma, o envelhecimento populacional tem efeitos sociais e econômicos no contexto individual, familiar e na sociedade. O Estatuto do Idoso, criado pela Lei n.10.741, de 1º de outubro de 2003, regulamenta e garante aos idosos de 60 anos ou mais de idade a efetivação do direito à liberdade, à dignidade e ao respeito; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e trabalho; à previdência social; à vida; à alimentação, à assistência social; à habitação; e ao transporte (BRASIL, 2003). É a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa.

Nesse âmbito, é evidente a necessidade de entender quais os elementos contribuintes no processo de envelhecimento que influenciam positiva ou negativamente o comportamento da população idosa, sendo necessário determinar a amplitude e o grau de influência na qualidade de vida da mesma. Assim, é possível identificar os principais fatores que influenciam a qualidade de vida em determinado grupo de idosos, para que se possa nortear ações a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população.

É necessário uma concentração de esforços nas esferas federal, estadual e municipal, com atuação nas áreas de educação e saúde, objetivando empenho de esforços na manutenção da independência e autonomia do idoso, considerando que a inatividade é o componente que mais compromete a qualidade de vida na velhice.

Para Hazzard *et al.* (1994), o termo “dependência” vincula-se a um conceito primordial na prática geriátrica, a “fragilidade”. Essa é definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. O idoso frágil é considerado alvo prioritário de políticas públicas de saúde para este segmento da população, pois é o que mais necessita de cuidados de saúde, serviços comunitários de suporte social e cuidados a longo prazo.

Constata-se que o envelhecimento humano é uma questão que afeta não só a família, mas a comunidade e a sociedade. Admite-se, entretanto, que é um percurso normal, dinâmico, que contém perdas de âmbito biológico, socioafetivo e político, ocasionador de demandas com vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, classe social, renda, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. Por conseguinte, essas demandas repercutem diretamente na constituição de fatores que influenciam na expectativa de vida, na morbidade, na incapacidade com dependência e na qualidade de vida dos idosos.

Portanto, é essencial o planejamento de ações e intervenções com viabilidade na promoção da saúde e do bem-estar para este segmento. Deste modo, compreendemos que este estudo poderá contribuir no levantamento de informações para a definição de ações que possibilitem uma velhice digna e respeitável.

Para isso, compreender as circunstâncias e condições que constituem a qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de Geriatria possibilitou constituir elementos que podem sugerir contribuições para a melhoria da assistência e ampliação dos serviços de saúde.

Diante de todos os aspectos supracitados, e entendendo a variabilidade do conceito de qualidade de vida, políticas públicas e responsabilidade social, a questão central para o desenvolvimento do presente estudo foi: Quais fatores contribuem para qualidade de vida em idosos atendidos em um hospital universitário na sua percepção de satisfação com a vida? Portanto, este estudo teve como objetivo geral investigar os fatores que influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará. Por fim, Os objetivos específicos definidos compreenderam:

- a) Descrever as ações da Universidade Federal do Ceará voltadas ao envelhecimento;
- b) Identificar os principais fatores que afetam, desfavoravelmente, a qualidade de vida do Idoso;

- c) Verificar a influência dos aspectos socioeconômicos na qualidade de vida do idoso.

Assim, espera-se contribuir com dados e informações que gerem subsídios para implementação de projetos e programas direcionados às necessidades dos idosos para um envelhecimento ativo e saudável.

Para maior contemplação e abrangência do tema exposto, o presente relatório de pesquisa é composto por um capítulo de introdução, o capítulo 2, que compreende o referencial teórico, dividido em seções por essa ordem de disposição:

- a) Seção 2.1 – “Um Panorama do Envelhecimento Populacional” trata das características sociodemográficas da população brasileira, investigando sua composição e distribuição etária;
- b) Seção 2.2 – “ O Conceito de Qualidade de vida na velhice” apresenta as principais questões sobre o assunto, desde aspectos físicos e psicológicos até valores culturais e suporte familiar;
- c) Seção 2.3 – “Políticas públicas para a velhice” retrata ações de proteção e assistência direcionadas à população idosa;
- d) Seção 2.4 – “Ações desenvolvidas na Universidade Federal do Ceará voltadas ao envelhecimento” relata os programas, projetos e disciplinas ofertados pela UFC com foco no envelhecimento humano;
- e) Seção 2.4 – “O instrumento WHOQOL-Bref” trata de explicitar o referido instrumento de avaliação de qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).

O capítulo 3 apresenta a “Metodologia de pesquisa” caracterizando o tipo, área e local do estudo, bem como a população e os métodos para coleta de dados. O capítulo 4 – “Análise dos dados e discussão dos resultados” apresenta as principais discussões sobre os resultados obtidos e, por fim, o capítulo 5 apresenta as considerações finais sobre o percurso da pesquisa e seus resultados. As “Referências” e os “Anexos” finalizam o presente trabalho.

## **2 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: EXTRATOS DO CONTEXTO ATUAL**

Neste capítulo são abordados conceitos e temáticas de significativa relevância no processo de envelhecimento com qualidade de vida e sobre a nova realidade demográfica frente a este processo, com suas especificidades e desafios.

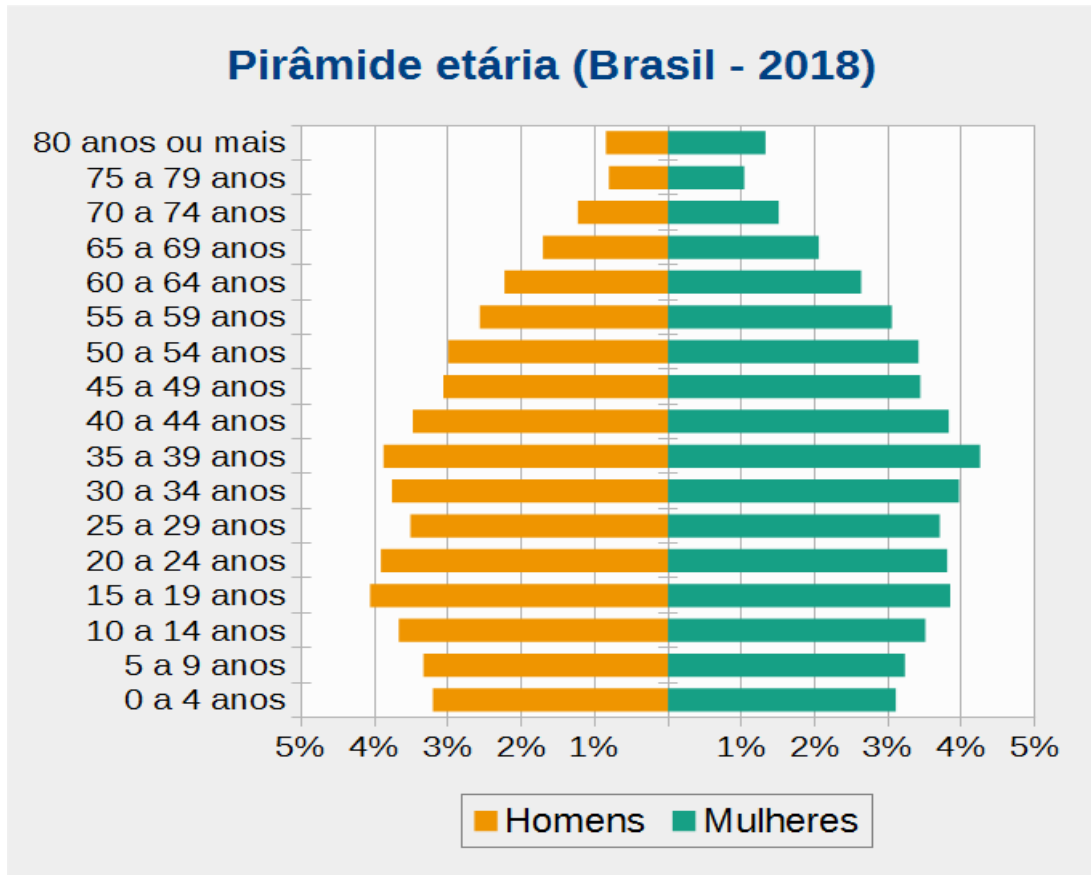
### **2.1 Um panorama do envelhecimento populacional**

Considerado atualmente como um dos fenômenos de maior impacto deste novo século, o envelhecimento da população mundial impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (ALEY, 2007; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida segue aumentando no Brasil. Cresceu três meses e 11 dias de 2016 para 2017, chegando a 72 anos e 5 meses para os homens e 79 anos e 4 meses para as mulheres. A projeção da pirâmide etária nos atesta que, para o período de 2010 a 2060, a expectativa da população de homens e mulheres será de mais de 90 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

A pirâmide etária brasileira, representada no gráfico 1, ilustra o envelhecimento populacional ocorrido na população brasileira entre 2012 e 2018. Esta mudança pode ser observada pela menor porcentagem encontrada em 2018 nos grupos etários mais jovens (base da pirâmide), ao mesmo tempo em que houve aumento nas porcentagens dos grupos de idade acima de cinquenta e quatro anos no topo da pirâmide.

Gráfico 1 - Pirâmide etária (Brasil – 2018)

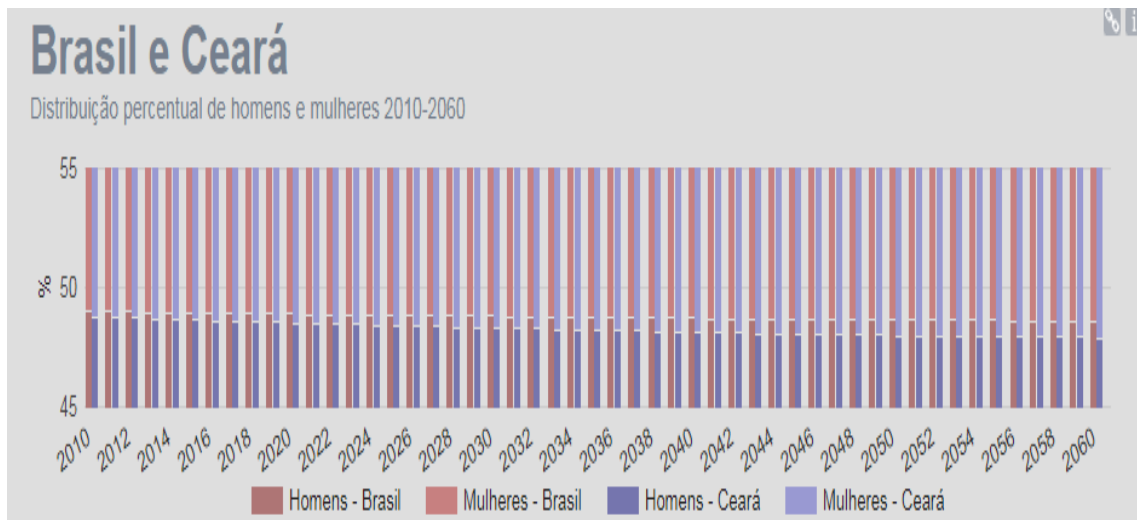


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2018

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, tem em seu artigo 1º que é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. (BRASIL, 2003). No gráfico 2, considerando 60 anos a idade com que pode-se definir os indivíduos como idosos, percebe-se que no Ceará a distribuição percentual de homens e mulheres nesta faixa etária será entre 45% e 50% no período de 2010 a 2060.

Gráfico 2 - Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação classificado por percentual de homens e mulheres 2010-2060

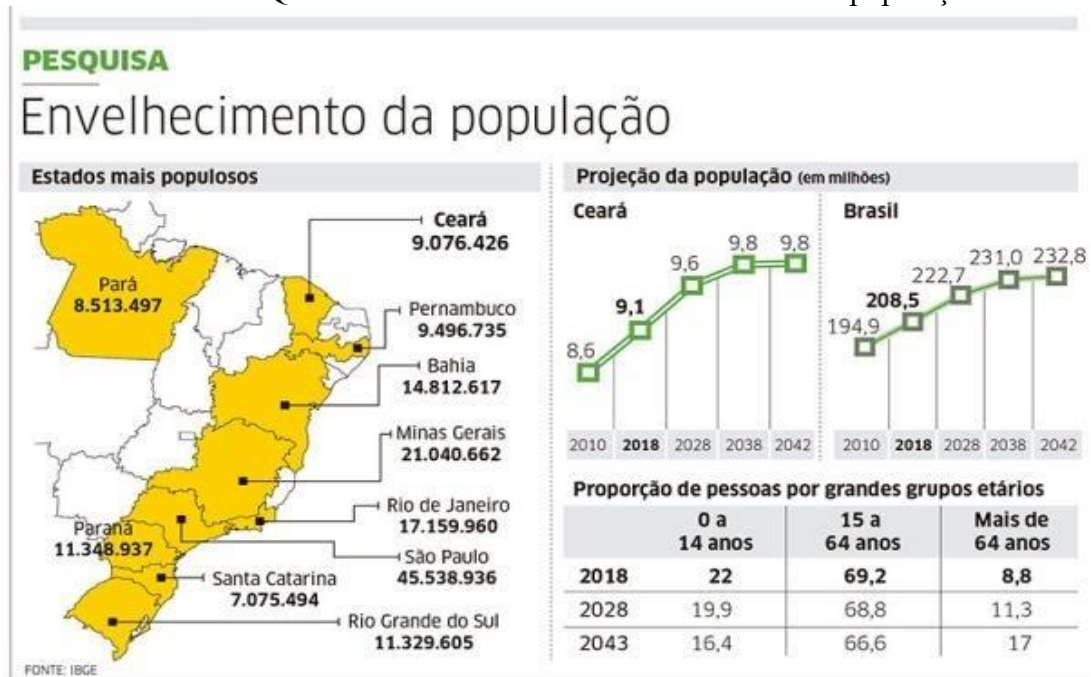


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

Conforme o gráfico 3, os números apresentados pelo IBGE, além de relacionados ao índice de envelhecimento estão atrelados diretamente à redução da taxa de fecundidade da população. Outro fator que resulta em mudança e ascensão do envelhecimento é a ampliação da esperança de vida ao nascer. No Estado do Ceará, atualmente esse índice é de 74,3 anos para ambos os sexos. Se classificado por gênero, as mulheres permanecem com expectativa maior, chegando aos 78,3 anos e os homens 70,3 anos. Quando a população cearense atingir seu limite, em 2043, a esperança de vida para homens e mulheres será de 77,7 anos.



Gráfico 3 – Quadro demonstrativo do envelhecimento da população



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018b).

As mudanças sociodemográficas são evidentes, de forma contínua e acelerada, não sendo necessários mais dados para constatar a impulsão da longevidade atuando no conjunto da população. É imprescindível lembrar que esse envelhecimento da população ocorre num cenário de profundas mudanças sociais e econômicas, cujas circunstâncias modificam e transformam, muitas vezes, a vida do idoso, ocasionando sofrimento e privações.

É importante destacar que há essencialmente quatro tipologias de idade definidas na literatura. A idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento. A idade biológica considera as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento. A idade social tem relação com a aquisição de hábitos e status social adquiridos pelo indivíduo. Finalmente, a idade psicológica é a relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas (NERI, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Contudo, a definição de idade mais utilizada é a do tipo cronológica. Consequentemente, pode-se esclarecer que a associação do envelhecimento à idade cronológica aproxima-se também do conceito de longevidade, baseado no número de anos vividos por uma pessoa ou no número de anos que, em média, os indivíduos de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo período de tempo (CARVALHO; GARCIA, 2003). Da

mesma forma, constata-se, na literatura gerontológica brasileira, a classificação dos idosos em idosos jovens – de 60 a 79 anos e idosos longevos – acima de 80 anos (SANTOS *et al.*, 2013).

A idade cronológica adequa-se ao ponto de vista demográfico para definir o que é ser velho, porém Duarte (1999) salienta que não se deve atribuir unicamente à idade qualquer tipo de deterioro e muito menos, é legítimo homogeneizar o processo de envelhecimento completo, unificando-o como um todo. De acordo com Neri (2007), a idade cronológica não ocasiona o início da velhice nem de qualquer outro período etário, ela deve servir como parâmetro para julgar a maturidade social do indivíduo ou como referência para compreender as mudanças evolutivas.

O envelhecimento pode ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de “ser velho”, condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (LIMA, 2008; NERI, 2007). Baltes e Smith (2004) ressaltam haver evidências de que a grande maioria dos idosos apresenta nível elevado de comprometimento funcional, dependência e solidão. Entretanto, envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os seres de uma espécie”. Já o Ministério da Saúde (MS) brasileiro define o envelhecimento como uma “mudança na estrutura etária populacional, com aumento do número relativo das pessoas acima de uma determinada idade, considerada como definidora do início da velhice”.

Na literatura gerontológica envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém, heterogênea, e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida (LIMA, 2008; NERI, 2003; NERI, 2007; NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004).

O estudo de Lobo, Santos e Gomes (2014) destaca que o envelhecimento é um processo biológico que não pode ser evitado, caracterizado por uma perda progressiva e gradual de diversas funções (sensoriais, motoras etc.), o que aumenta de forma significativa a vulnerabilidade para a produção de doenças. Estas doenças, por sua vez, afetam mobilidade e a independência desses indivíduos, impossibilitando, conseqüentemente, um envelhecimento saudável. Entretanto, deve ser levado em conta que o equilíbrio entre as limitações e potencialidades do idoso contribuem para que o mesmo lide melhor com as inevitáveis perdas

decorrentes do processo de envelhecimento (LEITE, 1990; YASBEK JUNIOR; BATISTELLA, 1994; FEDERIGHI, 1995; MATSUDO; MATSUDO, 1992).

O envelhecimento individual é um processo que pode ser abordado de forma multidimensional, considerando aspectos associados a processos biológicos, ao surgimento de doenças crônicas, à perda de capacidade física e/ou mental, a mudanças nos papéis sociais, entre outros (CAMARANO, 2004; EUROPEAN COMISSION, 2012; CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2017). Mesmo que estas concepções indiquem ou procurem definir o envelhecimento da pessoa idosa, bem como quando esse processo se inicia, essa condição de conceituar é muito complexa e pode adquirir interferências das condições sociais, econômicas e culturais de cada indivíduo. Contudo, para definir quem é o idoso, o critério da idade tem sido amplamente utilizado por institutos oficiais de estatística e outros organismos.

De acordo com Alcântara (2016), a velhice digna é um direito humano fundamental do indivíduo, porque significa a expressão legítima do direito à vida com decência e dignidade. Destaca-se que no Brasil, o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003, é o instrumento destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

Diferentemente do que é pensado pelo senso comum, “o envelhecimento ocorre de forma singular e complexa e não representa sinônimo de incapacidade motora e funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais.” (CACHIONI; FALCÃO, 2009). Nesse sentido, como ressalta Teixeira *et al.* (2016, p. 477):

[...] o que direcionará a forma como o sujeito experimenta o próprio envelhecer são padrões comportamentais assumidos e aspectos psicológicos mantidos no decurso da vida [...] o seu envelhecimento é reflexo da construção que o mesmo fez ao longo da existência [...].

De acordo com Neri (1993), a experiência do envelhecimento não é homogênea, a velhice aconteceria com algum grau de disfunção física e funcional. A autora descreve que haveriam três realidades de envelhecimento:

- a) “Velhice bem-sucedida” (ou ótima): é a velhice com preservação da saúde objetiva, da saúde autorreferida e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens. Significa tomar como fonte de referência algum estado ótimo ou ideal de bem-estar pessoal e social.

- i. Dois fatores determinantes foram propostos por Rowe e Kahn (1987), para se usufruir de uma velhice bem-sucedida, a manutenção de boa vitalidade (saúde física e mental) com capacidade de reestruturar-se de estresses, na verdade ter a capacidade de ser resiliente.
- b) Velhice usual ou (velhice normal): conforme Neri (1993), ocorrem doenças físicas e/ou mentais ou limitações funcionais objetiva ou subjetivamente aferíveis, porém em intensidade moderada ou leve o suficiente para acarretar mudanças apenas parciais nas atividades da vida diária.
- c) Velhice “com patologia”: nessa, a funcionalidade e o padrão de saúde física e mental do adulto jovem foram perdidos ou estão menos nítidos, havendo a presença de doenças crônicas/degenerativas, limitando severamente a vida da pessoa.

Deste modo, a manutenção da capacidade funcional do idoso pode ter implicações para a sua qualidade de vida, pois permite que o indivíduo se mantenha na comunidade, desfrutando da sua independência até as idades mais avançadas. Sendo que, ao contrário, o comprometimento de sua capacidade funcional tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar dos idosos (MACHADO, 2010).

## **2.2 O conceito de qualidade de vida na velhice**

Os fenômenos sociais do envelhecimento e qualidade de vida vêm sendo estudados e pesquisados desde períodos longínquos. De acordo com interpretação da ciência e do senso comum, do ponto de vista objetivo e subjetivo, a partir de questionamentos do comportamento individual e coletivo, qualitativos ou quantitativos, esses fenômenos têm demonstrado avanços e controvérsias ao longo da história. A qualidade de vida é indispensável para se compreender as relações do ser humano com o entendimento de como está sua vida, sua saúde, nas mais variadas dimensões do desenvolvimento humano.

O ex-presidente Lyndon Johnson, dos Estados Unidos (EUA) adotou em 1964, pela primeira vez, o termo “qualidade de vida”, ao declarar em discurso político proferido na Universidade de Michigan, que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (FLECK *et al.*, 2000, p. 20). Dessa forma, a expressão “qualidade de vida” passa a receber mais

atenção, percebendo-se de fato que o progresso social passa diretamente pela qualidade de vida e não só por aspectos econômicos.

Conforme Ferreira (2008), as discussões sobre qualidade de vida emergiram logo após o final da Segunda Guerra Mundial, quando se interpretava e se discutia principalmente o efeito de posse material na população. Logo após, numa análise mais aprofundada, correlacionou-se educação, saúde, bem-estar, entre outros aspectos refletidos também no modo de vida da população.

Desta forma, o melhor método para obter respostas, conforme Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 241) para entendimento da categoria de estudo qualidade de vida foi recorrer à compreensão da etimologia da palavra qualidade, que deriva do latim *qualis*, que significa “o modo de ser característico de alguma coisa, tanto considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, pode-se, assim, assumir características positivas ou negativas”. Os autores apresentam observação igualmente elaborada por Santin (2002), que se remete à expressão de qualidade de vida como algo bom, digno e positivo.

De maneira generalizada, as pessoas possuem uma ideia do que seja qualidade de vida e comumente a conceitua, no senso comum, como algo bom da condição de bem-estar proveitoso. Primordialmente, deve-se compreender que a qualidade de vida deve ser analisada a partir da percepção de cada indivíduo, de forma particular e pessoal. Tudo decorre da história de vida, da saúde física e cognitiva, dos fatores socioeconômicos e da vivência cotidiana, modificações familiares, perdas, medos e relações sociais. Assim, passa a ser definida de múltiplas formas e significa diferentes coisas para diferentes pessoas (RIBEIRO, 1994)

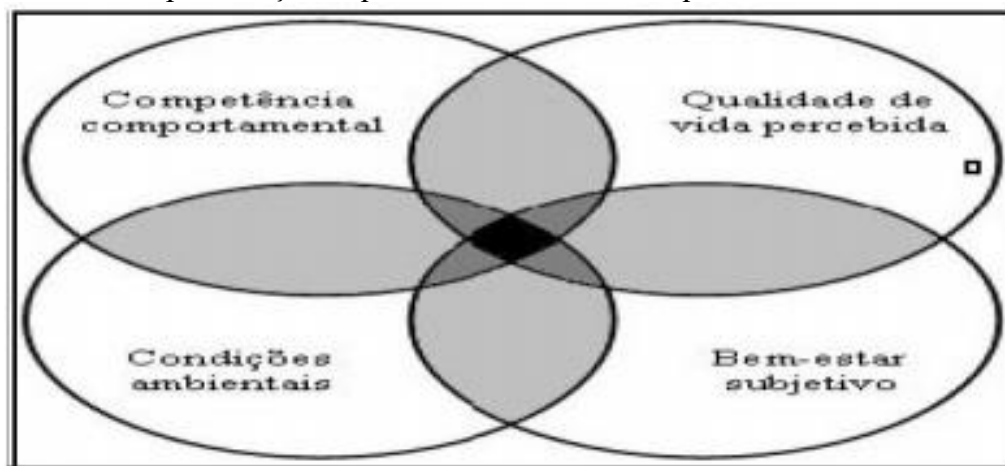
Conforme Moreira (2006), qualidade de vida é um conceito detentor de uma vasta história que vem passando por várias transformações, conforme o grau de desenvolvimento de cada sociedade. Para compreendê-lo, é necessário pesquisar as construções históricas, culturais e sociais, por possuírem uma relação direta tanto com elementos subjetivos (geradores singulares de bem-estar), quanto com elementos objetivos (bens materiais e serviços indispensáveis). Segundo a autora, a qualidade de vida e a sua busca expressam a incessante procura da humanidade pela necessidade de querer viver bem e de tentar superar as condições adversas.

Atualmente, para conceituar qualidade de vida, torna-se mais assimilado na perspectiva de uma visão multifatorial, relacionada a autoestima e ao bem-estar pessoal e está sujeito a diversos pontos de vista, de acordo com variáveis como cultura, nível socioeconômico e estado emocional. Não há consenso sobre seu significado, existindo inúmeras correntes de pensamento e várias linhas de pesquisa, todas complementares entre si. A forma de avaliação

vem se alterando no decorrer do tempo, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objetivos, ou idealizada pelo pesquisador, para outra que valoriza a percepção subjetiva das pessoas (PASCHOAL, 2004).

Lawton (1991) descreve que “qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”. Ou seja, a qualidade de vida na velhice é relacionada a muitos fatores em agregação constante ao longo da história de vida do indivíduo. Para o autor, a avaliação da qualidade de vida engloba quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas: (i) competência comportamental, (ii) condições ambientais, (iii) qualidade de vida percebida e (iv) bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso (gráfico 4).

Gráfico 4 - Representação esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice



Fonte: Neri (2000, p. 39).

De acordo com Serbim e Figueiredo (2011), é importante salientar a complexidade de se avaliar a qualidade de vida dos idosos, pois a mesma depende de diversos determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, tais como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e de relações informais com amigos.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, a OMS redefine o conceito de saúde e incorpora o de bem-estar, sendo que esta discussão, naquele momento, abriu a possibilidade de avaliação do grau do bem-estar físico, emocional e social. Nessa diretriz, a expressão “qualidade de vida” passou a ser utilizada como mecanismo para viabilizar políticas que objetivavam somente o crescimento econômico, limitando-se a refletir os impactos das políticas

econômicas no meio ambiente, a exemplo da exaustão dos recursos naturais e da poluição excessiva, por causar impactos externos na qualidade das condições de vida das pessoas (MACIEL, 2006).

Em meados dos anos de 1960, o termo “qualidade de vida” passou a ser utilizado nos discursos de grupos científicos e se popularizou, principalmente, ao ser utilizado nos Estados Unidos da América (EUA), por políticos norte-americanos nos seus pronunciamentos de campanha, como recomendação para o sucesso da gestão política. A justificativa de empregar a expressão também se explica pelo interesse da Organização das Nações Unidas (ONU) em mensurar os níveis de vida das diversas comunidades mundiais, incentivando um grande número de pesquisas sobre o tema (MACIEL, 2006; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Conforme Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 242), a expressão foi utilizada para destacar o interesse das pessoas por uma “vida boa” ou “vida de qualidade”, que fazia ressonância à época em que a sociedade procurava garantir estruturas sociais mínimas às pessoas visando o alcance da felicidade. Na medicina, a literatura corrobora que o emprego da expressão vêm sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e representação social. De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8), as abordagens médicas falam, principalmente, da dificuldade em oferecer melhorias às condições de vida dos enfermos. São utilizadas definições como qualidade de vida relacionada à saúde (*healthrelated quality of life*) e estado subjetivo e saúde (*subjective health status*), bem como conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente.

Desligando-se do reducionismo biomédico para uma investida de análise mais ampla da qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 7) a retratam como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. A literatura indica diferentes interpretações que definem o termo, estando entre estes a capacidade de poder aproveitar as possibilidades da vida, de escolher, de decidir e ter controle sobre sua própria vida.

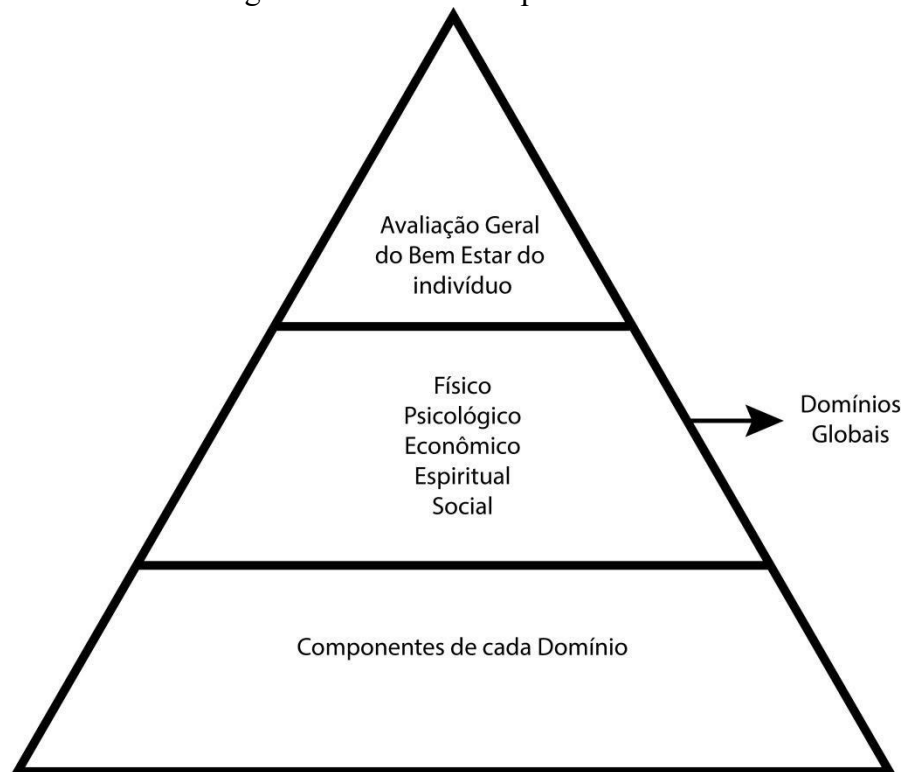
Inclui-se no processo de construção histórica a existência de definições e conceitos para qualidade de vida, havendo um consenso entre os pesquisadores e estudiosos do tema na literatura que não há uma definição que seja profusamente admitida por todos. Esta definição não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e

mental, mas conjuntamente a outros princípios importantes da vida das pessoas como trabalho, renda, família, amigos e outras ocorrências do cotidiano.

Souza e Guimarães (1999) relatam que cientistas sociais, filósofos e políticos foram aqueles que primeiro compartilharam e se interessaram por conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida”. Contudo, alguns autores, em seus estudos ou pesquisas, avaliam apenas determinados campos considerados pertinentes ao que se pretende pesquisar. Dessa forma, algumas investigações deveriam ser distinguidas entre si, já que poucas avaliam todos os campos que envolvem a área de estudo em questão (SPILKER, 1996 *apud* SOUZA; GUIMARÃES, 1999, p. 122).

Spilker (1996) *apud* Souza e Guimarães (1999) menciona, ainda, que o conceito apresenta três níveis: (1) avaliação total do bem-estar; (2) domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e (3) componentes de cada domínio. Colocando este conceito em forma de pirâmide, “em sua base estariam os componentes de cada domínio” mencionados anteriormente (3); “no meio da pirâmide” estariam os “domínios globais” (2); e, no seu “topo”, estaria localizada a “avaliação geral de bem-estar do indivíduo” (1).

Figura 1 – Pirâmide do padrão de vida



Fonte: Produzido pela autora



O nível mais alto (1) pode ser representado como a satisfação geral e o sentimento de bem-estar pessoal do indivíduo com sua vida. Segundo Spilker (1996) *apud* Souza e Guimarães (1999), todos estes componentes podem ser analisados por testes e escalas em conjunto ou isoladamente.

Seidl e Zannon (2004) argumentam que a qualidade de vida foi definida de forma multidimensional e que, empiricamente, as áreas de estudos dentro dela foram as emergentes, a citar (i) Física – relacionada à percepção de saúde pelo indivíduo; (ii) Psicológica – a percepção sobre afetividade e cognição; (iii) Relacionamento social – sobre o indivíduo e suas relações sociais e papéis adotados nelas; (iv) Ambiente – os aspectos diversos encontrados no ambiente em que se vive. Além destas, a dimensão global também é citada, na qual se tem uma visão geral do indivíduo. Conforme Toscano (2009), qualidade de vida está diretamente associada com saúde, a dimensão mais impactante, para a população em geral. Portanto, devem ser desenvolvidos cada vez mais estudos e pesquisas que busquem compreender as relações da saúde com outros componentes que favoreçam a manutenção da qualidade de vida das pessoas.

Minayo *et al.* (2000) estabelecem que a sensação de contentamento é área de percepção eminentemente humana, e que está cada vez mais correlacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. É a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade define como padrão de bem-estar. Qualidade de vida retrata as sensações subjetivas de sentir-se bem dentro de um sistema de valores, com diferenciações de objetivos entre cada indivíduo (VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002).

Takahashi (2004), declara que para haver qualidade de vida deve-se buscar equilíbrio do homem como ser humano com a sociedade e meio em que está inserido. De acordo com Campos (2007), a qualidade de vida é tema comum atualmente por ser objeto da interação entre as expectativas e realizações de uma pessoa, podendo ser mais compreendida individualmente numa análise subjetiva. Toscano (2009) explica que o tema deve ser compreendido como uma área influenciada por todas as dimensões da vida e assim não deve estar limitada à existência ou não de morbidades.

De acordo com Neto (2003), há atributos que são indicadores determinantes da nossa qualidade de vida, tais como (i) Condições essenciais de vida; (ii) Aspectos Econômicos, (iii) Aspectos Socioculturais; (iv) Aspectos individuais, (v) Educação; (vi) Saúde física e mental; (vii) Estilos de vida; e (viii) Ambiente/contexto. Caracterizar cada uma, dentro de suas especificidades, como fatores determinantes no desenvolvimento de uma vida saudável qualifica esses indicadores.

Borglin, Edberg e Hallberg (2005) ratificam que a qualidade de vida dos idosos depende da preservação do *self* e da manutenção de objetivos ao longo da vida, e a que a sua experiência envolveria valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades, saúde, relações sociais e viver em casa. Neri (2007, p. 14) aponta um modelo psicológico de bem-estar subjetivo na velhice, no qual a relação entre os riscos associados ao envelhecimento e o bem-estar subjetivo é mediada pelos mecanismos de autorregulação do *self* e pelo senso de ajustamento psicológico, em interação com os recursos sociais de que o idoso dispõe.

Conforme pesquisa de Browne *et al.* (1994), baseou-se no *Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life* (SEIQOL), um modelo no qual cada indivíduo aponta domínios importantes na determinação de sua qualidade de vida particular e pontua o grau de importância que cada domínio possui, realizou um estudo para propor itens relevantes para qualidade de vida de idosos saudáveis.

Registrou, também, uma amostra de adultos jovens (com média de idade de 28,8 anos e variação de 19-51 anos), com o objetivo de identificar áreas de discrepância entre duas faixas etárias. Dessa maneira, demonstrou que os fatores destacados pelos idosos como fundamentais para a qualidade de vida foram família (89%), atividades sociais e de lazer (95%), saúde (91%), condições ambientais de vida (80%) e religião (75%). A amostra de jovens enfatizou também relacionamentos (86%), finanças (60%), felicidade (48%) e trabalho (38%).

Este estudo fortaleceu a tendência de determinar fatores imprescindíveis para qualidade de vida a partir da população estudada e confirmou que a população idosa singularmente apresenta uma amostra saudável e não patológica, determinando qualidade de vida como tema relevante e de vasto interesse, não necessariamente relacionado a contexto de saúde. Por outro lado, fatores como saúde e boa função física, autoestima, autoeficácia, autonomia, coerência, o próprio ambiente físico, social, econômico e espiritual também têm sido considerados chave para uma boa qualidade de vida entre idosos (SOARES *et al.*, 2013).

Há uma consonância de que a qualidade de vida é uma construção elaborada a partir de vários parâmetros, visto que aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é compreendida com seus resultados e consequências. Entretanto, apesar das diferentes definições para conceituação do termo, há concordância entre grande parte dos autores para avaliar qualidade de vida, sendo necessária a utilização de abordagem multidimensional, como foi sugerido no estudo de (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam melhor o porquê de tamanha variabilidade de conceitos e assinalam que o termo abrange muitos significados, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Em seu estudo, Campos (2014) argumenta que a qualidade de vida possui relações similares com as experiências e valores individuais e coletivos. Ao longo do tempo, o ser humano sempre buscou o conforto e bem-estar, e essa procura é influenciada por fatores que são próprios da essência humana, dentre os quais se destacam valores como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social. Dentre as questões que se colocam, é imprescindível reconhecer e admitir que o envelhecimento não é igual para todos, e as diferenças existentes se referem a fatores como condições de vida, acesso aos bens e serviços, cobertura da rede de proteção e as condições de atendimento social.

Nesse entendimento, as definições de qualidade de vida mais reconhecidas buscam ser capazes de englobar uma multiplicidade de dimensões debatidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. A definição mais atual que pode ser indicada é aquela preconizada pela OMS, formulada por um grupo de pesquisadores de diversos países, que debateram e acertaram em entendimento e conformidade a compreensão do que é QV.

Baseando-se no pressuposto de que saúde é pleno bem-estar físico, psíquico e social, demonstra-se que a qualidade de vida possui aspectos subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, entre outros) e aspectos objetivos (renda, escolaridade, e fatores referentes ao desenvolvimento econômico e social). Os aspectos subjetivos têm correlação com o estilo de vida (se fuma ou não, se alimenta de forma saudável, se faz exercícios físicos, etc.)

Fundamentado nessa concepção, o *World Health Organization Quality of Life WHOQOL*, Grupo de Qualidade de Vida da OMS, estabeleceu o termo 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 e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 405). Este conceito ratifica que a qualidade de vida poderá diferenciar-se de acordo com a cultura da pessoa, dependendo de seus objetivos e de suas expectativas. A QV consiste, portanto, num conceito complexo, com diferentes interpretações, representadas por cada indivíduo, cada setor ou grupamento humano, resultante das condições existentes naquele momento, cada um interpretando de acordo com seus valores, princípios e interesses, utilizando-se de seus próprios e diferentes referenciais.

Em 2009, na Grã-Bretanha, foi publicado o estudo “*Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples*”, (Percepções do envelhecimento ativo na Grã-Bretanha: divergências entre minorias étnicas e amostras de toda a população), que tinha como objetivo identificar percepções e associações com o envelhecimento ativo entre as diversas etnias de idosos na Grã-Bretanha. O estudo constatou a importância da existência de modelos políticos com enfoque no envelhecimento ativo e na qualidade de vida do idoso, sendo ambos os temas de extrema importância (BOWLING *et al.* 2007).

Do mesmo modo, no Brasil podemos mencionar projetos com a mesma finalidade, por exemplo o Epidoso (RAMOS, 2003), o projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRÃO; DUARTE, 2003), ambos realizados em São Paulo e o Projeto Bambuí (LIMA-COSTA *et al.*, 2002), em Minas Gerais. Segundo Veras (2009, p. 549), fica evidente que “o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. Entretanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.”

Dessa forma, o conceito de qualidade de vida é complexo, por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida (*life-span*), o que também ocorre no processo de envelhecimento humano. Compreender o envelhecimento como um processo sócio vital multifacetado e se conscientizar que se trata de um fenômeno irreversível, é de suma importância para que todos, profissionais da saúde, governo, sociedade em geral e os próprios idosos, vejam a velhice não como finitude, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (WITTER; BURITI, 2011).

### **2.3 Políticas públicas para velhice**

Sem dúvida, são muitas as questões que acompanham o envelhecimento. Nesta perspectiva, o estabelecimento dos direitos sociais desse crescente segmento exige mudanças e efetivação de políticas públicas adequadas, especialmente na esfera previdenciária, de saúde, segurança pública, assistência social, habitação e lazer. Paiva e Frasson (2014), afirmam que não é mais possível ignorar as novas demandas impostas pelo envelhecimento populacional no processo histórico da humanidade, tendo em vista a exigência de novas necessidades perante as autoridades, diante das consequências que a velhice desprotegida acarreta na agenda da seguridade.

Assim sendo, as políticas públicas de amparo ao idoso transformam-se em uma categoria de real interesse para garantia e defesa das necessidades e direitos sociais dos idosos, e na promoção de sua autonomia, integração e participação na sociedade. Fernandes e Soares (2012) declaram que política pública é definida como o processo de elaboração e instituição, resultados, formas de exercício do poder político que envolve a distribuição de poder, papel do conflito social nos processos de decisão e repartição de custos e benefícios sociais. Nessa perspectiva, o atual discurso das políticas de atenção ao idoso pressupõem uma redistribuição de atividades, intencionando a participação do Estado, da família e da sociedade nas ações práticas de proteção e assistência ao idoso. Assim, percebe-se o incentivo à participação dos setores públicos e privados no desempenho dessas políticas.

Nessa perspectiva, gradativamente e por mecanismos diversos, instaura-se uma “nova cultura” de fazer política social, aquela em que o Estado normatiza, subvenciona, estimula como um regulador externo, e a sociedade organizada realiza. (TEIXEIRA *et al.*, 2008). Nesse contexto, o desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa possui relevante tema na agenda das organizações internacionais de saúde, com referência à proposição de diretrizes para nações que até então não implantaram programas sociais e assistenciais para responder às necessidades provenientes desse segmento populacional.

Assim, a agenda das políticas públicas na questão do envelhecimento populacional logrou grande conquista quando, em 10 de dezembro de 1948, ocasião em que a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, a qual assegura que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza, e prescreve, no artigo 25, os chamados direitos dos idosos.

Artigo XXV 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 2009, p.13).

Nos anos de 1982 e 2002, as Assembleias das Nações Unidas sobre o envelhecimento foram imprescindíveis para influenciar as legislações de inúmeros países, inclusive o Brasil. Nessas Assembleias foram produzidos planos de ação internacional para o envelhecimento, e as nações se comprometeram a adotar um conjunto de medidas em defesa do segmento idoso. A Constituição Federal de 1988 do Brasil, em seu art. 230 inovou ao exigir

o efetivo amparo e proteção à pessoa idosa por parte do Estado, da sociedade e da família, direitos estes até então não previstos em outro texto constitucional.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos. (BRASIL, 2002, p.133).

Após a promulgação da Constituição de 1988, outras leis de amparo à pessoa idosa surgiram, entre elas o Código de Defesa do Consumidor (1990), o Estatuto do Ministério Público da União (1993), a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). O Estatuto do Idoso, juntamente com as outras políticas de atenção aos idosos, são importantes documentos que garantem direitos e expandem conhecimentos no campo do envelhecimento e da saúde do idoso, sendo assim imprescindíveis para a consolidação de projetos e ações consistentes de promoção em saúde e suporte ao idoso.

É importante destacar que a OMS dispõe nas questões do envelhecimento ativo como meio de desenvolvimento e participação do próprio idoso como participante nesse processo, em suas demandas familiares, de saúde e comunidade. Em seus relatórios, apresenta conceitos e inovações para uma velhice saudável.

No âmbito do Estado do Ceará, foi aprovada a Política Estadual do Idoso, em julho de 2002., enquanto que em junho de 2013, a Prefeitura de Fortaleza sancionou a Política Municipal do Idoso. Ampliada a rede de atenção ao idoso, ressalta-se a implantação dos Conselhos dos Direitos do Idoso, avanço efetivo na promoção dos direitos das pessoas idosas no Estado do Ceará. Foram constituídos, respectivamente, o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso - CEDI-CE, criado em março de 2003 e o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDPI, fundado em julho de 2008. Ambos são órgãos colegiados e deliberativos, responsáveis por elaborar as diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas, bem como acompanhar, avaliar e fiscalizar a execução das mesmas.

Na articulação e acompanhamento da política do idoso em no Ceará, destacam-se o Fórum Cearense de Políticas para o Idoso (FOCEPI), Fórum Permanente da Sociedade Civil de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, como espaços de mobilização e organização da sociedade civil, na perspectiva de protagonização e participação social por conquistas e defesas dos direitos da pessoa idosa, propor e articular nas três esferas do governo projetos de leis e emendas que beneficiem as pessoas idosas, desenvolver práticas políticas de implementação e

cumprimento integral da Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso. Paralelamente, tais organismos têm como propósito discutir e debater sobre as mais diversas formas de garantir a obtenção de recursos orçamentários e financeiros para a implantação e funcionamento dos fóruns em todos os Estados da federação.

Nesse aspecto, apesar dos progressos e legitimação de direitos no Brasil, atualmente as reformas previstas no sistema público de previdência social despontam como importante desafio a ser solucionado, visto que irão cada cada vez mais reduzir direitos, adotando critérios de seleção rígidos que impossibilitam o acesso aos benefícios, restringindo as aposentadorias especiais, o que poderá ampliar ainda mais a precariedade da seguridade social e destruição dos direitos adquiridos. Assim, essas transformações provocarão sérias consequências aos idosos, dentre elas o empobrecimento e adoecimento.

Desse modo, entende-se que o envelhecimento faz parte da própria natureza humana, porém, a busca por proteção, qualidade de vida e dignidade na velhice apresenta-se como uma preocupação da sociedade atual e do poder público. Apesar das conquistas e dos avanços verificados na legislação brasileira para garantir a defesa dos direitos da pessoa idosa, há inúmeros desafios a serem superados no Brasil.

#### **2.4 Ações desenvolvidas na universidade Federal do Ceará voltadas ao envelhecimento**

A universidade possui extrema relevância no sentido de difundir um conjunto de princípios e valores a partir de atividades e ações que integram a tríade do conhecimento denominada ensino, pesquisa e extensão. Faz-se necessário, com urgência, que as mesmas atendam às inúmeras demandas sociais, dentre estas transformar realidades e fatos a partir do conhecimento. A longevidade constitui-se como parte importante dessa demanda social, que inclui a construção de novos conhecimentos, a efetivação de projetos positivos e a contribuição na implementação de políticas públicas necessárias e eficazes para melhoria da qualidade de vida do idoso.

A Política Nacional do Idoso, regulamentada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, estabeleceu competências na área da educação a serem cumpridas pelo MEC, entre elas a adequação de currículos aos programas educacionais destinados aos idosos, a inserção de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento no ensino formal, a inclusão de Gerontologia e da Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores e o apoio à criação de Universidades Abertas para a terceira idade.

As ações de ensino, pesquisa e extensão da UFC reafirmam a preocupação e o compromisso com a promoção e produção de conhecimentos direcionados às necessidades da sociedade, visando mudanças de conceito e atenção especial ao que apresenta acerca da velhice e ser velho, bem como ser atuante e defensora dos direitos da pessoa idosa. Dessa forma, procedendo em consonância com os eixos orientadores, diretrizes e objetivos do Programa Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República.

Produzir profissionais capacitados é o maior objetivo da universidade, nesse processo a compreensão em formar especialistas qualificados a prestar assistência integral, propiciando os cuidados necessários ao idoso, aspirando o seu bem-estar, independência e qualidade de vida, está entre os desafios da Instituição. Atenta ao cenário, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Ceará (SBGG) lançou em 2014, um programa com sugestões de disciplinas para cursos de medicina no Brasil. O texto apresenta propostas todos os semestres organizados em temas como biologia do envelhecimento, síndromes geriátricas, atendimento ao idoso e cuidados paliativos.

Salienta-se que desenvolver competências, aprender a lidar com particularidades específicas e psicológicas dos idosos deve ser visto com um olhar multidisciplinar. São unânimes as opiniões entre especialistas que, somente com a integração de profissionais das mais diferentes áreas no atendimento ao idoso, será possível alongar a vida autônoma e ativa desse segmento da população. Assim sendo, incorporado aos objetivos de instrumentalizar os acadêmicos da UFC na atuação direta com os idosos, ações são desenvolvidas e aplicadas na prática de atuação dos projetos, programas e disciplinas, embasadas nos ensinamentos e discussões ocorridas em sala de aula, nos grupos de estudo, pesquisas e sessões clínicas.

A seguir, são descritos nos quadros 1, 2 e 3 os principais programas, projetos e disciplinas desenvolvidos e ofertados pela Universidade Federal do Ceará com foco no envelhecimento humano.



Quadro 1 - Cursos e Disciplinas

<b>CURSO</b>	<b>DISCIPLINA</b>
Medicina	- Geriatria
Fisioterapia	- Clínica Fisioterapêutica em Gerontologia.
Psicologia	- Gerontopsicologia.
Enfermagem	- Enfermagem no processo de cuidar do Idoso; - Cuidador de Idoso.
Educação Física	- Atividade Física e Envelhecimento; - Educação Física para 3ª Idade.
Direito	- Direito do Idoso.
Gestão de Políticas Públicas	- Análise e Avaliação de Políticas Públicas para o Envelhecimento; - Políticas Públicas para o Envelhecimento.

Fonte: Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão e CIC da UFC (2019)

Quadro 2 - Projetos de pesquisa em andamento

<b>CURSO</b>	<b>PESQUISA (TÍTULO)</b>
Farmácia	- Avaliação do risco de quedas de idosos atendidos em unidade básica de saúde de Fortaleza.
Farmácia	- Prevalência de Sarcopenia em idosos com disfunção do assoalho pélvico.
Farmácia, Odontologia e Enfermagem	- Qualidade de vida em idosas sarcopênicas com disfunção do assoalho pélvico.
Medicina	- Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia.

Fonte: Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão e CIC da UFC (2019)

Quadro 3 -Ações extensionistas

<b>TÍTULO DA AÇÃO EXTENSIONISTA</b>	<b>TIPO</b>	<b>UNIDADE ACADÊMICA</b>
Florescer: Avaliação e Intervenção em Psicologia Positiva e Cognitiva – Comportamental com Idosos de Fortaleza	Projeto	CH
Inclusão Social na Maturidade	Projeto	FADIR
Assistência Nutricional de Adultos e Idosos que participam do Programa Saúde em Movimento do Instituto de Educação Física e Esportes	Projeto	IEFES
Longevidade em Atividade	Projeto	IEFES
Acompanhamento Ambulatorial e Residencial de Pacientes Idosos, Hipertensos e em uso Contínuo de ALFAMETILDOPA	Projeto	FFOE
Ambulatório de Anemia do Idoso	Projeto	FAMED
Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia (LAGG)	Projeto	FAMED
Programa Núcleo de Estudo da Longevidade (NEL)	Programa	FFOE
Projeto Casa de Nazaré: Idoso só pode Viver Melhor!	Projeto	FAMED
Projeto Sorriso Grisalho	Projeto	FFOE
Promoção da Saúde de Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência	Projeto	FFOE
Promoção de Saúde a Idosos, Familiares e Cuidadores em Centro de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará	Projeto	FFOE
Respira Bem Vovô	Projeto	FAMED
Academia de Medicina Geriátrica e Gerontológica de Sobral	Projeto	CAMPUS SOBRAL

Fonte: Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão e CIC da UFC (2019)

\*Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE

\* Instituto de Educação Física e Esportes – IEFES

\* Faculdade de Medicina – FAMED

\* Faculdade de Direito – FADIR

\* Centro de Humanidades – CH

É importante destacar que, embora a universidade contemple ações na área do envelhecimento, constata-se que, no que se refere ao número de cursos ofertados na Instituição, estas ações se apresentam de forma modesta diante das necessidades da população idosa.

#### ***2.4.1 Projeto de Prática Geriátrica e Gerontológica***

Um projeto realizado em conjunto com a disciplina de geriatria do curso de Medicina da UFC, aplica ao atendimento os princípios da prática geriátrica juntamente com a equipe multidisciplinar, (enfermeiras, nutricionista e neuropsicóloga). O ambulatório oferece suporte diferenciado ao idoso e seus familiares, e é referência no tratamento da demência de Alzheimer e outras comorbidades. Possui parceria com a Unidade de Abrigo de Idosos do Estado do Ceará, que é coordenada pela Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social – STDS e funciona na Av.Olavo Bilac, 1280, no bairro São Gerardo. Atualmente, a unidade atende cerca de 90 idosos em regime de longa permanência. Estudantes da UFC que estão se especializando em geriatria realizam, sob coordenação do Prof. João Macêdo, diversas atividades formativas no abrigo, único equipamento público do tipo no Estado.

Embora sejam fundamentais as contribuições da Academia na formação profissional, os serviços de atenção integral à população idosa oferecidos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) ainda são incipientes. Motta e Aguiar (2007) e Diogo (2004) indicaram em seus estudos que, apesar do rápido aumento do número de idosos no Brasil, e do consequente crescimento da utilização dos serviços de saúde por essa faixa etária, o número de IES que têm disponibilizado disciplinas direcionadas ao envelhecimento, em seus cursos de graduação em saúde, tem sido muito pequeno.

Portanto, a promoção do envelhecimento saudável perpassa fundamentalmente pela academia com instrumentais de capacitação adequados, abordagens diferenciadas e específicas para prevenção de doenças e intervenções para garantir melhor qualidade de vida.

### **3 METODOLOGIA**

Nesta seção é apresentada a caracterização do tipo de estudo, o local, a população, a amostra, o processo de inclusão e exclusão utilizados, o instrumento e os procedimentos da coleta de dados, além da descrição da análise estatística dos mesmos e os aspectos éticos da pesquisa.

#### **3.1 Descrição da pesquisa**

Esta pesquisa é parte distinta de um macro estudo e desenvolveu-se a partir de dados coletados da pesquisa denominado “Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia”. O objetivo desse estudo era estimar a associação entre massa corporal livre de gordura e a funcionalidade de idosos latino-americanos, determinando valores de risco e pontos de corte associados a perda de funcionalidade pela sarcopenia.

Como recorte desta pesquisa, observa-se que é importante identificar o perfil da qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria do HUWC. O desconhecimento deste perfil configura-se como uma lacuna , que ao ser respondida poderá contribuir para uma melhor assistência ao idoso atendido no referido hospital. A pesquisa que inspirou este trabalho, citada no parágrafo anterior, segue em seu curso normal enquanto que esta pesquisadora, como um dos membros da equipe dentro do escopo traçado para a coleta, investiga a qualidade de vida dos idosos atendidos neste serviço a partir do instrumento WHOQOL-bref.

### 3.2 Local da pesquisa e sujeitos pesquisados

Figura 2 – Imagens do Hospital Walter Cantídio



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (2019)

O presente estudo foi realizado no ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC, desenvolvido com base nos dados da pesquisa multicêntrica cujo título é: “Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia”, cujo recorte foi a aplicação do questionário de avaliação da qualidade de vida. Segundo o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Idosos (EWGSOP), sarcopenia é uma síndrome geriátrica caracterizada por diminuição progressiva de massa, força e função muscular (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

A pesquisa “Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia”, trata-se de um estudo transversal, multicêntrico e internacional, que conta com a participação de instituições de 12 países da América Latina, a citar Argentina, Brasil, Chile,

Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai. Pesquisa da qual participei ativamente na coleta de dados e aplicação dos questionários.

O Brasil é o país coordenador dos centros participantes, sendo o estudo realizado em três polos distintos: São Paulo (Universidade de São Paulo – USP/Ribeirão Preto), Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) e Ceará (Universidade Federal do Ceará – UFC), coordenados, respectivamente, pelos professores Eduardo Ferriolli, Roberta Rigo Dalla Corte e Jarbas de Sá Roriz Filho, sendo o professor Dr. Eduardo Ferriolli o coordenador geral da pesquisa no Brasil.

Em cada pólo do estudo foram alocados homens e mulheres com idade igual e/ou superior a 60 anos, saudáveis, assistidos nos serviços de saúde (Centros de saúde, hospitais, serviços básicos dos centros de saúde) primários, secundários e terciários, totalizando 375 idosos participantes. No polo do Ceará, a referida pesquisa está sendo realizada no ambulatório de Geriatria no HUWC/UFC, o qual é referência no atendimento a idosos no Estado do Ceará.

Conforme convite e aceitação do idoso em participar da pesquisa, foram selecionados para aplicação do questionário no pólo Ceará, 94 idosos, sendo aplicado o questionário “WHOQOL-bref”, cuja versão é composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Este instrumento valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações.

O WHOQOL-bref é um instrumento validado para pesquisa clínica com idosos, permitindo a avaliação do impacto de ações de atendimento biopsicossocial na qualidade de vida dessa população. Para a devida avaliação da qualidade de vida dos idosos foi utilizado, em conjunto ao instrumento WHOQOL-abreviado, um questionário sócio-demográfico.

### **3.3 O Instrumento WHOQOL-BREF**

Os instrumentos de avaliação em Qualidade de Vida (QV) são, em geral, elaborados em um único país e em seguida traduzidos para diversas línguas. Esta metodologia possui como desvantagem não levar em consideração as especificidades e peculiaridades do país no qual o instrumento traduzido irá ser aplicado. Com o objetivo de criar um instrumento para avaliação de QV que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países de distintas culturas, em 1991, a OMS elaborou o “World Health Organization Quality of Life Instrument” (WHOQOL). Este questionário foi desenvolvido no decorrer de quatro anos, a partir de 15

centros, envolvendo 45.000 participantes. Para tal fim foram selecionados centros com níveis de industrialização diferenciados, assim como variados estágios de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores de indispensáveis relevância para medida de qualidade de vida, como papel da família, percepção de tempo, percepção do ser, domínio religioso, entre outros (POWER *et al.*, 1999).

O WHOQOL-bref foi selecionado para este estudo, dado o seu caráter internacional e transcultural, o que resultou na progressiva utilização deste questionário ao longo dos anos, principalmente a partir de 2005 (THE WHOQOL GROUP, 1997). Admitimos acreditar que essa tendência deva se manter no futuro, pela maior divulgação do instrumento por meio dos estudos publicados (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

O instrumento WHOQOL possui, dentre os seus benefícios, dispor de caráter transcultural, conseguindo, assim, ser utilizado em um local em particular, além de permitir desenvolver pesquisas colaborativas em diversos centros, com culturas diferentes, e comparar os resultados desses diferentes países e populações (THE WHOQOL GROUP, 1997). Em decorrência dessas características, este instrumento já foi traduzido para mais de 20 idiomas.

A necessidade de instrumentos sucintos e concisos, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998b). A versão abreviada do instrumento comprovou indicativos satisfatórios quanto à confiabilidade teste-reteste e a validade discriminante. Além do mais, a principal vantagem desta versão consiste na rapidez de seu preenchimento (SPITZER *et al.*, 1994).

O WHOQOL-bref constitui-se de 26 questões, incluindo duas questões gerais de qualidade de vida e as 24 restantes representando cada uma das 24 facetas individuais que compõe o instrumento em sua origem (ANEXO A). Deste modo, diferentemente do WHOQOL-100, em que cada uma das facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (THE WHOQOL GROUP, 1998). No Quadro 4 destacam-se os domínios com suas respectivas facetas.

Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	FACETAS
QUALIDADE DE VIDA GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade de vida de modo geral</li> <li>- Satisfação com a própria saúde</li> </ul>
FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor e desconforto</li> <li>- Energia e fadiga</li> <li>- Sono e repouso</li> <li>- Mobilidade</li> <li>- Atividades da vida cotidiana</li> <li>- Dependência de medicação ou tratamentos</li> <li>- Capacidade de trabalho</li> </ul>
PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos positivos</li> <li>- Pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Imagem corporal e aparência</li> <li>- Sentimentos negativos</li> <li>- Espiritualidade, Religião, crenças pessoais</li> </ul>
RELAÇÕES SOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relações pessoais</li> <li>- Suporte (apoio) social</li> <li>- Atividade sexual</li> </ul>
MEIO AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança física e proteção</li> <li>- Ambiente no lar</li> <li>- Recursos financeiros</li> <li>- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>- Participação em, e oportunidades de recreação – lazer</li> <li>- Ambiente físico: (poluição – ruído – trânsito – clima)</li> <li>- Transporte</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Fleck *et al.* (2000).

O parâmetro de seleção das questões para constituir o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser mantido. Dessa forma, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser definida por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais intensamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Logo em seguida a esta etapa, os itens selecionados foram examinados por



um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde se originavam as facetas.

Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio *meio ambiente* foram substituídos por serem muito associados com o domínio *psicológico*. Sendo que, os outros três itens foram substituídos por esclarecerem melhor a faceta em questão (FLECK,1999).

Quando conferimos as diferenças e semelhanças dos resultados do teste de campo realizado através do WHOQOL-bref com a versão WHOQOL-100 brasileira, observamos que as características psicométricas são semelhantes (FLECK,1999).

As características psicométricas do WHOQOL-bref na sua versão em português são idênticas às da amostra do estudo multicêntrico que deu origem ao instrumento (THE WHOQOL GROUP, 1998). O WHOQOL-bref constatou boa credibilidade interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste, ao utilizar uma amostra diversificada de pacientes com enfermidades distintas e tratados, tanto em regime ambulatorial como hospitalar. Ao conservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (o WHOQOL-100), a versão abreviada resguardou a abrangência do construto Qualidade de Vida incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também correspondente ao meio ambiente e relações sociais (FLECK,1999).

### **3.4 Tipo de estudo**

O referido estudo configura-se como de levantamento, pois se efetiva através da interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Para a operacionalização da aplicação dos questionários, foram solicitadas informações a um grupo significativo de idosos acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obtermos as conclusões correspondentes aos dados coletados. Foram traçadas, então, as características de uma população específica, a saber, os idosos que são assistidos pelo HUWC /UFC. Para descrever essas características, traduzindo em números os conhecimentos gerados pelo pesquisador, o uso de recursos e técnicas de estatísticas foram utilizados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, na qual buscou-se demonstrar as características de determinadas populações ou fenômenos através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

O escopo deste estudo são os idosos assistidos no ambulatório de geriatria do HUWC. A análise ateu-se à caracterização do perfil de Qualidade de Vida dos idosos em suas quatro premissas básicas (física, psicológica, relações pessoais e meio ambiente), percebidas pelo próprio idoso, com posterior comparação nas seguintes variáveis: gênero, estado civil e trabalho. A definição da amostra seguiu o padrão do projeto de pesquisa multicêntrico na qual a pesquisa está inserida em conformidade com a regulamentação do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

I – Definição do termo: Projetos multicêntricos – projeto de pesquisa a ser conduzida de acordo com protocolo único em vários centros de pesquisa e, portanto, a ser realizada por pesquisador responsável em cada centro, que seguirá os mesmos procedimentos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005, p. 1).

Seguem no ANEXO A as características do instrumento utilizado na coleta de dados.

### 3.5 Procedimentos para coleta de dados

Figura 3 - Imagens do Hospital Walter Cantídio



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (2019)

A pesquisa “Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia” é uma pesquisa contínua cujo o recorte temporal utilizado foi de 01 de julho de 2016 a novembro de 2017, ressaltamos que a pesquisa prossegue em desenvolvimento com a avaliação dos demais testes, coleta de dados, relatórios e tabulação. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário WHOQOL-bref versão em português, de acordo com ANEXO A. Para avaliar as características sociodemográficas e econômicas do idoso, foi aplicado um questionário semiestruturado em forma de entrevista (ver anexo A).

O procedimento de coleta de dados aconteceu de forma presencial. Enquanto os idosos estavam na sala de espera, no decorrer das consultas no ambulatório, uma representante da pesquisa era apresentada ao idoso e realizava as abordagens com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa e de pedir a autorização e colaboração para a coleta dos dados. Os agendamentos das aplicações dos questionários aconteceram presencialmente, com a mediação colaborativa de médicos, assistente social, enfermeiros, nutricionistas, e educador físico, os quais também estavam participando da pesquisa com outros instrumentos.

O dia da coleta de dados era realizado sempre às sextas-feiras, com ligação antecipada para cada participante, a fim de confirmar o dia, horário e presença do mesmo. A aplicação dos questionários aconteceu no ambulatório de geriatria, em sala reservada para que o sigilo das informações fosse preservado e o idoso conseguisse sentir-se à vontade e seguro para responder ao questionário.

O questionário era entregue em mãos, e os idosos informados sobre o objetivo da pesquisa, além da confirmação da confidencialidade e não obrigatoriedade de participação. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação em pesquisa (anexo C), e solicitada a assinatura do referido documento. A maioria dos idosos precisou de ajuda para preencher o questionário.

### **3.6 Análise estatística dos dados**

As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (nada e extremamente), capacidade (nada e completamente, frequência (nunca e sempre) e avaliação (muito insatisfeito, muito satisfeito, muito ruim e muito bom). As pontuações de cada domínio e total são transformadas numa escala de 0 a 100, e os maiores escores indicam melhor qualidade de vida (FLECK,2003).

Para a análise dos resultados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. Simultaneamente foi realizada uma análise quantitativa

descritiva, de acordo com as instruções do instrumento, e calculados os escores totais de cada respondente, bem como os valores médios de cada um dos fatores, domínios e dimensões. O teste Mann-Whitney foi utilizado para a comparação de variáveis entre dois grupos. A avaliação do WHOQOL-bref foi avaliada por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach, sendo utilizado o nível de significância de 5%.

### **3.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – Hospital Universitário Walter Cantídio, com o fito de atender às exigências das Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e obteve parecer favorável (Parecer nº 2.912.430, anexo A). Foram garantidas a confiabilidade, privacidade e o anonimato das informações coletadas. Os idosos leram e assinaram o TCLE (anexo C), na forma impressa, o qual foi também assinado e rubricado pela pesquisadora responsável e pelos participantes.

Para a coleta de dados foi garantido o consentimento informado do idoso, que também foi informado do seu direito de recusa à participação da pesquisa, assim como do seu direito de desistência no decorrer dela. Ficou claro que o participante não receberia nenhum pagamento por participar da pesquisa. Cada integrante recebeu uma via do TCLE e foi informado de que, se tivesse dúvidas durante sua participação na pesquisa, poderia entrar em contato para esclarecê-las com a mestrande e demais participantes da pesquisa, pelos telefones/endereço indicados no TCLE.

## **4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise dos dados coletados consistiu em três etapas, na primeira foram analisados os aspectos sociodemográficos, suas variáveis e respectivas categorias. Na etapa seguinte foram realizadas a análise dos domínios relacionados as suas facetas e por fim, na terceira etapa, foram comparados os domínios com as variáveis elegidas, sexo, estado civil e trabalho.

### **4.1 Análises dos dados sociodemográficos dos idosos pesquisados**

Na Tabela 1 estão apresentadas as interpretações e análises, conforme os resultados obtidos após verificação dos dados sociodemográficos dos idosos.

Tabela 1 - Resultados sociodemográficos dos idosos amostrados

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias das variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	14	14.9%
	Feminino	80	85.1%
<b>Faixa Etária</b>	60 anos	10	10.6%
	Entre 61 e 70	52	55.3%
	Entre 71 e 80	26	27.7%
	acima de 80	6	6.4%
<b>Estado Civil</b>	Casado	42	44.7%
	Viúvo	20	21.3%
	Divorciado	11	11.7%
	Solteiro	21	22.3%
<b>Saber e escrever</b>	Sim	63	92.6%
	Não	5	7.4%
<b>Escolaridade</b>	Nunca fui à escola	8	8.6%
	Curso de Alfabetização de adultos	0	0.0%
	Primário	22	23.7%
	Ginásio	22	23.7%
	Científico, clássico	31	33.3%
	Curso Superior	10	10.8%
	Mestrado ou doutorado	0	0.0%
<b>O Sr(a). trabalha atualmente</b>	Sim	21	22.3%
	Não	73	77.7%
<b>O Sr(a). é aposentado</b>	Sim	77	82.8%
	Não	16	17.2%
<b>A maior parte da sua renda é proveniente de:</b>	Aposentadoria	72	78.3%
	Seguro Social	0	0.0%
	Remessas	0	0.0%
	Familiares	8	8.7%
<b>Renda Mensal</b>	Trabalho	12	13.0%
	< 1SM	5	5.6%
	1 SM	47	52.8%
	>= 2 SM	37	41.6%

Fonte: pesquisa direta

Segundo dados apresentados na Tabela 1, constata-se o predomínio do sexo feminino (85,1 %) sobre o masculino (14,9%), ratificando a informação da feminilização da velhice, conforme vários estudos, dentre eles Fernandes (2009). Ademais, conforme o IBGE (2018), as mulheres idosas são maioria expressiva, com 16,9 milhões (56%), enquanto que os

homens idosos são 13,3 milhões (44%). Corroborando com Salgado (2002), que afirma que as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens, outra característica deste grupo populacional é que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Existem várias explicações sociais que fundamentam esses números, dentre elas hábitos de saúde, pois as mulheres procuram mais os sistemas de saúde para tratamentos médicos.

Quanto à faixa etária dos idosos pesquisados, 10,6% dos participantes encontravam-se com 60 anos, 55,3% entre os 61 e 70 anos, 27,7% entre 71 e 80 anos e 6,4% acima de 80 anos. Em relação ao estado civil (conjugal) dos idosos, observamos maior número de idosos casados (44,7%), seguidos de uma proporção relativa de viúvas (21,3%), solteiros (22,3%) e importante parcela de divorciados (11,7%).

Embora a escolaridade dos idosos entrevistados tenha revelado que 92,6% sabiam ler e escrever, 8,6% afirmaram nunca ter frequentado uma escola. Na amostra, a proporção de idosos que possuíam o primário, ginásio e científico sugere que 80,7% tinham mais de 11 anos de escola e 10,8% tinham curso superior. O nível de instrução desempenha forte influência sobre a renda do idoso, o que pode estar associado ao baixo poder aquisitivo dos amostrados.

No grupo, a porcentagem de idosos que se mantêm no mercado de trabalho era de 22,3%. Do total da amostra, 77,7% não estavam mais empregados, o que demonstra uma redução da participação de parcela dos idosos no mercado de trabalho, embora reconheça-se que existem muitos fatores associados a permanência de idosos trabalhando, na maioria das vezes não somente porque os idosos desejam se sentir produtivos, mas sim por serem responsáveis pelo sustento da casa.

Parcela expressiva de idosos encontram-se aposentados, representando 82,8% do total. Condizente com estes resultados, a maioria dos rendimentos dos idosos (78,3%) é oriundo de aposentadoria, seguido por ajuda financeira dos familiares (8,7%) e pelos que continuam no mercado de trabalho (13,0%). Conforme os dados coletados, os idosos, em sua maioria (52,8%), estão vivendo com renda de um salário mínimo, 1,6% com renda de 1 a 2 salários, seguido de 5,6% com renda menor que 1 salário mínimo. Este resultado demonstra que 58,4% estão sobrevivendo com até 1 salário mínimo, portanto, deve-se considerar que estes rendimentos não condizem com as necessidades essenciais do idoso.

Reitera-se o que Clares (2011) considera como fator preponderante, ao afirmar que a renda representa um fator determinante na situação de saúde do idoso, pois nesta fase há uma necessidade maior de medicamentos, cuidados com a alimentação e outros custos decorrentes dos processos limitativos do envelhecimento. Em 2017, o Núcleo de Pesquisa e Extensão do

curso de Administração da Faculdade *Doctum*, em Vitória, apresentou pesquisa indicando que há situações em que os custos com a saúde do idoso correspondem a 57% no orçamento familiar.

Notadamente, para os idosos a renda é um fator importante na qualidade de vida, pois implica diretamente na ampliação de despesas e serviços específicos dessa população, em particular com remédios, saúde e alimentação. Com a renda não compatível com esses dispêndios e ressaltando que na maioria das vezes o idoso é o suporte financeiro da família, ele que deveria estar recebendo cuidados, passa a ter responsabilidades e despesas que tiram dele o direito de se cuidar melhor. Esse fato efetiva-se como um agravante na redução das condições adequadas ao envelhecimento digno, transformando a velhice, que deveria ser uma etapa da vida de tranquilidade e descanso, numa velhice enfadonha e desconfortável.

#### 4.2 Análise global dos domínios

Na tabela 2 são apresentados, em cada domínio, os valores da média atribuídos às respostas das referidas facetas.

Tabela 2 - Distribuição da média dos domínios WHOQOL - Bref

<b>Domínio Global</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,48	0,85
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	3,02	0,95
<b>Média Geral</b>	<b>3,25</b>	
<b>Domínio Físico</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,09	1,06
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,61	0,82
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,39	0,85
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	3,68	1,06
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,07	1,28
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,65	0,92
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,50	1,04
<b>Média Geral</b>	<b>3,28</b>	
<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
5. O quanto você aproveita a vida?	3,12	0,89
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,76	0,91
7. O quanto você consegue se concentrar?	3,30	0,83
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,62	0,98
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	3,79	0,95

Continua...



<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,86	0,97
<b>Média Geral</b>	<b>3,58</b>	
<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,94	0,92
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	2,99	1,14
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,57	1,02
<b>Média Geral</b>	<b>3,50</b>	
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,40	0,86
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,59	0,87
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,62	0,81
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,12	0,83
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2,52	1,02
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	3,92	0,92
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,17	0,98
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	3,46	0,97
<b>Média Geral</b>	<b>3,23</b>	

Fonte: pesquisa direta

Fim.

Como ilustra a tabela 2, os idosos avaliados demonstraram melhor qualidade de vida no domínio “*psicológico*”, seguido de “*relações sociais*”, “*físico*” e por último, “*meio ambiente*”..

#### 4.2.1 Domínio global

A média geral do domínio global foi de 3,25. Em relação às facetas do questionário aplicado, a tabela 2 demonstra, na primeira faceta, que as respostas obtidas em relação a como o idoso avaliaria sua qualidade de vida, atingiu média de 3,48 e o quão satisfeito o mesmo estava com sua a saúde obteve 3,02.

A diferença encontrada entre os dois questionamentos traduz que, embora ele esteja moderadamente satisfeito com sua saúde, avalia estar com boa qualidade de vida num nível de 0,46 acima da sua insatisfação com a saúde. Esse resultado leva a pressupor que, mesmo com as mudanças físicas, psicológicas e sociais que alteram a rotina do idoso e que intensifica a possibilidade de danos à saúde em uma sociedade que envelhece rapidamente e não está preparada para atender adequadamente suas necessidades e limitações de forma equilibrada, a

maneira do idoso relacionar-se consigo mesmo, com os outros e com o ambiente, possui elementos determinantes que influenciam na sua concepção de QV. Deste modo, percebe-se que prevaleceu otimismo por parte dos idosos participantes em relação a dificuldades com saúde que consideraram não afetar sua QV. Em consoante estudo, Santos (2015) ratifica que o otimismo é considerado um fator de proteção de enfrentamento das consequências dos agravos de saúde.

#### **4.2.2 Domínio físico**

Os itens avaliados no domínio físico referem-se a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. Conforme a tabela 2, o domínio físico ficou em 3º lugar na classificação da média geral, nível 3,28, apresentando com pior média (2,61) a faceta “o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”, que avaliou as necessidades dos idosos em relação a cuidados relativos à conservação de saúde para manutenção de sua autonomia e independência. Este resultado sugere que o uso de medicamentos pode ser relevante para determinar o estado de saúde do idoso. Conforme declara Fleck *et al.* (2003), depender de medicamentos ou tratamentos pode ser visto tanto como um fator de piora da qualidade de vida, pela diminuição da autonomia, quanto de melhora, pelo efeito benéfico que alguns medicamentos e/ou tratamentos proporcionam.

Ao longo da experiência de pesquisa, diretamente com os idosos entrevistados, ficou perceptível que o fato de os mesmos dependerem de tratamentos que os auxiliem na manutenção de saúde, mostra que eles buscavam se cuidar para preservar sua capacidade de independência e autonomia. Por conseguinte, destaca-se o papel da família como principal cuidadora e facilitadora nesse processo, o que traz aos membros do conjunto familiar uma sobrecarga de apoio e assistência que demanda disponibilidade de tempo e dedicação para acompanhá-los em consultas, exames e outras atividades. Tais responsabilidades muitas vezes ficam limitadas devido às várias outras atribuições sociais dos integrantes da família, como trabalho, filhos e estudo.

#### **4.2.3 Domínio psicológico**

Consoante a análise dos resultados da tabela 2, o domínio psicológico apresentou na média geral em suas facetas (3,58) maior média, tendo como menor média de influência

negativa neste domínio a faceta 5, "O quanto você aproveita na vida?", que apresenta a menor menor média (3,12). Com relação à influência positiva temos a faceta 26, "Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?", que apresenta a maior média (3,86). É importante ressaltar que esta faceta tem, no questionário, sentido contrário em relação à qualidade de vida do idoso, dentro da escala definida.

Assim, a resposta do pesquisado é invertida na tabulação dos dados. Neste caso, quanto maior a média, maior a qualidade de vida do idoso. Na faceta 5 ficou evidenciado que o idoso não aproveita a vida de forma satisfatória. Podemos citar vários aspectos que o impossibilitam desfrutar de lazer, dentre eles os estereótipos, fator econômico, tempo disponível, e o acesso ao espaço de lazer. Dentre essas, acredita-se que o fator econômico constitui-se como a principal barreira, uma vez que a renda da maioria dos idosos provém apenas da aposentadoria para sobreviver, os gastos com saúde, remédios e alimentação são elevados em comparação à respectiva renda, e ele vive com dificuldades financeiras, assim, não sobram recursos para investimentos em lazer.

#### ***4.2.4 Domínio relações sociais***

O domínio relações sociais está associado à satisfação do idoso com suas relações pessoais (amigos e familiares), ao suporte e apoio recebido e sua atividade sexual. O estudo evidencia, na tabela 2, que a média geral deste domínio é de 3,50. Observa-se que a faceta 20, relacionada às relações pessoais de amizade do idoso com amigos, parentes, conhecidos e colegas tem influência positiva na QV do idoso com a maior média (3,94). Ressalta-se que esta é a maior média dentre todas as facetas do questionário. Por outro lado, a faceta 21, relacionada à satisfação sexual do idoso apresenta a menor média (2,99). Poucos idosos, apesar do constrangimento em responder, manifestaram manter atividade sexual.

As redes de apoio social são de grande importância na vida dos idosos, visitas regulares de parentes, possuir contatos com amigos e vizinhos, a participação em atividades coletivas, igrejas, associações e sindicatos, favorece a construção de vínculos e fortalece seu suporte de amparo e proteção. Portanto, é evidente que o apoio social representa importante contribuição na QV do idoso.

#### 4.2.5 Domínio meio ambiente

O domínio meio ambiente é relativo à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em grupos e oportunidades de recreação/lazer), ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Este domínio apresentou os escores mais baixos da qualidade de vida de acordo com os pesquisados, ficando em 4º lugar com média geral de 3,23, o que pode estar relacionado às situações em que o idoso não se sente seguro e protegido em seu ambiente doméstico, principalmente por se tratar de uma população carente, usuária do serviço público de saúde precário e habitantes de um Estado com significativos índices de violência, como também pelo fato de a maioria dos idosos entrevistados declararem viver com 1 salário mínimo.

Os resultados desse domínio ratificam os dados divulgados em semelhante pesquisa sobre qualidade de vida de idosos brasileiros, realizada pelo *Global Age Watch Index 2015*, com participação de mil idosos do Brasil e outros milhares em outros países. A pesquisa em questão revelou em relatório que as piores avaliações foram concernentes à segurança e transporte público. Numa lista de 96 nações avaliadas, o Brasil aparece em 56º lugar, situando-se atrás de países reconhecidamente mais pobres, como Bolívia, Equador e El Salvador.

Tendo em vista a classificação utilizada na análise da pesquisa, verificou-se que as médias dos domínios em todas as facetas não ultrapassaram 3,94, o que notadamente indica que a qualidade de vida dos idosos de acordo com a realidade da amostra era considerada regular. É importante destacar que, de acordo com a média das facetas, das vinte e seis analisadas, os idosos demonstraram em quatro delas a necessidade de melhorar em atividades de lazer (14), tratamentos médicos (4), renda (12) e sexo (21), que apresentaram as menores médias.

Este resultado apresenta fatores importantes que podem interferir na qualidade do processo de envelhecimento do idoso, as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, ausência de lazer juntamente com a renda, que não são suficientes para suprir suas necessidades básicas, manutenção ou recuperação de sua saúde, o que finda desfavorecendo desumanamente a vida idoso, prejudicando sua integridade física e psicológica. Condições estas que afetam diretamente a qualidade de vida do idoso. Lamentavelmente, esta é uma realidade percebida diariamente tanto nas cidades de grande porte quanto na zona rural de nosso país. Reconhecidamente, percebemos a discrepância entre o avanço da longevidade em nosso país e a ineficiência das políticas públicas diante das necessidades dos idosos.

### 4.3 Comparação dos domínios por gênero

Nas análises comparativas realizadas nesta seção, bem como nas seções 4.3 e 4.4 desta pesquisa, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney. É um teste não paramétrico, adequado quando a suposição de normalidade dos dados é avaliado. De uma forma geral, foram testadas as seguintes hipóteses:

H<sub>0</sub>: Os domínios das duas variáveis são iguais

H<sub>1</sub>: Os domínios das duas variáveis são diferentes

As análises são baseadas no nível de significância de 1% e 5%.

Concernente a análise dos dados, foi seguida a escala elegida para este documento, conforme instruções do instrumento WHOQOL-bref, que é de 1 a 5. A classificação utilizada foi “necessita melhorar” (quando de 1 até 2,9), “regular” (3 até 3,9), “boa” (4 até 4,9) e “muito boa” (5). Na tabela 3 são apresentadas as análises estatísticas das respostas, por gênero, segundo a escala, para cada um dos domínios.

Tabela 3 - Resultados Estatísticos para o Domínio por Gênero

Domínio	GÊNERO				Nível Descritivo
	Masculino		Feminino		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Físico	3,35	0,50	3,27	0,68	0,617
Psicológico	3,59	0,44	3,57	0,67	0,653
Relações sociais	3,59	0,61	3,52	0,72	0,737
Meio ambiente	3,39	0,33	3,20	0,53	0,242
Global	3,68	0,70	3,16	0,73	0,019

Fonte: pesquisa direta

Quanto à análise do gênero, o teste demonstra que há somente diferença significativa para o domínio *Global*, com 5% de significância (nível descritivo igual 0,019). De acordo com a classificação do instrumento do WHOQOL-bref, todos os valores se apresentaram dentro do mesma categoria regular, pois as médias estão no intervalo 3 até 3,9.

Ainda, como podemos observar, a média do domínio global do gênero masculino foi melhor avaliado em relação ao sexo feminino, com uma diferença na média de 0,52 (3,68 - 3,16). Tal resultado expressa que a avaliação de qualidade de vida e a satisfação do idoso

masculino em relação a saúde está melhor, o que verificou-se em todos os domínios e que pode estar associado ao valor cultural de masculinidade, reconhecido historicamente por possuir características do ser homem, viril, forte, invulnerável e provedor. Na maioria dos casos, esse valor cultural dificulta o reconhecimento do homem em expressar suas necessidades de cuidado à saúde.

Na maioria das vezes, os homens negam sentir dor ou aflição, de perceber-se vulnerável, justamente para reforçar a imagem de força do estereótipo masculino. Assim, este resultado pode caracterizar-se como um componente revelador de fragilidade do gênero masculino, pois demonstra camuflar e reprimir suas necessidades em saúde, somente para reproduzir uma cultura machista compartilhada socialmente ao longo de anos.

#### 4.4 Comparação dos domínios por estado civil

Na tabela 4 são apresentadas as análises estatísticas das respostas, por estado civil, para cada um dos domínios.

Tabela 4 - Resultados Estatísticos para o Domínio por estado civil

Domínio	ESTADO CIVIL				Nível Descritivo
	Com Companheiro		Sem Companheiro		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Físico	3,34	0,73	3,23	0,59	0,472
Psicológico	3,59	0,63	3,55	0,65	0,747
Relações sociais	3,56	0,61	3,50	0,78	0,912
Meio ambiente	3,27	0,43	3,20	0,56	0,512
Global	3,33	0,71	3,17	0,77	0,302

Fonte: pesquisa direta

No que se refere ao estado civil, não houve diferença significativa dos valores de domínio entre aqueles com companheiros e sem companheiros. Mesmo que o resultado indicado evidencie pequenas diferenças, em conformidade com as instruções do instrumento WHOQOL-bref ele refletiu em todos os domínios satisfação regular dos idosos em relação a qualidade de vida dos mesmos.

Este resultado pode refletir que a dinâmica dos arranjos familiares na contemporaneidade fazem com que muitos idosos optem por morar sozinhos. Percebe-se que há um possível ajustamento dos idosos a essa condição de protagonizar sua vida e decidir por relações afetivas satisfatórias que lhes permitam possuir tranquilidade e paz.

Eles preferem ficar sozinhos e suprir suas necessidades afetivas por meio do apoio de amigos, na convivência em grupos religiosos, com vizinhos e na participação em espaços de convivência. Os idosos revelaram semelhança na percepção de qualidade de vida a partir das relações sociais que desenvolvem em seu cotidiano, em ambas as circunstâncias, acompanhados ou não. Contudo, salienta-se que houve pequenos adicionais nas médias dos idosos com companheiro, o que permite entender que, existindo companheiro há suporte emocional de afetividade e confiabilidade, o que minimiza sentimentos de solidão e isolamento e refletem de forma benéfica na qualidade de vida.

#### 4.5 Comparação dos domínios por Idosos que trabalham e não trabalham

Na tabela 5 são apresentadas as análises estatísticas das respostas, por idosos que trabalham e idosos que não trabalham, segundo a escala, para cada um dos domínios.

Tabela 5 - Resultados Estatísticos para o Domínio por idosos que trabalham e idosos que não trabalham

Domínio	O SR. TRABALHA ATUALMENTE				Nível Descritivo
	Trabalha		Não Trabalha		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Físico	3,56	0,50	3,20	0,68	0,026
Psicológico	3,63	0,67	3,55	0,63	0,506
Relações sociais	3,79	0,78	3,45	0,67	0,187
Meio ambiente	3,15	0,53	3,25	0,50	0,537
Global	3,31	0,64	3,22	0,77	0,640

Fonte: pesquisa direta

Com relação aos idosos que trabalham ou não, o teste de Mann-Whitney identificou uma diferença significativa entre o valor do escore médio de domínio físico entre as pessoas que trabalham e as que não trabalham, com 5% de significância (nível descritivo igual 0,026), onde aqueles que trabalham tiveram a maior média, 3,56.

Os resultados demonstram que a participação do idoso no mercado de trabalho possui influência positiva na maioria dos domínios, exceto no domínio meio ambiente, e apresenta considerável vantagem no domínio físico (0,36). Compreende-se que isso está relacionado à percepção do idoso em manter-se produtivo numa sociedade em que culturalmente não é valorizado, por sentirem-se excluídos, considerado sem serventia e importância. Estar trabalhando produz valor para ele próprio e muda o olhar para consigo mesmo e em relação aos outros, rompendo preconceitos existentes na comunidade. Há uma consonância na sociedade de que o trabalho dignifica o homem, aprimora habilidades e produz

reconhecimento. Nestes termos, o idoso que trabalha possui sentimentos positivos em relação a apresentar-se produtivo na sociedade.

Igualmente, destaca-se o domínio relações sociais, que confirmam a interação entre os indivíduos como facilitadora da construção de vínculos longitudinais e fortalecimento da troca de saberes. É importante destacar que ao sentir-se útil, o idoso fortalece a autoestima, autonomia e independência. Dessa forma, considera-se que o trabalho produz valores na vida do idoso, que influenciam favoravelmente o envelhecimento, aspectos como sociabilidade e sentimento de utilidade são essenciais para a sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, Soratto e Olivier-Hecler (1999, p.112) afirmam que o trabalho, ao mesmo tempo que é atividade criativa e de renovação, transforma não somente o mundo mas, da mesma forma o homem que o exerce. Apesar da média dos domínios dos idosos que trabalham retratarem um ganho adicional na qualidade de vida, o resultado se manteve regular, não atingindo nível satisfatório para ser considerada boa.



## 5 CONCLUSÃO

O estudo realizado objetivou investigar e analisar a influência de possíveis fatores que influenciam na qualidade de vida dos idosos. O WHOQOL-bref, instrumento utilizado nesta pesquisa, nos proporcionou verificar em seus domínios a capacidade física, o bem estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o idoso está inserido, em conjunto a esses fatores a sua qualidade de vida global e o quanto ele está satisfeito com sua saúde.

Verificou-se que a média geral do domínio global foi de 3,25, ou seja, considerada regular em conformidade com as instruções do instrumento WHOQOL-bref. Dessa forma, globalmente encontrou-se uma avaliação não satisfatória da QV dos idosos pesquisados. Realizando a análise comparativa entre os quatro domínios do Whoqol-bref, o “psicológico” (média 3,58) foi o melhor avaliado. Por sua vez, o domínio “meio ambiente” (média 3,23) evidenciou-se desfavorável entre os demais. Esse fato permite considerar que ele é resiliente diante das dificuldades do cotidiano vivenciado.

No domínio físico, a faceta pior avaliada foi a relacionada com “o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”. Esse resultado demonstrou que para os idosos, depender de medicamentos ou tratamentos está sendo um fator de desestabilização de sua qualidade de vida, embora com esses tratamentos ele preserve sua saúde e se mantenha apto para suas atividades diárias.

Concernente ao domínio psicológico, verificou-se o maior impacto negativo na faceta “o quanto você aproveita a vida?” onde ficou perceptível, a partir dos sentimentos externados pelos idosos, que eles não desfrutam a vida com contentamento. O domínio “relações sociais” apontou como melhor faceta avaliada a “satisfação dos idosos com suas relações pessoais”, avaliando-se a satisfação de relacionamento do idoso com seus amigos, parentes, conhecidos e colegas. Tal avaliação permite inferir que as relações sociais são valores positivos na contribuição de uma velhice saudável.

Concluindo a análise dos domínios, no item referente ao meio ambiente, a faceta “oportunidades de atividades de lazer” apresentou desempenho inferior, em consonância com o resultado do domínio psicológico, demonstrando que o idoso não aproveita a vida de maneira satisfatória. Outra faceta ainda relacionada ao meio ambiente obteve destaque negativo, a denominada “recursos financeiros”, em que os idosos avaliaram não ter recursos financeiros suficientes para satisfazer suas necessidades.

As variáveis sociodemográficas foram avaliadas com vistas à identificação de possíveis impactos negativos relacionados com sexo, estado civil e trabalho. Quanto à análise

do gênero, verificou-se não haver diferença significativa dos valores de domínio, apresentando-se notoriedade para o domínio *Global*, com 5% de significância. Esse resultado revela que a qualidade de vida e a satisfação do idoso masculino em relação a saúde está melhor que o feminino.

Com relação ao estado civil, não houve diferença significativa dos valores de domínio entre aqueles com companheiros e sem companheiros, destacando-se nessa análise, a equivalência dos resultados em todos os domínios, inclusive no global, em que se evidenciou como regular, ressaltando pequena diferença para melhor nos idosos com companheiro. Desse modo, os resultados indicam que independentemente do idoso possuir companheiro ou não, ele consegue obter em suas redes sociais informais, como amigos, igrejas e vizinhos, relevante auxílio e suporte para suas necessidades cotidianas. Portanto, as informações dos dados podem sugerir que os mecanismos de enfrentamento utilizados na superação das dificuldades e sobrevivência pelo qual o idoso sem companhia recorre findam preencher a falta de companheiro, consequentemente esta situação corrobora para equivalência dos resultados.

Com referência aos idosos que trabalham ou não, identificou-se uma diferença significativa no valor do domínio físico entre as pessoas que trabalham e as que não trabalham, onde aqueles que trabalham tiveram a maior média, (3,56). Este resultado demonstra que a condição de estar aposentado e ainda encontrar-se em atividade, ou possuir idade para aposentar-se mas por necessidade continuar trabalhando, são circunstâncias que, independente de sua situação pecuniária, demonstram que a qualidade de vida do idoso que se mantém no mercado de trabalho possui aspectos positivos que favorecem a sua saúde e bem-estar, o que consequentemente influencia a manutenção de sua capacidade funcional e psicológica ativa e preservada.

No que concerne à escolaridade, percebe-se que somente 33,3% possui 11 anos de estudo, o que poderia ter influenciado a sua renda e consequentemente ser considerado fator limitante na qualidade de vida do mesmo. Mediante as análises realizadas, conforme a pontuação de classificação das facetas para cada domínio e as médias encontradas para os diferentes domínios da qualidade de vida da população estudada, conclui-se que os idosos do Ambulatório de Geriatria do HUWC-UFC apresentaram médias que indicaram uma qualidade de vida regular em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

Por conseguinte, com os resultados sistematizados, sugere-se ampliar progressivamente o foco de atenção aos idosos e produzir estratégias de planejamento, com desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas e projetos de promoção à saúde

do idoso, assegurando-lhes melhores condições de vida, de forma a proporcionar um envelhecimento saudável e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida.

Como limitações principais do estudo, destacam-se a amostra reduzida, que pode não refletir precisamente todo o universo de idosos que utilizam os serviços de saúde do HUWC. A utilização do instrumento para avaliação de qualidade de vida pode não avaliar aspectos mais específicos da QV, como bem-estar emocional, nutricional e espiritual. Sendo assim, a realização deste estudo permitiu uma compreensão sobre aspectos relevantes na investigação de fatores que influenciam na qualidade de vida dos idosos. Atenta-se para a possibilidade de o mesmo ser adaptado e/ou integrado a outras investigações e abordagens, de modo a contribuir para a melhoria contínua das ações de promoção do envelhecimento saudável.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. **Agência IBGE notícias**, Rio de Janeiro, 25 de jul. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 16 ago. 2018.
- ALCÂNTARA, A. Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. *In*: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 323-342.
- ALEY, L. P. V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos tipo 2, usuários de um ambulatório de hospital escola**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BALTES, P.; SMITH, J. Psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. **Research in Human Development**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 123-144, 2004.
- BORGLIN, G.; EDBERG, A. K.; HALLBERG, I. R. The experience of quality of life among older people. **Journal of Aging Studies**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 201-220, 2005.
- BOWLING, A. *et al.* Quality of life among older people with poor functioning: the influence of perceived control over life. **Age Ageing**, v.36, n.3, p.310-5, 2007.
- BRAGA, P. M. V. **Curso de direito do idoso**. São Paulo: Atlas, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003, Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, 3 out. 2003.
- BROWNE, J. P. *et al.* Individual quality of life in the healthy elderly. **Quality of life Research**, [s.l.], v. 3, p. 235-244, 1994.
- CACHIONI, M.; FALCÃO, D.V.S. Velhice e educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. *In*: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (org.). **Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados**. Campinas, SP: Alínea, 2009. p. 175-194.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. v. 1. 604 p.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, [s.l.], v.16, n.6, p.2919-2925, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232011000600029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000600029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 abr. 2019.

CAMPOS, V. F. **TQC: controle da qualidade total**. 2. ed. São Paulo: Bloch, 1992.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saude Publica**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008.

CAMPOS, A. C. V.; CORDEIRO, E. de C.; REZENDE, G. P. de.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. e. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto e contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889-97, out./dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-00889.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00889.pdf). Acesso em: 29 abr. 2019.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P.C.; GALIZA, F.T.; QUEIROZ, T.A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 988-94, 2011.

CARVALHO, J.A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2003000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2003000300005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 jun. 2019.

CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 4., 2007. Asunción. **Anais eletrônicos [...]**. Assunción: [s.n.], 2007. Disponível em: <https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/es.html>. Acesso em: 19 set. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 346/05 de 13 de janeiro de 2005. **Projetos de Pesquisa Multicêntricos**, Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/res346.htm>. Acesso em: 7 jun. 2019.

COSTA NETO, S. B. **Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

CRUZ-JENTOFT, A.J.; BAEYENS, J.P.; BAUER, J.M.; BOIRIE, Y.; CEDERHOLM, T. LANDI, F. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on sarcopenia in older people. **Age Ageing**, [s.l.], v. 39, n. 4, p. 412-23, 2010.

DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 280-2, mar./abr. 2004.

DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. Estudos **Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [s.l.], v. 2, p. 35-47, 1999. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/5473-17405-1-PB.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

EUROPEAN COMMISSION. The 2012 **Ageing Report**: economic and budgetary projection for the 27 EU Member States (2010 -2060). [S.l.]: European Union, 2012.

FEDERIGHI, A. J. Exercício físico no idoso. **Âmbito Medicina Desportiva**, São Paulo, v. 3, p. 41-42, 1995.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, [s.l.], v. 11, p. 83-99, 2008.

FLECK, M. P. A. ; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e saúde coletiva**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 fev. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, B. Taxa de sindicalização cai para 12,5% em 2018 e atinge menor nível em sete anos. **Agência IBGE notícias**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26423-taxa-de-sindicalizacao-cai-para-12-5-em-2018-e-atinge-menor-nivel-em-sete-anos>. Acesso em: 14 dez. 2019.

HAZZARD, W. R.; BRERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W.H.; HALTER, J. B. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 3. th ed. New York: McGraw Hill, 1994.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO. **Galeria de Imagens**. Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/galeria-de-imagem>. Acesso em: 14 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília/DF: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça o Brasil – população: quantidade de homens e mulheres. **IBGE Educa**, Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 09 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 9 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010-2060. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/nota_metodologica_2013.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade (1980-2050)**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>. Acesso em: 09 maio 2019.

LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. *In*: BIRREN, J. E.; LUBBEN, J. E.; ROWE, J. C.; DEUTCHMANN, D. E. (ed.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991, p.3-27.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y. A. O. **O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Opas; 2003.

LEITE, P. F. **Aptidão física, esporte e saúde**: prevenção e reabilitação. 2. ed. São Paulo: Robe, 1990.

LIMA, A. M. M. **Saúde e envelhecimento**: o autocuidado como questão. 2008. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. F. *et al.* Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26, nov. 2009.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 913-919, nov./dez. 2014.

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária**: um estudo com idosos dependentes. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MACIEL, E. da S. **Qualidade de vida**: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. 2006. Dissertação (Mestrado em Tecnologia de Alimentos) – Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/111141/tde-13112006-092423/pt-br.php>. Acesso em: 4 abr. 2019.

MATSUDO, S. M.; MTSUDO, V. K. R. Prescrição de exercícios e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, São Caetano do Sul, v. 5, n. 4, p. 19-30, 1992.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde**: um debate necessário. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA, M. S. Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-7, jul./dez. 2006.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar.abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200012). Acesso em: 04 fev. 2019.

NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida na idade madura**. 5. ed. Campinas: Papyrus, 2003.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. *In*: NERI, A. L. (org.). **Qualidade vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea, 2007, p. 13-59.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. *In*: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993. p.7-55.

NÉRI, A. L.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. (org.). **Velhice bem-sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papyrus, 2004.

PAIVA, L. L.; FRASSON, A. L. Reflexões sobre a menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 743 – 757, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/40900/33283>. Acesso em: 9 set. 2019.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2004. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2019.



PEREIRA-PEREIRA, P. A política de assistência social: avanços e retrocessos. **Cadernos do CEAM**, Brasília, n. 11, 2002.

POWER, M.; BULLINGER, M.; HARPER, A. **The World Health Organization WHO-QOL-100 tests of the universality of quality of life in 15 different culture s groups worldwide**. [S.l.]: Health Ps ychol 1999.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2001.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun, 2003.

RIBEIRO, J. L. P. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, [s.l.], v. 2-3, n. 12, p. 179-191, 1994. Disponível em: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994\\_23\\_179.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf). Acesso em: 3 mar. 2019.

ROCHA, S. V. *et al.* Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 191-195, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n3/09.pdf> . Acesso em: 28 mar. 2014.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p.7-19, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/4716-15094-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. **Revista Kinesis**, Santa Maria, p. 116-186, nov. 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/7008-31006-1-SM.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019.

SANTOS, A. J.; NICOLAU, R.; FERNANDES, A. A.; GIL, A. P. Prevalência da Violência contra as Pessoas Idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l.], v. 72, p. 53-77, 2013.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract). Acesso em: 9 set. 2018.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.

SILVESTRE, J. A. ; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio-jun. 2003. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/Abordagem\\_do\\_idoso\\_em\\_programas\\_de\\_saude\\_da\\_familia.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Abordagem_do_idoso_em_programas_de_saude_da_familia.pdf). Acesso em: 11 fev. 2019.

SOARES, S. M. *et al.* **Qualidade de vida e perfil sócio demográfico e epidemiológico de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: [s.n.], 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONOLOGIA. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos. **SBGG**, [s.l.], 27 jan. 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SORATTO, L.; OLIVER-HECKLER, C. Educação: carinho e trabalho. *In*: CODO, W. (org.). **Escola: uma organização multiprofissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SOUZA, E. A. P. Qualidade de vida na epilepsia infantil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 57, n. 1, p. 34-9, 1999.

SPITZER, W. O.; DOBSON, A. J.; HALL, J.; CHESTERMAN, E.; LEVI, J.; SHEPHERD R.; BATTISTA, R.N. *et al.* Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QV-Index for use by physicians. **J Chronic Dis.**, [s.l.], v. 34, p. 585-97, 1981.

TAKAHASHI, T. *et al.* Isolation and characterization of sake yeast mutants deficient in gamma-aminobutyric acid utilization in sake brewing. **J Biosci Bioeng.**, [s.l.], v. 97, n. 6, p. 412-8, 2004. Disponível em: <https://www.yeastgenome.org/reference/S000087125>. Acesso em: 8 nov. 2018.

TEIXEIRA, S. de O.; MARINHO, F. X. S.; VASCONCELOS, M. C.; MARTINS, J. C. de O. Da velhice estigmatizada à dignidade na existência madura: novas perspectivas do envelhecer na contemporaneidade. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, [s.l.], v. 16, n. 12, p. 1, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/29179/20642>. Acesso em: 11 out. 2018.

TEIXEIRA, S. M. **Evelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil- São Paulo**: Cortez, 2008.

THE WHOQOL GROUP. World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/06/conceito-de-idoso-ficou-velho-diz-pesquisadora-do-ipea.shtml><https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/06/conceito-de-idoso-ficou-velho-diz-pesquisadora-do-ipea.shtml>. Acesso em: 11 maio 2019.

TOSCANO, J. J. de O.; OLIVEIRA, A. C. C. de. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922009000300001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922009000300001&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Anuário estatístico**: ano base 2018. Fortaleza: UFC, 2019. Disponível em: <https://proplad.ufc.br/wp-content/uploads/2018/12/anuario-estatistico-ufc-2018-base-2017.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

VAGETTI, G. C.; BARBOSA FILHO, V. C.; MOREIRA, N. B.; OLIVEIRA, N. V. de; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W. de. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

VELARDE-JURADO, E; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública México**, México, v. 44, n. 4, p. 349-61, 2002.

VERAS RENATO, Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino Americana de Engenharia*, [s.l.], v. 21, n. especial, p. 1-9, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_02.pdf). Acesso em: 21 ago. 2019.

WITTER, C.; BURITI, M.A. (Org.). **Envelhecimento e contingências de vida**. Campinas: Alínea, 2011.

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

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

YAZBEK JÚNIOR, P.; BATTITELLA, L. R. **Condicionamento físico**: do atleta ao transplantado. São Paulo: Sarvier, 1994.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

## Características Demográficas

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Gênero: (1) Masculino (2) Feminino

Estado Civil: (1) Casado(a)

(2) Viúvo(a)

(3) Divorciado(a)

(4) Solteiro(a)

O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não

Anos de Estudo: \_\_\_\_\_

Até que ano da escola o(a) Sr(a) estudou?

1. Nunca foi a escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
2. Curso de alfabetização de adultos
3. Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
4. Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
5. Científico, clássico (atual curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
6. Curso superior
7. Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor.

O Sr.(a) trabalha atualmente?

1. Sim (2) Não

Se sim, o que faz? \_\_\_\_\_

O Sr.(a) é aposentado ou pensionista? (1)Sim (2)Não

A maior parte da sua renda é proveniente de:

(1)Aposentadoria (2)Seguro Social (3)Remessas (4)Familiares (5)Trabalho

Qual a renda mensal média do Sr.(a)? Renda: \_\_\_\_\_

1. < 1 SM
2. 1 SM
3. 2 a 5 SM
4. > 5 SM

**ANEXO B – CONSENTIMENTO LIVRE****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO****FACULDADE DE MEDICINA****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(de acordo com a Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

**TÍTULO DO PROJETO:** Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia.

**Pesquisadores envolvidos:** Karina Pfrimer (Nutricionista) Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha (Fisioterapeuta) Juliana Cristina Lemos de Souza Marchesi (Nutricionista) Jarbas de Sá Roriz Filho (Médico) Roberta Rigo Dalla Corte (Médico)

**Contato do Pesquisador Responsável:**

Jarbas de Sá Roriz Filho

Rua Professor Costa Mendes, 1608. 4 Andar Departamento de Medicina Clínica. Tel 3366 8052. CEP 60 430 140. E-mail: [jarbasroriz@gmail.com](mailto:jarbasroriz@gmail.com), Celular: 98206 0526

**Coordenador:** Prof. Dr. Eduardo Ferriolli. E-mail: [eferriol@fmrp.usp.br](mailto:eferriol@fmrp.usp.br)

**Você está sendo convidado(a) a participar de um trabalho de pesquisa que será desenvolvido no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e diversas universidades da América Latina. Desde já agradecemos a sua colaboração!**

**1 Justificativa e Objetivo da Pesquisa**

Atualmente, não existem métodos comprovados para o diagnóstico da sarcopenia (condição que envolve perda de massa muscular e força muscular) em idosos da América Latina. Os valores de riscos são propostos de acordo com valores encontrados nos idosos da Europa e Estados Unidos, provavelmente não se aplicando aos latino-americanos. A perda de força muscular pode interferir na qualidade de vida e na realização das tarefas do dia a dia. O objetivo deste estudo é verificar a relação entre massa muscular e o desempenho em tarefas diárias de idosos latino-americanos, determinando valores de risco para a sarcopenia.

## 2 Participação e Procedimentos

Não será necessário que fique internado para realizar os exames e avaliações. Durante todo o tempo dos exames você será acompanhado por profissionais qualificados (fisioterapeuta e nutricionista). **Você deverá realizar alguns exames e responder perguntas sobre sua saúde, atividade física e hábitos de vida e alimentação.** Será necessário que você compareça ao HUWC (Hospital Universitário Walter Cantídio) uma vez.

Exames:

1. Composição do corpo: Serão feitas medidas da circunferência da cintura (barriga), quadril, braço e panturrilha com fita métrica. Seu peso e altura serão verificados. Também será realizado um Raio-X, onde será possível verificar quanto de gordura, músculo e água possui no corpo. Você ficará deitado por aproximadamente 20 minutos. O exame não causa dor, com exposição a uma taxa baixa de Raio-X, sem consequência para sua saúde. Você ainda deverá ficar deitado em uma maca por aproximadamente 5 minutos. Serão colocados eletrodos na sua mão e no pé. O exame não causa nenhuma dor ou risco. Ainda para verificar a composição do seu corpo você precisará fazer um jejum noturno. Você receberá uma dose de água modificada que não apresenta alterações na cor, cheiro, sabor e não apresenta nenhum risco para a saúde. Serão coletadas amostras de saliva para avaliação da composição do seu corpo (músculo e gordura). A saliva será retirada no momento do teste e 3 horas depois<sup>1</sup>.

2. Gasto de energia: Após beber a água com alterações químicas, você também deverá coletar uma amostra de urina em um pequeno recipiente, cerca de 20ml. Também serão realizadas outras coletas de urina nos dias 1, 2, 3, 7, 12, 13, 14, por duas semanas e servirá para avaliar quanto de energia você gasta por dia. Estas amostras poderão ser coletadas por você em casa<sup>1</sup>.

3. Atividade física: um aparelho de 200mg, chamado actigráfo, será colado à sua coxa com uma folha de curativo para registrar sua atividade física. O aparelho não causa dor ou riscos para a saúde e pode ser utilizado normalmente, inclusive durante o banho.

4. Força muscular, testes físicos e funcionais: Serão avaliadas as forças dos músculos dos braços em aparelhos específicos (dinamômetros). Nestes testes será pedido que você realize uma força apertando o aparelho por três vezes. Você ainda será solicitado a caminhar em uma distância de 6 metros e depois, a caminhar o mais rápido possível durante seis minutos em um corredor de 30 metros e poderá, caso necessário, reduzir a velocidade ou parar para descansar durante o teste. Também será feito um teste em que você deverá se levantar de uma cadeira, caminhar por três metros, retornar e se sentar novamente.

5. Alimentação: Você será perguntado sobre o que comeu nas últimas 24 horas. Esse questionário deverá ser aplicado por mais duas vezes. Para isso um nutricionista combinará de ir a sua casa para refazer as perguntas em outros dias.

6. Questionários: Neste dia, você também irá responder algumas perguntas de questionários usados em idosos. As perguntas estão relacionadas as suas condições de vida, doenças, medicamentos, dificuldade em realizar atividades do dia a dia, prática de atividade física, características de depressão e satisfação com a vida. Também serão realizadas perguntas para verificar sua memória. Os questionários são pequenos e levarão cerca de 30 minutos.<sup>2</sup>

### **3 Riscos**

Apesar dos testes físicos e de força<sup>3</sup> escolhidos serem simples e adequados para idosos, existe o risco de ocorrer leve cansaço físico, cair e ter alterações de pressão arterial que serão diminuídos pela presença de profissionais treinados na aplicação dos testes que ficarão sempre próximos durante a realização do teste<sup>3</sup>. Durante a resposta das perguntas e questionários<sup>3</sup> você pode se sentir cansado ou desconfortável ao responder algumas perguntas pessoais. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta. O aparelho que será colado a coxa é leve e pequeno, mas pode levar ao aumento do suor no local e leve coceira, para evitar qualquer tipo de irritação o mesmo será colado com folha antialérgica e em caso de queixas será retirado imediatamente. Os exames que serão realizados para avaliar a composição do seu corpo não causam nenhum risco a saúde. Participantes com marcapasso não farão o exame de bioimpedância e, portanto não participarão da pesquisa<sup>3</sup>. Em caso de necessidade, você receberá assistência pelo HUWC.

### **4 Benefícios**

Esta pesquisa poderá lhe trazer benefícios sobre o conhecimento da sua situação física e de saúde. Você terá acesso ao resultado de todos os exames e testes realizados que serão



entregues ao final da pesquisa por meio de um relatório<sup>4</sup>. Os resultados deste estudo poderão, no futuro, contribuir para o conhecimento de outros profissionais da área e para a melhor identificação da sarcopenia em idosos latino-americanos.

## **5 Privacidade**

Os dados serão confidenciais e será mantido sigilo sobre todas as respostas e resultados dos testes. Todos os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins desta pesquisa.

## **6 Contato com os pesquisadores e esclarecimentos**

Esclarecemos que os participantes não terão despesas com os experimentos e serão ressarcidos pelos pesquisadores caso tenham despesas com transporte e alimentação. Os números de telefone dos pesquisadores responsáveis estão à disposição para esclarecer dúvidas ou reclamações referentes ao estudo. Você pode, em qualquer momento da pesquisa (antes, durante e depois), pedir esclarecimento sobre os exames e testes realizados, ou outras dúvidas que possam existir em relação à pesquisa <sup>5</sup>.

O número do Comitê de Ética e Pesquisa do HUWC é (85) 3366 8589, nele você poderá tirar dúvidas em relação a questões éticas e o endereço é Rua Capitão Francisco Pedro, 1290. Rodolfo Teófilo. CEP 60430-370.

## **7 Desistência ou Recusa**

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem punição ou perda dos resultados dos exames já realizados. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo a equipe deve ser comunicada e a coleta de amostras para os exames do estudo será interrompida.

## **8 Indenização**

Caso ocorra algum dano decorrente da participação nesta pesquisa, você será indenizado conforme as leis vigentes no país.<sup>6</sup>

Você leu as informações abaixo e entendeu o propósito deste estudo a que foi convidado(a) a participar, assim como os benefícios e riscos potenciais da sua participação no mesmo. Teve a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Você, por intermédio deste, dá livremente o seu consentimento para participar deste estudo.

Você entende que não receberá compensação monetária por sua participação neste estudo. Você recebeu uma via<sup>7</sup> assinada deste formulário de consentimento, que deverá ser assinada pelo participante e pesquisador.<sup>8</sup>

Nome do participante: \_\_\_\_\_:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ /20 \_\_.<sup>9</sup>

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ /20 \_\_.

## ANEXO C – WHOQOL– ABREVIADO

### WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA

**Coordenação do GRUPO  
WHOQOL no Brasil Dr. Marcelo  
Pio de Almeida Fleck  
Professor Adjunto  
Departamento de Psiquiatria e  
Medicina Legal Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul Porto  
Alegre – RS – Brasil**

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
--	--	------	-------------	---------------	----------	--------------

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunc a	alguma s vezes	freqüentement e	muito freqüentement e	sempr e
2 6	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor,	1	2	3	4	5

	desespero, ansiedade, depressão ?					
--	--	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário? OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



**ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Melhoria da qualidade de vida de idosos pelo diagnóstico precoce da sarcopenia.

**Pesquisador:** Jarbas de Sá Roriz Filho

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 41397915.8.2003.5045

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Ceará/HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.912.430

**Apresentação do Projeto:**

Esta é uma Emenda ao estudo transversal, multicêntrico internacional, com a participação de instituições de 12 países da América Latina, incluindo o Brasil. No Brasil, este estudo será realizado em 3 polos distintos: São Paulo (Universidade de São Paulo- USP/ Ribeirão Preto), Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande Sul- UFRGS ) e Ceará (Universidade Federal do Ceará- UFC), coordenados, respectivamente, pelos professores Eduardo Ferrioli, Roberta Rigo Dalla Corte e Jarbas de Sá Roriz Filho. Em cada polo do estudo, serão alocados homens e mulheres com idade igual e/ou superior a 60 anos, assistidos nos serviços de saúde (centros de saúde, hospitais, serviços básicos dos centros de saúde) primários, secundários e terciários, totalizando 375 idosos.

Referida emenda é para incluir os pesquisadores Samuel Brito de Almeida e Deuciângela Ângelo Carvalho, no presente estudo que se encontra em andamento. Deuciângela Ângelo Carvalho irá analisar dados referentes a qualidade de vida dos idosos e Samuel Brito de Almeida irá analisar dados referentes a força muscular e desempenho físico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não alterados pela emenda.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não alterados pela emenda.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa em andamento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

- Carta de apresentação da emenda;
- Currículos de Samuel Brito de Almeida e Deuciângela Ângelo Carvalho;
- Termo de concordância dos novos pesquisadores.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda sem óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_119722_5_E3.pdf	17/08/2018 08:23:26		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_samuel.pdf	17/08/2018 08:15:38	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Outros	CV_Samuel.pdf	09/08/2018 10:51:13	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito

Outros	CV_Deuciangela.pdf	09/08/2018 10:51:04	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Outros	Justificativa_da_Emenda2_ao_CEP.pdf	09/08/2018 10:35:19	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Outros	Justificativa_da_Emenda_2_ao_CEP.do Cx	09/08/2018 10:35:07	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaração_de_concordância_deuciange la.pdf	09/08/2018 10:13:57	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Outros	Declaração_pesquisadora_drajuliana.	05/07/2018	Jarbas de Sá Roriz	Aceito

Outros	Pdf	08:20:02	Filho	Aceito
Outros	Carta_justificativa_emenda_ao_cep.pdf	22/03/2018 11:01:44	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	22/03/2018 10:46:15	Jarbas de Sá Roriz Filho	Aceito
Outros	EMENDA_2.docx	12/07/2016 12:11:46	Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha	Aceito
Outros	concordancia_co_participante_roberta.p df	12/07/2016 12:09:03	Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha	Aceito
Outros	andamento_projeto.docx	05/05/2016 16:45:02	Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha	Aceito

Outros	Declaracao_coparticipante_drjarbas.pdf	05/05/2016 16:42:19	Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha	Aceito
Outros	EMENDA.docx	02/05/2016 09:34:10	Fernanda Pinheiro Amador dos Santos Pessanha	Aceito
Outros	Países envolvidos.doc	29/04/2015 13:49:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- 2ª versão- MODIFICADO EM 27-04.docx	28/04/2015 11:47:02		Aceito
Outros	Carta resposta ao CEP.docx	28/04/2015 11:35:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado-2 versão- Modificado em 27-04.docx	28/04/2015 11:34:10		Aceito
Outros	Justificativa submissão ao CEP.docx	03/02/2015 16:45:33		Aceito
Outros	Centros representantes Brasil.docx	03/02/2015 16:44:52		Aceito
Outros	Países, instituições envolvidas e representantes.docx	03/02/2015 16:43:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	International Atomic Energy Agency.docx	30/01/2015 10:50:06		Aceito
Outros	UPC ASSINADA IAEA.pdf	23/01/2015 11:07:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.docx	23/01/2015 10:36:53		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 24 de setembro de 2018

**Assinado por:**

**Maria de Fatima de Souza (Coordenador(a))**