



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LAURA SILVIA DE SOUZA

**SAÚDE PERCEBIDA E
QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE**

BAURU - 2008



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LAURA SILVIA DE SOUZA

SAÚDE PERCEBIDA E

QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria de Fátima Belancieri e Prof^a Ms. Elisabeth de Oliveira Soares.

BAURU - 2008

S7293s

Souza, Laura Silvia de

Saúde percebida e qualidade de vida na terceira idade / Laura Silvia de Souza – 2008.

53f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Belancieri, Profa. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Terceira idade. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde.
I. Belancieri, Maria de Fátima. II. Soares, Elisabeth de Oliveira. III. Título.

Dedico este estudo, primeiramente à Deus e à meus pais, Édio Fabiano de Souza e Rita de Cássia Sabes de Souza, sem eles o sonho desta jamais seria possível.

Aos meus irmãos que sempre me ajudaram em todos os momentos, e

à todos que acreditaram em mim.

Agradecimentos

Seria praticamente impossível nesse curto espaço agradecer a todos que me ajudaram sem esquecer-se de alguém, por isso me limitarei a mencionar alguns nomes que contribuíram para este sonho que virou realidade.

Em especial a Prof^a Dr^a Maria de Fátima Balancieri, que de forma brilhante me orientou ouvindo minhas idéias e corrigindo meus textos, que em muito contribuiu para um melhor aprimoramento teórico e prático de minha parte.

A todos os professores do curso de Enfermagem, em especial à Prof^a. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares; à Prof^a Dr^a. Leila Maria Vieira e Prof.^a Rita de Cássia Altino Delarmelindo.

E a todos os amigos e colegas de sala que contribuíram e fizeram com que meu estudo se tornasse mais divertido e prazeroso.

“O maior problema deste mundo é que os ignorantes são convictos e os inteligentes cheios de dúvidas” **Bertrand Russel**

SOUZA, L. S. Saúde percebida e Qualidade de vida na Terceira Idade. 2008. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP, 2008.

Resumo: Este estudo tem como objetivo avaliar o nível de qualidade de vida e a saúde percebida dos alunos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Para a coleta de dados foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref, 1998); uma ficha de dados sócio-demográficos, incluindo-se duas questões sobre a saúde do participante. Assim, como resultados pudemos observar que: a maioria dos alunos é do sexo feminino (83,3%) na faixa etária de 61 a 70 anos; com predomínio de casados (60%). Quanto à qualidade de vida, numa escala de 0 a 100, os escores médios encontrados em relação aos domínios foram: no domínio Físico obteve-se o melhor escore, ou seja, 70%. Para os domínios Psicológico e Meio Ambiente os escores foram de 63,3%. E em relação ao domínio Relações Sociais obteve-se o menor escore (60%). Na avaliação geral (QVG) o escore médio ficou em 55%. As facetas que obtiveram os maiores escores médios em cada domínio foram: mobilidade; dor e desconforto (domínio Físico); espiritualidade, religião e crenças pessoais (domínio Psicológico); e segurança (domínio Meio Ambiente). As facetas que obtiveram os menores escores em cada domínio foram: sono (Físico); concentração (Psicológico); e disponibilidade de informações (Meio Ambiente). Este estudo possibilitou avaliar e verificar o nível da saúde percebida e qualidade de vida na Terceira Idade, obtendo-se melhor compreensão sobre a temática.

Palavras Chaves: Terceira idade; Qualidade de vida, Saúde percebida.

SOUZA, L. S. Perceived health and quality of life in the Third Age. 2008. 52 f. Completion of work of course - University of the Sacred Heart, Bauru / SP, 2008.

Abstract: This study aims to assess the quality of life and health of students perceived the Open University Program for Senior Citizens. For data collection was used to scale the WHO Quality of Life (WHOQOL-Focus, 1998), a form of socio-demographic data, including two questions on the health of the participant. Thus, as results we have seen that the majority of students are women (83.3%) aged from 61 to 70 years, with a predominance of married (60%). As for the quality of life on a scale of 0 to 100, the mean scores found in the fields were returned in Physical is the best score, which is 70%. For the areas Psychological Environment and the scores were 63.3%. And in the area Social Commitment was obtained from the lowest score (60%). In general assessment (QVG) the average score was 55%. The facets that had the highest average scores in each area were: mobility, pain and discomfort (physical domain), spirituality, religion and personal beliefs (psychological field) and security (field Environment). The facets which received the lowest scores in each area were: sleep (Physical); concentration (Psychological) and availability of information (Environment). This study enabled evaluates and verify the level of perceived health and quality of life in the Third Age, obtaining a better understanding of the thematic.

Keywords: Third age, quality of life, perceived health.

LISTAS DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição de frequência quanto à idade relacionada ao gênero	27
Tabela 2 - Distribuição de frequência quanto à nível educacional	28
Tabela 3 - Distribuição de Frequência quanto ao estado civil.....	29
Tabela 4 - Distribuição de Frequência quanto à saúde.....	29
Tabela 5 - Distribuição de Frequência quanto à problema de saúde.....	30
Tabela 6 - Questão 01 e 02: Como você avaliaria sua qualidade de vida? Quão satisfeito você está com sua saúde?.....	31
Tabela 7 - Valores Máximos, mínimos e médios para cada domínio.....	32
Tabela 8 - Distribuição de Frequência do Domínio 1 (Físico).....	34
Tabela 9 - Distribuição de Frequência do Domínio 2 (Psicológico).....	35
Tabela 10 - Distribuição de Frequência do Domínio 3 (Relações Sociais).....	36
Tabela 11 - Distribuição de Frequência do Domínio 4 (Meio Ambiente).....	37
Gráfico 1 - Escores médios para cada domínio.....	33
Gráfico 2 - Valores mínimos e máximos dos domínios.....	33
Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-Bref (FLECK, 2000).....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Qualidade de vida na Terceira Idade.....	14
1.2 Saúde Percebida e Qualidade de Vida.....	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Geral.....	21
2.2 Específicos.....	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Campo de estudo.....	22
3.3 Sujeitos.....	23
3.4 Coletas de dados.....	23
3.5 Procedimentos.....	24
3.6 Técnica de análise de resultados.....	25
3.7 Aspectos éticos.....	26
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS.....	45

1 INTRODUÇÃO

Embora o Brasil ainda seja um país de jovens, Veras (2003), revela que esse panorama vem se alterando. O mundo de um modo geral vem enfrentando o envelhecimento populacional, fenômeno este, considerado um dos maiores desafios da saúde pública. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que em 2025 o Brasil terá 33 milhões de idosos, em uma população de 250 milhões de habitantes (IBGE, 2003).

No Brasil, especificamente, o envelhecimento populacional ocorre em um ritmo rápido, caracterizando, um verdadeiro "boom" de idosos. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra cinco vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Contudo, observa-se que entre os países que terão as maiores populações de idosos daqui a menos de 30 anos, oito se situam na categoria de países em desenvolvimento e na substituição das grandes populações idosas dos países europeus pelas de países "jovens", como a Nigéria, Paquistão, México, Indonésia e Brasil. Entretanto, este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao do México e Nigéria (GENEVA, 1987).

Esse crescimento demográfico acentuado da população brasileira na faixa etária de mais de 60 anos tem sido motivo de grande interesse por parte dos estudiosos da terceira idade em vários países do mundo. Projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991 para cerca de 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos na maioria dos países europeus, os quais tiveram sua transição mais lenta e que ainda não conseguiram equacioná-la. Deve-se recordar que estas projeções são baseadas em estimativas conservadoras de fecundidade e mortalidade, sendo que, se não houver uma melhoria mais acentuada em nossas zonas mais miseráveis, como o Nordeste, o envelhecimento brasileiro será muito maior (GENEVA, 1987).

Certamente, para que se tenha uma população idosa com condições ideais para o envelhecimento bem-sucedido, será preciso não apenas toda a inovação tecnológica que se tem buscado, mas, principalmente uma competente e efetiva mudança de conceitos e maneira de encarar a população. Apesar das autoridades não preocupar-se com a defesa e o bem estar das pessoas com mais idade, surgem legislações que buscam modificar a base da sociedade, dentre estas, o Estatuto do Idoso, resultado das mudanças históricas, políticas e sociais que o Brasil vem atravessando e com isso exalta as conquistas almeçadas e, por muitos esquecidas. Caberá à sociedade brasileira, rever seu comportamento diante desse grande contingente de idosos, de modo a serem incorporados ao convívio social, de forma justa e democrática (VERAS, 2003).

O processo de envelhecimento ocorre de maneira diferente para cada pessoa, pois depende de seu ritmo, época da vida, entre outros fatores, não se caracterizando um período só de perdas e limitações, e sim, um estado de espírito decorrente da maneira como a sociedade e o próprio indivíduo concebem esta etapa da vida.

À medida que o ser humano vai envelhecendo uma série de mudanças ocorrem, essas mudanças ficam visíveis em sua imagem externa e nos seus comportamentos. A pele torna-se enrugada, os cabelos ficam brancos, há um aumento do percentual de gordura com a conseqüente diminuição do tônus muscular, e diminuição gradativa do volume de oxigênio máximo, que acarreta uma série de problemas ao idoso, como prejuízo no equilíbrio, e a memória podem tornar-se falha (ARGENTON, 1999).

O aumento de expectativa de vida acaba sendo na verdade um problema de difícil administração na área da saúde uma vez que, durante o processo do envelhecimento temos várias alterações fisiológicas, físico-orgânicas que influenciam e são influenciadas, num constante processo de interação, pela saúde psicológica do idoso, como pela redução funcional, observada na realização de atividades físicas, bem como a falta de disposição na realização de seus trabalhos diários (OMS, 2005).

Segundo Spirduso (1995) estes aspectos em conjunto, acabam por resultar não somente na diminuição da capacidade física, como também, prejudicando a qualidade de vida das pessoas idosas que interagem no ser humano como um todo e, muitas vezes essas mudanças podem limitar a capacidade deste em executar atividades antes simples e afetar sua independência.

Porém, nem todas as funções orgânicas declinam no mesmo ritmo e forma durante o processo de envelhecimento. Essas alterações variam de pessoa para pessoa e são diretamente influenciadas pelo estilo de vida e pelos hábitos adotados pela pessoa que envelhece ao longo de sua vida. O envelhecimento que ocorre de forma sadia, possuindo aspectos positivos, é definido como senescência, e ao oposto a isso, quando uma velhice vem acompanhada por doenças, desordens mentais e marcada por aspectos negativos que prejudicam o idoso é denominada de senilidade (FIGUEREDO, 2007).

Há muitas evidências científicas de que um estilo de vida ativa durante o envelhecimento influencia a capacidade funcional e a autonomia física. A atividade física promove melhora à qualidade de aptidão física favorecendo a manutenção da saúde e a melhora na qualidade de vida, amenizando o isolamento social e alguns males gerados pelo sedentarismo (OMS, 2005).

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem diariamente influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (FLECK, LOUZADA e CHACHAMOVICH, 2000).

Para Santarém (2000), a qualidade de vida caracteriza-se pelas condições das pessoas não se sentirem limitadas para tarefas que desejam realizar por falta da condição física, mas sim, por sentirem excluídos da sociedade.

De acordo com Goldim (2000) as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância no estudo científico e social, estimulando a retomada das reflexões sobre diferentes questões éticas e morais que envolvem os

idosos. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitar a criação de alternativas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas.

Segundo, o Ministério da Saúde (2005), a boa qualidade de vida deve auxiliar a manutenção da autonomia do idoso. Uma forma de quantificar a qualidade de vida é associá-la ao grau de autonomia que o idoso desempenha as suas funções no dia-a-dia, tornando-o independente dentro de um contexto social, econômico e cultural.

1.1 A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Qualidade de vida (QV) é uma expressão de difícil conceituação, desde muitas décadas, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. A qualidade de vida, hoje, depende de fatores extrínsecos e intrínsecos, portanto, existe uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo que é decorrente da inserção deste na sociedade (ROCHA e FELLI, 2004).

Paschoal (2000) acredita que qualidade de vida é um termo mais amplo e inclui variedades mais globalizadas, uma vez que, envolve condições que podem afetar a percepção do indivíduo, tais como, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, não se limitando apenas à sua condição de saúde. A qualidade de vida depende da manutenção de seu bem-estar físico, mental, espiritual, cultural e social.

Para Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) o conceito de “boa qualidade”, por ser abstrato e ambíguo, admite múltiplos significados para diferentes pessoas, locais ou ocasiões. Sendo que, essa multiplicidade de significados colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

Segundo Buss et al (2000), a qualidade de vida é um construto subjetivo que envolve a autopercepção, composto por várias dimensões positivas, negativas e bidirecionais, como função física e bem-estar emocional e social.

Na literatura a qualidade de vida tem sido relacionada como uma variedade de termos que incluem a posse de recursos necessários para a satisfação de necessidades, vontades e desejos individuais, a participação em atividades que favorecem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e a comparação satisfatória entre si e os outros (PASCHOAL, 2000).

Embora, não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse construto foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade; presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O desenvolvimento desses elementos conduz a definição de qualidade de vida 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, 1994). Assim, o reconhecimento da multidimensionalidade do construto reflete-se na estrutura do instrumento de Qualidade de Vida, proposto pela OMS, baseia-se em quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, relação social e meio ambiente (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003).

Farquhar (1995 *apud* SEIDL e ZANNON, 2003) revela que o conceito QV é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; e no contexto de pesquisa científica em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, medicina, psicologia, enfermagem e demais especialidades de saúde.

De acordo com Kaplan (1995 *apud* SEIDL e ZANNON, 2003), constata que na saúde coletiva e na política pública, também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da Qualidade de Vida.

As informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados treinamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para controle de problemas de saúde.

A partir de 1975, a avaliação de qualidade de vida é gradualmente incorporada às práticas de setor de saúde, existindo um crescente interesse de médicos e pesquisadores em transformá-la numa medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos (CICONELLI, 1997).

Até meados da década de 80, começaram aparecer às primeiras definições na literatura, com conceitos muito gerais, não abordando possíveis dimensões do construto, não havendo operacionalização do conceito, tendendo a centrar-se apenas na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida (SEIDL e ZANNON, 2003). Estas definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde.

Para o WHOQOL GROUP (1994), no início dos anos 90, consolida-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, considera-se a percepção da pessoa sobre o estado de saúde, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Não é a subjetividade pura e total, pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e de trabalho que influenciam a qualidade de vida das mesmas. Já relacionado a multidimensionalidade observa-se o reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões positivas e negativas, sendo que as positivas podem ser o desempenho de papéis sociais, mobilidades, autonomia entre outros e os negativos podem ser dor, fadiga, dependência. Assim, qualquer avaliação de qualidade de vida deve sempre incluir dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões.

De acordo com Health-related quality of life-HRQL (2007), na área da saúde são identificadas duas tendências referentes à conceituação de QV: qualidade de vida como um conceito genérico e qualidade de vida relacionada à saúde.

Na conceituação geral, qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, sem fazer referências a agravos ou disfunções; as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (GLADIS, 1999 *apud* SEIDL e ZANNON, 2003).

Na conceituação de qualidade de vida relacionada à saúde, Silva, (2001) e Rezende (2005), afirmam que refere-se ao impacto de saúde sobre três funções: mobilidade, atividade física e atividade social e seu emprego tem sido realizado com objetivos semelhantes à conceituação geral, mas implica em aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

Portanto, na literatura, a qualidade de vida está em evidência, sendo utilizado em diversos contextos de pesquisa, servindo como elo entre as áreas especializadas do conhecimento e tem sido muito relacionada com uma variedade de tempo que incluem a satisfação com a vida, auto-estima, bem estar, felicidade, saúde, valor e status funcional.

Nesse estudo utilizaremos o conceito de qualidade de vida da Organização Mundial de saúde (WHOQOL-GROUP, 2000) definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu Qualidade de Vida 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*”, ou seja, para se ter boa qualidade o indivíduo precisará ter um envelhecimento ativo.

1.2 SAÚDE PERCEBIDA E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade do funcionamento de sua saúde física e mental. Pode referir-se ao funcionamento atual e ao passado e pode incluir expectativas quanto ao funcionamento futuro. Tem como ponto de referência a auto-observação e

parâmetros pessoais e sociais, entre estes a comparação com outras pessoas (LAWTON, 1991 *apud* BORGES, 2006).

Para a OMS (2005), a saúde percebida interage individualmente com muitos aspectos do conceito de saúde, tais como: a capacidade de realizar determinadas tarefas; o status funcional e o status de saúde.

Muitas teorias tentam explicar a redução das interações sociais na velhice, como descreve Néri (1998). Porém, o que se sabe de concreto, é que o isolamento e a inatividade são fatores determinantes para o declínio da capacidade funcional, física e cognitiva, favorecendo o aparecimento de doenças crônico-degenerativas e a complicações daquelas já instaladas. Portanto, exige que nossos governantes visualizem e promovam estratégias que comprovem a presença da pessoa idosa na família e na sociedade, de forma saudável, participativa e construtiva (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

De acordo com Paschoal (2000), a saúde percebida é preditiva de mudanças, mas, os mecanismos responsáveis por essa relação não são bem conhecidos. No entanto há duas hipóteses; a primeira preconiza que a saúde percebida pode refletir o autoconhecimento de problemas pré-clínicos, enquanto que a segunda, propõe que a saúde percebida seja relacionada à auto-orientação psicológica, haja vista, ela poder interferir no estado de saúde.

Constata-se que a saúde percebida e a maneira como as pessoas lidam com os problemas de saúde são os mais importantes preditores de bem-estar na velhice. Outros autores (PASCHOAL, 2000; STUCK et al., 1999 *apud* BORGES, 2006) mostram relação positiva entre saúde percebida e capacidade funcional, funcionamento intelectual e bem-estar geral e relacionam ainda uma alta taxa de mortalidade em pessoas com um baixo nível de saúde percebida, independentemente da saúde objetiva.

As representações sociais do envelhecimento, bem como o processo saúde-doença, vêm recebendo significados diferentes conforme a época de diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização (BEAUVOIR, 1990); por isso mesmo, torna-se imprescindível o

conhecimento desses fenômenos, principalmente através de uma abordagem para um entendimento adequado das questões relativas à saúde do idoso (SOUZA; OLIVEIRA, 2003).

No entanto, têm sido propostos alguns modelos teóricos multidimensionais, que analisam a relação entre perdas e ganhos, que ocorrem durante o processo natural do envelhecimento. Apesar de o envelhecimento continuar sendo representado na base de perdas, esses modelos constatam que as pessoas idosas possuem grande capacidade de reserva que não são exploradas, ou seja, os ganhos passam despercebidos e, em consequência, não são valorizados.

A esse respeito, Bates e Baltes (1990 *apud* VELOZ et al. 1999), afirmam que é preciso uma avaliação sustentada em perspectiva multidimensional para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, fatores objetivos e subjetivos devem ser considerados dentro de um contexto cultural, que contém demandas específicas, pois as representações sociais do envelhecimento e da velhice não devem ser sustentadas com base na noção de declínio. O envelhecimento não é um problema social, e sim um processo social que dura por toda a vida.

Segundo Morangas (1997), o envelhecimento encerra a etapa vital, assim como a infância, a maturidade ou a adolescência, com doenças características e oportunidades próprias, mas não tem necessariamente que estar associada com doenças, incapacidades ou limitações.

O movimento da promoção de saúde é uma resposta a esse desafio. Esse paradigma, para os idosos, coloca em destaque o estilo de vida, valorizando comportamentos, auto cuidado e focaliza a capacidade funcional com um novo conceito de saúde do idoso, importante, portanto, na garantia de um envelhecimento bem-sucedido que, segundo Assis (2004), é caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo.

Hábitos saudáveis, que excluem consumo de cigarro e de álcool, valorizem a alimentação adequada, intervenções médicas, vínculo social, senso de controle e auto-eficácia da saúde, crescimento pessoal contínuo e prática de atividade física

são fatores que influenciam a saúde percebida e o bem estar físico e subjetivo. (OMS, 2006).

Qualidade de vida, portanto, significa muito mais do que ter atendidas as necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação, vestuário, trabalho e moradia. Em razão da multiplicidade de fatores reconhecidos como sendo imprescindíveis, estudos sobre qualidade de vida ainda não conseguem afirmar a parcela de contribuição para cada fator, nem como ocorre sua interação. Para Moreira e Simões (2002), qualidade de vida não é a simples soma dos fatores, aplicando-se à sua compreensão, o princípio sistêmico de que o todo é maior soma das partes.

Considerando que, a terceira idade não é o fim, e sim o recomeço de uma nova etapa do desenvolvimento humano, temos como finalidade ampliar nossos conhecimentos sobre o assunto, propondo este estudo, que visa subsidiar ações específicas voltadas à prevenção e a promoção de saúde, a essa clientela.

Estudar a qualidade de vida na terceira idade, sem dúvida, poderá ser uma maneira de vislumbrar novas perspectivas para a categoria. Assim, esta investigação tem como objetivo avaliar o nível de qualidade de vida dos alunos da terceira idade que freqüentam a Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP, utilizando-se como instrumento a escala de Qualidade de vida (WHOQOL- BREF) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL: Avaliar o nível de qualidade de vida e a saúde percebida dos alunos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil sócio-demográfico dos participantes.

- Verificar o nível de saúde percebida e os principais problemas de saúde apresentados pelos alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade.

- Avaliar o nível de qualidade de vida entre os alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo sobre a qualidade de vida do idoso. Os estudos epidemiológicos, na sua forma descritiva, têm como objetivos mensurar os níveis de saúde de uma população descrevendo o comportamento populacional, bem como estabelecer a distribuição dos eventos, e associando-os as características dos indivíduos (VILA, 2005).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Universidade do Sagrado Coração de Bauru/SP, no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), que têm como objetivo contribuir para a melhoria de vida das pessoas que se encontram na terceira idade, oferecendo a elas oportunidade de se reciclar culturalmente, se reintegrar socialmente e se reestruturar psicologicamente (FANTINI, 2004).

A UATI/USC recebe alunos de ambos os sexos, a partir dos 50 anos, de Bauru e Região, com domínio dos princípios básicos da leitura e da escrita, podendo dessa forma, freqüentar diversas atividades, disciplinas e cursos.

Atualmente a UATI/USC conta com mais de 200 alunos e deseja continuar a oferecer a este público, diversas opções e espaços para que discutam os problemas de sua idade e se organizem para que seus direitos sejam respeitados, afinal, as pessoas idosas constituem valioso patrimônio, além de adquirir um autoconhecimento.

Os alunos têm diversas opções, conforme a programação oferecida e baseada na filosofia do humanismo cristão, inserindo-se em projetos de professores

especializados e alunos pesquisadores (estagiários), interessados em trabalhar nesse programa. Assim, a Universidade Aberta à Terceira Idade tem a possibilidade de promover iniciativas que acrescentam conhecimentos e satisfação aos freqüentadores. Novas atividades têm sido implementadas através da criatividade e sugestão dos próprios alunos/UATI e aceitas por professores e alunos pesquisadores.

3.3 SUJEITOS

Participaram desse estudo, alunos da 3ª idade de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos, regularmente matriculados e freqüentando o programa da Universidade Aberta à Terceira Idade da USC-Bauru/SP.

3.4 COLETAS DE DADOS

Utilizou-se para a coleta de dados a versão abreviada da Escala de Qualidade de Vida da OMS. Esta originou-se com base nos dados extraídos de testes de campo, em 20 centros de pesquisas de 18 países diferentes (GRUPO 2004). O WHOQOL-BREF é um instrumento de auto-avaliação e é auto-explicativo, podendo ser respondido sem necessidade de entrevistadores.

O instrumento foi validado em 20 países, dentro deles o Brasil. O WHOQOL-BREF baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (OMS, 1998).

Instrumento considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Composto por vinte seis questões, sendo duas questões gerais, referindo-se a sua percepção quanto a sua vida outra relativa a sua saúde e as demais, referem-se

aos quatro domínios da qualidade de vida e suas respectivas facetas, conforme o quadro a seguir:

Domínios e facetas do WHOQOL Domínio I	
Domínio I Físico	01. Dor e desconforto 02. Energia e fadiga 03. Sono e repouso 09. Mobilidade 10. Atividades de vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio II Psicológico	04. Sentimentos positivos 05. Pensar, aprender, memória e concentração 06. Auto-estima 07. Imagem corporal e aparência 08. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade e religião – crenças pessoais
Domínio III Relações Sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte social 15. Atividade sexual
Domínio IV Meio Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades 21. Participação e oportunidades de recreação e lazer 22. Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima 23. Transporte

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref (FLECK, 2000)

3.5 PROCEDIMENTOS

Foram coletados dados referentes a duas classes de variáveis: dados sócio-demográficos e qualidade de vida, mediante os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário sobre informações sócio-demográficas (Anexo A)

2) Questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-bref) com 26 itens (Anexo B).

A princípio foi contatada a coordenadora do Programa Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade, para que autorizasse a realização da pesquisa (Anexo C). Após a autorização, os questionários foram entregues aos alunos da Terceira Idade (UATI), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), que deveria ser assinado pelos participantes. No questionário constavam os objetivos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados e as confidencialidade dos dados.

Os questionários foram auto-aplicados pelos alunos, que tiveram o prazo de dez dias para devolução. Os participantes que não responderam os questionários nesse período tiveram um prazo de mais dez dias para o preenchimento e a devolução dos mesmos. Passado o prazo, os participantes que não devolveram os questionários foram automaticamente excluídos da pesquisa. A aplicação dos questionários foi realizada no período de junho a agosto de 2008.

Para a obtenção dos dados referentes à qualidade de vida foi aplicado o WHOQOL-bref, que é um questionário de qualidade de vida, que consta de 26 questões, e que é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

A técnica de análise dos dados utilizada foi à quantitativa, por meio da estatística descritiva, organizando-se as respostas do questionário dos dados sócio-demográficos e Escala de Qualidade de Vida em gráficos e tabelas, nas suas freqüências absolutas e relativas, analisando e discutindo-se os resultados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Cumprindo as exigências éticas no desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração, sendo aprovado sob o protocolo nº 45/08 (Anexo E).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos, inicialmente, os resultados quanto aos dados sócio-demográficos, traçando um perfil da população estudada. Na seqüência, serão apresentados os dados sobre a avaliação da qualidade de vida, obtidos por meio do questionário WHOQOL-bref, bem como a correlação entre cada questão que compõe o domínio e seu escore médio.

4.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

O estudo foi realizado na Universidade Sagrado Coração, com 100 alunos da terceira idade, dos quais 30 responderam aos instrumentos, representando 16,13%. Destes, 16,7% eram do sexo masculino e 25 (83,3%), do sexo feminino.

Em relação a esses percentuais, é interessante ressaltar que houve certa resistência por parte das mulheres em responder ao questionário, uma vez que, estas representam a maioria.

Tabela 1 – Distribuição de freqüência quanto à idade relacionada ao gênero

Idade/Sexo	Masculino/ Feminino	
	Fa	Fr(%)
50 a 60	9	30,0
61 a 70	14	46,7
71 a 80	6	20,0
Mais de 80	1	3,3
Total	30	100

Observa-se na tabela 1, que o grupo de 61 a 70 anos foi o mais freqüente (46,7%), seguido pelo grupo de 50 a 60 anos (30,0%).

Assim, pode-se verificar que a distribuição nas duas faixas etárias é maior, havendo mínima participação de pessoas com mais de oitenta (80) anos. Uma explicação para tais resultados pode ser pelo fato de que as pessoas com mais de 80 anos costumam sair com menor frequência devido às alterações naturais advindas do envelhecimento, que vão restringindo aos poucos sua autonomia para as mais diversas atividades (PASCHOAL, 2000).

Tabela 2- Distribuição de frequência quanto à nível educacional

Nível Educacional	Fa	Fr(%)
Ensino Fundamental	5	16,7
Ensino Médio	12	40,0
Ensino Superior	12	40,0
Pós Graduação	1	3,3
Total	30	100

Em relação ao nível educacional, o Ensino Fundamental foi relatado por 5 sujeitos (16,7%), o Ensino Médio e o Ensino Superior foram relatados por 12 cada (40,0%) e a Pós-graduação foi referido por 1 sujeito apenas (3,3%). Não foi encontrado nenhum analfabeto entre os participantes, isto é, que não tivesse condição de ler e interpretar o questionário proposto. Inclusive, vários entrevistados relataram ter frequentado escolas com idade mais avançada, ou mesmo depois de casados.

Tabela 3- Distribuição de Frequência quanto ao Estado Civil

Estado Civil	Fa	Fr(%)
Solteiro (a)	2	6,7
Casado (a)	18	60,0
Divorciado (a)	3	10,0
Viúvo (a)	7	23,3
Total	30	100

Conforme observado na tabela 3, o grupo mais freqüente quanto ao estado civil foi de casados, com 60,0%, seguido dos viúvos, com 23,3 %. Esse resultado mostra que a maior parte das pessoas que constituem a amostra possui companheiro, fato esse que por si só favorece a qualidade de vida e saúde.

4.2 Qualidade de Vida

Em relação à questão sobre a saúde, observamos na tabela 4 que a maioria considera sua saúde boa (43,3%) e a minoria classifica com nem boa nem ruim (23,3%).

Tabela 4- Distribuição de frequência quanto à saúde

Saúde	Fa	Fr(%)
Nem boa Nem Ruim	7	23,3
Boa	13	43,3
Muito Boa	10	33,3
Total	30	100

Observa-se que os participantes tiveram uma boa percepção de sua qualidade de vida, independente da atual condição. Embora seja considerado um resultado positivo, alguns autores ressaltam que nem sempre essa percepção refere-se a ausência de problemas (PASCHOAL, 2000; VILA, 2003).

Tabela 5- Distribuição de frequência quanto a problema de saúde

Problema de saúde	Fa	Fr(%)
Nenhum Problema	11	36,7
Pressão Alta	8	26,7
Artrite ou reumatismo	1	3,3
Câncer	4	13,3
Diabetes	3	10,0
Problema crônico	1	3,3
Outros	2	6,7
Total	30	100

Conforme observado na Tabela 5, onze alunos da terceira idade (36,7%) afirmaram que não apresentam nenhum problema de saúde; 8 (26,7%) referiram ter pressão alta; 4 (13,3%) referiram que já teve câncer; 3 (10,0%) diabetes; 2 (6,7%) alegam outros problemas de saúde, como labirintite, problemas endocrinológicos ou lombalgia, e apenas 2 (6,6%) apresentam problemas crônicos ou artrite.

Silva (2008) e Rezende (2001) encontraram em seus estudos uma prevalência de pressão alta em 47,12% e 55,81%, respectivamente. Porém, com uma diferença inferior em relação aos alunos da terceira idade da Universidade do Sagrado Coração, ou seja, de 26,7%.

C) QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

A Qualidade de Vida Geral (QVG) refere-se à média entre as duas primeiras questões do WHOQOL-bref, a primeira questão avalia a qualidade de vida de modo geral (Q1) e a segunda avalia a satisfação com a própria saúde (Q2). Por não

fazerem parte dos cálculos dos domínios, estas duas questões serão apresentadas com maiores detalhes, separadamente.

As freqüências e medidas descritivas das questões 1 e 2 serão representadas na tabela 6. Esta tabela apresenta as duas questões, as opções de resposta com os respectivos números e percentuais dos respondentes.

Tabela 6 – Questão 01 e 02: Como você avaliaria sua qualidade de vida? Quão satisfeito você está com sua saúde?

QVG		Fa	Fr(%)
Q1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Nem Boa Nem Ruim Boa	3	10,0
	Boa	15	50,0
	Muito Boa	12	40,0
Total		30	100
Q2- Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	Insatisfeito	1	3,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	4	13,3
	Satisfeito	18	60,0
	Muito Satisfeito	7	23,3
Total		30	100

Com relação à questão 1, sobre a avaliação da qualidade de vida de modo geral, a maioria, 15 alunos (50,0%) escolheu a opção de resposta *boa* e 12 alunos (40,0%), escolheram *muito boa*. Porém, alguns avaliaram sua qualidade de vida de forma intermediária, responderam *nem boa nem ruim* (10,0%).

Com relação à satisfação com a própria saúde, na questão 2, muitos alunos mostraram-se satisfeitos (60,0%) ou muito satisfeitos (23,3%). Quatro alunos (13,3%) avaliaram esta questão de forma intermediária, nem insatisfeitos nem satisfeitos. Porém, 1 aluno avaliou sua saúde de forma negativa, sendo 3,3% insatisfeito.

Nos gráficos e tabelas abaixo, apresentaremos os escores médios, mínimos e máximos para cada domínio da Qualidade de Vida.

Tabela 7 – Valores Máximos, mínimos e médios para cada domínio.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média
Físico	64,52	78,6	64,52
Psicológico	67,50	83,3	67,50
Relações Sociais	77,78	100,0	77,78
Meio Ambiente	71,15	100,0	71,15
Total	8,6	85,4	69,13

Como podemos observar, o único Domínio que se encontra na Região de Sucesso é o Social e o Meio Ambiente, com média de 77,78% e 71,15%, respectivamente; o valor mínimo individual encontrado foi de 64,5% e o máximo de 100%. Os demais Domínios (Físico e Psicológico) encontram-se na Região de Indefinição.

De acordo com Saupe et al (2004) é considerado os valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como Região de Fracasso, de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta), correspondendo a uma Região de Indefinição, e acima de 71 (setenta e um) como tendo atingido a Região de Sucesso. Embora, o domínio Psicológico esteja numa Região de Indefinição, é importante observar que se aproxima da Região de Sucesso, obtendo uma média, de 67,50, respectivamente. No entanto, se levarmos em consideração os valores mínimos e máximos (0-100) propostos por Fleck (2000), a qualidade de vida dos alunos da terceira idade está relativamente boa. A média mais baixa foi em relação ao Domínio Físico (64,52%). Tal domínio está relacionado à segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salários, ambiente físico (FLECK, 2000). Todos esses aspectos são considerados fundamentais para uma vida com qualidade, no entanto, não dependem somente do sujeito para serem solucionados.

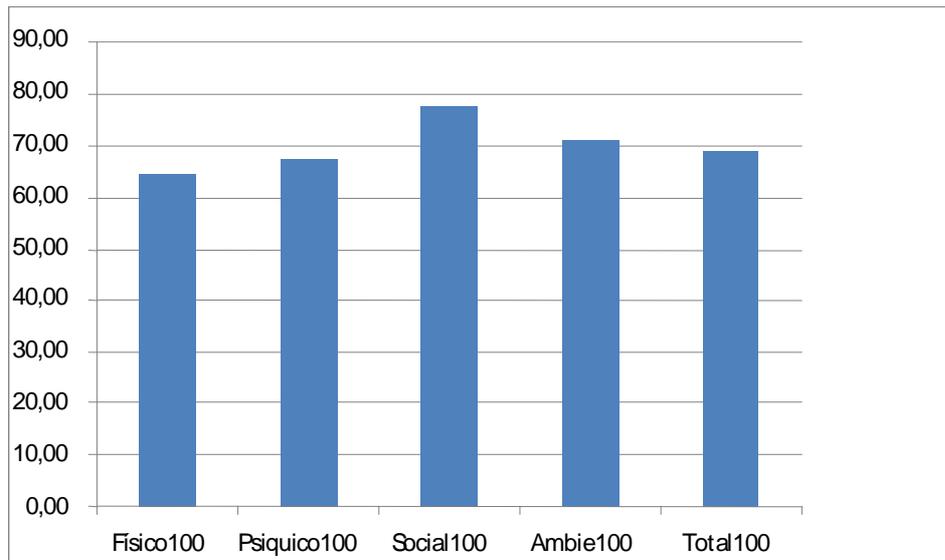


Gráfico 1 – Escores médios para cada domínio

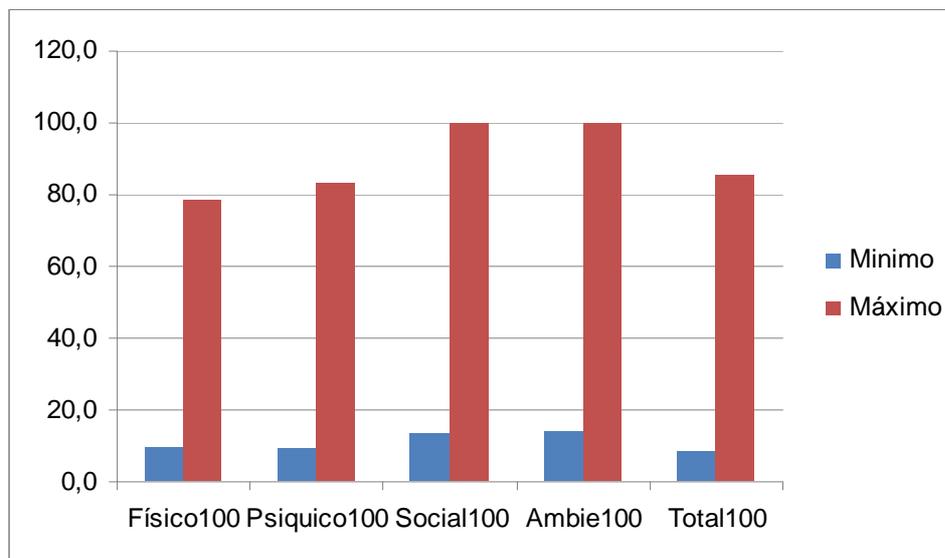


Gráfico 2 – Valores mínimos e máximos dos domínios

Observa-se nos gráficos que os domínios social e meio ambiente apresentam escores numa zona de sucesso, enquanto os domínios físico e psicológico encontram-se numa zona de indefinição, podendo-se considerar que a qualidade de vida dos idosos estudados é relativamente boa.

Tabela 8- Distribuição de frequência do Domínio 1 (Físico)

Questões do domínio Físico	Escores (%)				
	<i>Nada</i> Fr(%)	<i>Muito Pouco</i> Fr(%)	<i>Mais ou menos</i> Fr(%)	<i>Bastante</i> Fr(%)	<i>Extremamente</i> Fr(%)
Q3-Dor física impede de fazer o que precisa?	66,7	10,0	23,3	-	-
Q4- Precisa de tratamento médico?	16,7	43,3	23,3	16,7	-
	<i>Nada</i> Fr(%)	<i>Muito pouco</i> Fr(%)	<i>Médio</i> Fr(%)	<i>Muito</i> Fr(%)	<i>Completamente</i> Fr(%)
Q10- tem energia para seu dia-dia?	-	-	23,3	46,7	30
	<i>Muito ruim</i> Fr(%)	<i>Ruim</i> Fr(%)	<i>Nem ruim nem bom</i> Fr(%)	<i>Bom</i> Fr(%)	<i>Muito Bom</i> Fr(%)
Q15- Quão bem é capaz de se locomover?	-	-	6,7	23,3	70,0
	<i>Muito insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> Fr(%)	<i>Satisfeito</i> Fr(%)	<i>Muito Satisfeito</i> Fr(%)
Q16- Satisfação com seu sono?	3,3	3,3	26,7	36,7	30,0
Q17- Satisfação com a capacidade de desempenhar atividades diárias?	-	3,3	10,0	43,3	43,3
Q18- Situação com a capacidade Trabalho?	-	-	16,7	40,0	43,3

Pela Tabela 8, observa-se que, para o domínio Físico, todas as questões apresentaram escores acima de 36,7.

O maior escore médio referiu-se à questão 15 (faceta mobilidade). Nesta questão, 21 alunos (70,0%) optaram pela resposta *muito bom*, 7 (23,3%), pela resposta *bom*, e 2 (6,7 %) pela resposta *nem ruim nem bom*, quanto à capacidade de locomover-se.

O segundo maior escore médio do domínio foi para a questão 3 (faceta dor e desconforto), no qual 20 (66,7%) responderam *nada*, 3 (10,0%) responderam muito pouco, e 7 (23,3%) optaram por mais ou menos quanto à dor e desconforto.

A faceta energia e fadiga (Q10) obtiveram o menor escore médio do domínio, de 46,7%. Quatorze alunos (46,7%) optou pela resposta *muito*, 9 (30,0%) pela resposta *completamente* e 7 (23,3%) escolheram a resposta média sobre a energia suficiente para o dia-a-dia.

Tabela 9- Distribuição de frequência do Domínio 2 (Psicológico)

Questões de domínio Psicológico	Escore (%)				
	<i>Nada</i> Fr(%)	<i>Muito pouco</i> Fr(%)	<i>Mais ou menos</i> Fr(%)	<i>Bastante</i> Fr(%)	<i>Extremamente</i> Fr(%)
Q5-Quanto você aproveita a vida?	-	-	20,0	60,0	20,0
Q6-Em que medida a vida tem sentido?	-	-	6,7	63,3	30,0
Q7- O quanto você consegue se concentrar?	-	3,3	20,0	50,0	26,7
	<i>Nada</i> Fr(%)	<i>Muito Pouco</i> Fr(%)	<i>Médio</i> Fr(%)	<i>Muito</i> Fr(%)	<i>Completamente</i> Fr(%)
Q11-Você é capaz de aceitar sua aparência física?	-	6,7	16,7	46,7	30,0
Q19-Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	-	-	10,0	46,7	43,3
	<i>Nunca</i> Fr(%)	<i>Às vezes</i> Fr(%)	<i>Freqüentemente</i> Fr(%)	<i>Muito</i> <i>Freqüente</i>	<i>Sempre</i> Fr(%)
Q 26-Freqüência de sentimentos negativos?	40,0	56,7	3,3	-	-

Para o domínio Psicológico, todas as questões apresentaram escores médios acima de 45%.

As questões que apresentaram os maiores escores médios, foram a questão 6 (faceta espiritualmente, religião e crenças pessoais) e a questão 19 (faceta auto-estima).

Para a questão 6, 19 os participantes (63,3%) escolheram *bastante*, 9 (30%) escolheram *extremamente*, e 2 (6,7%) *mais ou menos*, como resposta para a avaliação sem sentido da vida.

Na questão 19, 14 (46,7%) responderam muito, 13 (43,3%) responderam completamente, e 3 (10,0%) optaram por médio, quanto à satisfação consigo mesmo.

A questão 7 referia-se à pensar, aprender, memória e concentração, ficando com escore médio de 50,0%, o menor escore médio do domínio. Nesta questão, 15 sujeitos, ou 50,0%, optaram pela resposta *bastante*, 8 (26,7%) pela resposta

extremamente, e 6 (20%) escolheram a resposta muito pouco sobre a capacidade de concentração.

Tabela 10- Distribuição de frequência do Domínio 3 (Relações Sociais)

Questões do Domínio Relação Sociais	Escore (%)				
	<i>Muito insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> Fr(%)	<i>Satisfeito</i> Fr(%)	<i>Muito Satisfeito</i> Fr(%)
Q20-Satisfação com relações pessoais?	-	-	10,0	43,3	46,7
Q21-Satisfação com a vida Sexual?	-	10,0	16,7	60,0	13,3
Q22-Satisfação com apoios dos amigos?	-	-	10,0	60,0	30,0

A questão 21 e 22 (faceta de atividade sexual e faceta suporte ou apoio social) foram o que apresentaram com maiores escores médios para o domínio Relações Sociais, sendo que 18 ambos (60%) responderam estar *satisfeitos* quanto à vida sexual e com o apoio dos amigos. E variam, 4 (13,3%) optaram estar *muito satisfeito* quanto à vida sexual e 9 (30,0%) responderam *muito satisfeitos* com o apoio recebido dos amigos.

A questão 20 (faceta relações pessoais) foi o que representou menor escore médio, para o domínio Relações Social. Nesta questão, 13 sujeitos (43,3%) referiram estar satisfeito. Porém, 14 (46,7%) referiram estar *muito satisfeito* com o apoio recebido dos amigos.

Tabela 11- Distribuição de frequência do Domínio 4 (Meio Ambiente)

Questões do Domínio Meio Ambiente	Escores (%)				
	<i>Nada</i> Fr(%)	<i>Muito Pouco</i> Fr(%)	<i>Médio</i> Fr(%)	<i>Muito</i> Fr(%)	<i>Completamente</i> Fr(%)
Q8-Segurança na vida diária?	-	-	13,3	63,3	23,3
Q9-Condições no ambiente físico (poluição, barulho, etc.)	13,3	20,0	30,0	26,7	10,0
Q12-Dinheiro suficiente para as necessidades?	-	10,0	40,0	26,7	23,3
Q13-Disponibilidade de informações?	-	3,3	26,7	43,3	26,7
Q14-Atividades de lazer?	-	6,7	26,7	43,3	23,3
	<i>Muito insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Insatisfeito</i> Fr(%)	<i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> Fr(%)	<i>Satisfeito</i> Fr(%)	<i>Muito satisfeito</i> Fr(%)
Q23-Satisfação com as condições de moradia?	3,3	-	16,7	23,3	56,7
Q24-Satisfação com acesso aos serviços de saúde?	6,7	13,3	10,0	36,7	33,3
Q25-Satisfação com o meio de transporte?	6,7	3,3	10,0	23,3	56,7

Para o domínio Meio Ambiente, todas as questões obtiveram escores médios abaixo de 63,3%, sendo que este domínio foi o que o menor escore médio entre todos os domínios do WHOQOL- bref (Tabela 10).

A questão 23 e 25 (faceta ambiente no lar e condição de moradia) e 8 (faceta segurança física e proteção) foram as que apresentaram os maiores escores médios dentro do domínio Meio Ambiente.

Na questão 23, 17 alunos (56,7%) optaram pela resposta Muito satisfeito, 7 (23,3%) pela resposta satisfeito, 5 (16,7%) optaram pela resposta nem insatisfeito nem satisfeito, com relação ao ambiente no lar.

Na questão que avaliou a segurança física e proteção (Q8), 19 respondentes (63,3%) avaliaram como muito, 7 (23,3%) como completamente e 4 (13,3%) como médio o sentimento de segurança na vida diária.

A questão 12 (faceta recursos financeiros) e 14 (faceta participação em, e oportunidades de recreação/lazer) apresentaram os menores escores médios, 40 e 43,3, respectivamente.

Sobre a medida das oportunidades de atividades de lazer (Q14), nenhum aluno respondeu nada, 13 (43,3%) responderam muito, 8 (26,7%) médio, 7 (23,3%) responderam completamente, e 2 alunos (6,7%) optaram muito pouco.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados obtidos nesta pesquisa permite-nos considerar que, se comparada aos dados apresentados nos estudos expostos ao longo da mesma, bem como aos elementos demonstrados, a amostra usufrui não só de mais recursos, mas também de melhores condições ou possibilidade de viver com mais qualidade.

Assim, de acordo com os objetivos propostos, os dados encontrados nos permitem concluir que:

O perfil sócio-demográfico dos participantes predominantemente referem-se a faixa etária entre 61 a 70 anos; sexo feminino. Em relação a saúde, 43,3% a consideram boa, sendo que, 33,3% diz estar muito boa.

Em relação ao nível da qualidade de vida entre os alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade, podemos considerá-la relativamente boa, uma vez que o escore médio geral foi de 64,52%, numa escala de 0-100. Os participantes têm uma percepção satisfatória de sua qualidade de vida apesar de insatisfação manifestada em alguns domínios estudados.

Em todos os domínios houve a presença de indivíduos com um grau de insatisfação. No domínio Físico a insatisfação esteve presente nos quesitos: sono e satisfação com a capacidade de desempenhar atividades diárias; no domínio Psicológico, nas questões concentração e sentimentos negativos.

No domínio Relações Sociais, não houve insatisfação nas questões, porém, no domínio Meio Ambiente, houve insatisfação acentuada, especialmente nas questões relacionadas a informações, condição de moradia e meio de transporte.

As respostas para cada questão podem ser conflitantes, pois, podem apresentar dificuldades existentes em avaliar a qualidade de vida, onde possibilitou uma reflexão a respeito.

Com relação as questões que tratam da percepção sobre o nível de saúde percebida e os principais problemas de saúde apresentados pelos alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade, comparando-se com as respostas dadas nas questões relacionadas à saúde e doença atual, observa-se que há uma semelhança nas respostas. Porém, no item referente aos problemas de saúde atuais, 26,7% afirmou ter problemas de saúde, o que faz refletir sobre como essas pessoas definem saúde e qualidade de vida. Na realidade, é preciso ressaltar que, ainda que a amostra estudada possa apresentar maior possibilidade de possuir uma vida com melhor qualidade, trata-se apenas de uma pequena parcela da população idosa.

De qualquer forma, o estudo em questão, mostra que é possível ter um envelhecimento com mais qualidade de vida; e também que essa qualidade parece estar associada a fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos e educacionais que nem sempre estão presentes na vida de grande parte da população.

Resta-nos então, um árduo trabalho de conscientização da população, além da realização de ações que possam estender às pessoas mais carentes as condições necessárias para se poder viver com mais qualidade, abrangendo desde a adequação das políticas públicas ao novo perfil da população brasileira, que vem envelhecendo ano após ano, até ações mais pontuais em relação a educação, saúde e assistência ao idoso.

A qualidade de vida apresenta aspectos de estudo diferentes tanto no ponto de vista teórico quanto metodológico

Assim, consideramos que esses resultados são fonte de informação sobre a qualidade de vida para os alunos da Terceira Idade, podendo servir de motivação para novos grupos e abordagens metodológicas. Finalmente, faz-se necessário um redimensionamento na visão e procedimentos individuais e coletivos em relação ao envelhecer, sendo também indispensável um trabalho multidisciplinar efetivo de prevenção e orientação a população, que possa envolver não só as áreas da saúde, mas também a realização de trabalhos que visem à preservação da auto-imagem do idoso bem como de sua autonomia.

REFERENCIAS

ARGENTON, J. (1999, p.68) e O mundo da Saúde, 1997, p.241. Disponível em: <<http://www.guiaparana.com.br/noticias/1046479.shtml>>. Acesso em: 09 ago.2007.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção de saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.557-81, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.sp.br>>. Acesso em: 05 out. 2007.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.

BORGES, S. M. Relação entre função visual e capacidade funcional na velhice, Campinas, 2006 p.101, Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo.

BUSS, P. M et al. 1998. **Promoção da Saúde e Saúde pública**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro: 178pp. (Mimeo).

CANOAS, C.S. **A condição humana do velho**. São Paulo: Cortez, 1985.

CARLOS, R. C. **O idoso no Sistema Público de Saúde e o processo de reabilitação auditiva um estudo exploratório**. PUC-SP (1994).

CIAMPA, A. C. **A estória de Severino e História de Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CICONELLI, R. M.; Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida - medical study sf-36 item short form health survey (SF36).

FIGUEREDO, V.L.M. (2007). Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências & Cognição**, v. 12, n. 4. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 09 abr.2008.

FANTINI, G. A. **O idoso e o aprendizado no uso do computador**: um estudo de caso junto aos alunos da universidade aberto a terceira idade da Universidade do Sagrado Coração. Bauru: EDUSC, 2004.

FLECK, M. P. de A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-Bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-83. 2000.

FLECK, M. P. de A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M.; Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.3n.2 p. ,2003.

GENEVE (1987), ASTRAND, Per Olof; RODAHL, Kaare. **Tratado de Fisiologia do Exercício**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 09 abr. 2008.

GOLDIM, J. Bioética e Envelhecimento. In: Freitas E, Py L, Néri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GOYAZ, M. Vida ativa na melhor idade. **Revista da UFG**. v.5, n. 2, dez 2003. Disponível em:< <http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 25 abr. 2008.

INFORMAÇÕES estatísticas e geocientíficas. São Paulo: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2003). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/pnad>>. Acesso em: 09 abr. 2008.

MEDRADO, B. O idoso e a representação de si. **Revista de Psicologia**. São Paulo, n.2, p. 99-118, 1986.

MELO, L.B e SILVA, V.T.B.L. **Guia para Melhor Idade: Experiência do Viver**. INESP. Fortaleza-CE, 2003.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

MORANGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2002.

NÉRI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NIQUERITO, A. V. **Avaliação da sintomatologia do estresse, níveis de resiliência e qualidade de vida dos trabalhadores da rede pública de saúde do município de Bauru/SP**. Bauru: Edusc, 2008.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000. 252p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PASCHOAL SMP. **Qualidade de Vida do Idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico (Tese) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

REZENDE, C.H.A.de. **Desnutrição em idosos institucionalização em asilos**. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2001. 107 p.

ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev. Latino-Arm. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, fev.2004.

SANTARÉM, J.M. **Atualização em exercícios resistidos**: exercícios com pesos e qualidade de vida. Disponível em:
<<http://www.saudetotal.com/saude/musvida/pesos.htm>>. Acessado em 07 mar. 2008

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 580-588 set./out., 2003.

SEIDL E. M. F; ZANNON C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588 mar- abr, 2004.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETTO, M. M. A abordagem do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 839-47, mai-jun, 2003.

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 09 abr. 2008.

SIMÕES, M.J.S.; FALVO, I.F. Estudo de Prescrição de Medicamentos para Idosos Atendidos em Serviço Público de Saúde, em Município da Região Sudeste, Brasil, 1999. **Revista Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.21, n.2 p.217-227 2000.

SAUPE R.; NIETCHE E. A.; CESTARI M. E.; GIORGI M. D. M.; KRAHL M. Qualidade de Vida dos Acadêmicos de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V, 12 n.4 Rib. Preto jul/ago.2004.

SOUZA, E. C. F. de; OLIVEIRA, Â. G. R. da C. A. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. Disponível em: <[http://www.terravista.pt/bilene/2114/artigos.htm](http://www.terraviva.pt/bilene/2114/artigos.htm)>. Acesso em: 09 abr. 2008.

SPIRDUSO, W. W, Physical Dimensions of Aging. Champaign: Human Kinetics, 1995.

VILA, S.G. **Qualidade de vida em enfermeiros de Bauru**. Bauru: Edusc, 2005.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit**, v.12, n.2, p.479-501, 1999.

VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-01, maio-jun. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Acesso em: 05 out.2007.

ANEXOS

ANEXO B – Escala de qualidade de vida da OMS- Versão abreviada

INSTRUÇÕES: Escala de Qualidade de Vida da OMS- Versão abreviada (WHOQOL)

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 as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenham 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 numero que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas ultimas semanas.

Portanto, você deve circular o numero 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebeu dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o numero 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim,	Boa	Muito boa
--	--	------------	------	-----------	-----	-----------

				Nem 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 duas últimas 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 a 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 às 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 ultimas 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 como 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 a 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 à **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?_____.

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?_____.

Você tem algum comentário sobre o questionário?_____.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C — CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Título do Projeto: Saúde Percebida e Qualidade de Vida na Terceira Idade.

Endereço: Luiz Bleriot nº: 1-65 / Alto Acre nº: 2- 78.

Bairro: Bela Vista Cep:17060-180

(Telefone: (14))3234-4543/ (14) 3222-7124.

Pesquisador responsável 1: Profª Drª Maria de Fátima Belancieri e Profª Ms. Elisabeth de Oliveira Soares

Pesquisador responsável 2: Laura Silvia de Souza.

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru-Sp.

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre a Qualidade de Vida na Universidade Sagrado Coração nas ultimas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responderem um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com os amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Não existirão encargos adicionais associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo. Caso o (a) senhor (a) concorde poderemos passar as informações obtidas para sua Universidade visando colaborar para as ações efetivas de melhoria e aprimoramento de nossa profissão.

Portanto, Eu _____ entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu _____ entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e

que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

_____.

Data: ____/____/____.

Eu certifico que expliquei a (o) Senhor (a) _____, acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:_____.

Data: ____/____/____.

ANEXO D– TERMO DE CONSENTIMENTO**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

Rua: Irmã Armanda Q. 10-40 – Jardim Brasil.

CEP:17011-160 Bauru/SP – Fone: (14)21077000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa “SAÚDE PERCEBIDA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE.” realizada por Laura S. Souza, graduanda do Curso de ENFERMAGEM na Universidade Sagrado Coração de Bauru, sob orientação da professora Mestre Elisabeth de Oliveira Soares.

Fica claro que o sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se CONFIDENCIAIS E GUARDADAS POR FORÇA DE SIGILO PROFISSIONAL.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de 2008.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador responsável

Aluno (a) Responsável

ANEXO E-COMITÊ DE ÉTICA

Ao Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da USC

Bauru, 9 de abril de 2008.

Prezado Presidente:

Estamos encaminhando o projeto QUALIDADE DE VIDA DOS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO DE BAURU-SP, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da USC.

Atenciosamente, Elisabeth de Oliveira Soares.


Pesquisador responsável.