



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

HUMBERTO MEDEIROS WANDERLEY FILHO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**

CAMPINA GRANDE - PB

2023

HUMBERTO MEDEIROS WANDERLEY FILHO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração: Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes.

CAMPINA GRANDE - PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

W245q Wanderley Filho, Humberto Medeiros.
Qualidade de vida de idosos residentes em municípios das
macrorregiões de saúde da Paraíba [manuscrito] / Humberto
Medeiros Wanderley Filho. - 2023.
76 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade
Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes,
Departamento de Fisioterapia - CCBS."

1. Qualidade de vida. 2. Envelhecimento. 3. Idosos. 4.
Paraíba. I. Título

21. ed. CDD 305.26

HUMBERTO MEDEIROS WANDERLEY FILHO

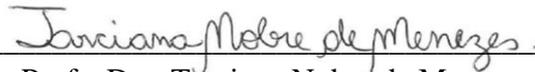
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração: Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Aprovado em: 27/02/2023.

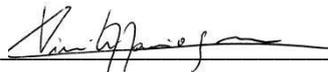
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Dimitri Taurino Guedes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Aos meus pais, Humberto e Iris, minhas joias preciosas, que me amam e me apoiam todos os segundos da minha vida.

A Luan, meu filhote, que está sempre pronto para me mostrar como é bom amar e passear por aí.

Aos tão sábios idosos, verdadeiros protagonistas desse sonho.

A Marcos, meu irmão em forma de anjo, que do alto sempre estará olhando por mim (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus mentores espirituais, sobre todas as coisas, pois se Eles me deram força e coragem para correr atrás dos meus sonhos é porque sabiam que eu seria capaz de conquistá-los. Esta vitória é para e por Eles, sempre. “*Tudo o que fizeres, fazas de todo o coração como para o Senhor, e não para os homens*” (Colossenses: 3,23).

A minha mãe, Iris de Lourdes, por me ensinar a ser forte e erguer a cabeça, mesmo nos momentos mais difíceis, sendo o maior exemplo de garra que eu poderia ter; e ao meu pai, Humberto Wanderley, por me fazer ver a vida de forma mais amena e com aquele sorriso no rosto que alivia qualquer tempestade. Aos meus pais, pelo amor e proteção, pelos ensinamentos e confiança, pelos abraços e puxões de orelha, pelas palavras e silêncios. Por existirem e por me tornarem quem eu sou, agradeço com todas as forças que tenho. Saibam que, quando estou longe de casa, é das paredes do nosso lar que eu mais sinto falta. “*A verdadeira felicidade está na própria casa, entre as alegrias da família*” (Leon Tolstoi).

Ao meu filhote, Luan, por tornar minha vida mais leve com seu cheiro e lambidas. Por muitos dias, ele foi meu único suporte mesmo sem entender, me trazendo paz e amor, dando sentido a todas as horas de todos os meus dias.

À minha orientadora, Tarciana Nobre de Menezes, grande e exemplar mulher, por me incentivar e me mostrar os caminhos certos, me fazendo crer que seria possível. Com sua experiência, segurou minha mão e trilhou essa caminhada lado a lado, mesmo em tempos tão difíceis, nunca deixando que eu descreditasse. Sou extremamente grato pela confiança e espero nunca a ter desapontado.

Aos membros da banca avaliadora, Gabriela Maria Cavalcanti Costa e Dimitri Taurino Guedes, por aceitarem participar deste momento, contribuindo de forma grandiosa ao estudo e ao meu crescimento acadêmico.

A toda minha família, pelo apoio e encorajamento. Mesmo distantes, sempre estiveram em meus pensamentos como fonte de energia para que eu pudesse, diariamente, acordar forte em busca dos meus objetivos.

Aos meus avós maternos Bianor (*in memoriam*) e Martha; e paternos Alano (*in memoriam*) e Adalgiza (*in memoriam*), meus eternos exemplos de idosos, que me fizeram perceber como é linda essa fase da vida e como suas experiências são enriquecedoras. Tenho os quatro mais belos motivos para a realização desse trabalho.

A minha companheira de pesquisa e agora amiga inseparável, Monique Hélien da Silva Santos, por todo apoio e carinho, sendo parceira imprescindível nessa jornada. Muitas vezes não foi fácil, mas nunca deixamos os percalços serem maiores que nossos sonhos. Chegamos juntos até o fim e tenho certeza que seguiremos uma amizade linda por longos anos.

Aos meus velhos e bons amigos, incluindo também as novas amizades advindas do Mestrado, pelas palavras de incentivo e encorajamento. Por me ouvirem, por me aconselharem e por

estarem sempre presentes, mesmo que quilômetros nos separassem. Obrigado por sempre me lembrarem dos meus valores e qualidades, me dando forças para nunca desistir. *“Quanto mais antiga a árvore, melhor a sombra e maior a proteção”* (Maria de Lourdes Micaldas). Obrigado por nunca deixarem que a árvore da nossa amizade fosse demolida.

Aos idosos, que cederam seu precioso tempo para responderem as inúmeras perguntas que eu tanto tinha para fazer. Muito mais que isso, me emocionaram a cada minuto que eu desfrutava das suas histórias, me ensinando muito mais do que eu esperava. São eles, os idosos, os verdadeiros protagonistas deste sonho. *“Para o velho, a vida se acaba a cada noite que termina. Para o idoso, a vida se renova a cada dia que começa”* (Jorge R. Nascimento).

A todas as pessoas que estiveram ligadas direta ou indiretamente a este trabalho, que nunca poderá ser visto como fruto de uma pessoa só. Na verdade, ele nunca teria existido se não fosse a contribuição de cada um que se dispôs a ajudar apenas pelo fato de querer, tanto quanto eu, a concretização deste sonho. Não há palavras para descrever a imensa gratidão que sinto.

“A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em claridade. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã” (Melody Beattie).

Muito obrigado!

“Viva cada dia para que tua velhice venha a ser a coroação de tua juventude. A velhice de uma pessoa sábia, feliz e realizada, que viveu tudo o que podia, é como a melhor das primaveras.”

Augusto Branco.

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo fisiológico, dinâmico, progressivo e irreversível que acontece naturalmente no organismo e traz consigo um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que ocasionam demandas e desafios para o sistema de saúde, assim como para o idoso e sua família. A possibilidade de viver por mais tempo trouxe a preocupação em avaliar a qualidade dos anos adicionais no envelhecer. São diversos os processos envolvidos na condição de vida e saúde das populações e essa diversidade advém, principalmente, do espaço em que os indivíduos estão inseridos. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em municípios localizados em macrorregiões de saúde da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa e com coleta de dados primários realizada no período de novembro de 2021 a abril de 2022, com idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios paraibanos de João Pessoa, Campina Grande e Patos. Foram avaliadas as variáveis: qualidade de vida e; aspectos socioeconômico-demográficos. Os dados quantitativos da QV foram obtidos por meio do instrumento WHOQOL-BREF e os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. O banco de dados quantitativos foi elaborado utilizando o *LibreOffice* versão 7.1.2. O banco de dados qualitativos foi elaborado utilizando o *software LibreOffice* para transcrição textual das respostas obtidas na entrevista semiestruturada, que foram tratadas para constituírem o *corpus* do texto. O *software* utilizado para análise dos dados quantitativos foi o R, versão 4.0.4. Após a análise separada dos dados quantitativos e qualitativos da qualidade de vida, as informações foram confrontadas utilizando a estratégia de triangulação, no intuito de compreender de forma mais ampla o fenômeno estudado. Os resultados apontaram participação de 34 idosos no estudo, com maior participação de idosas (82,35%) e média etária de 65,94 anos ($\pm 4,98$). A QV foi avaliada como positiva pelo WHOQOL-BREF, apontando escore médio de 66,40 pontos. Dentre os municípios, Campina Grande foi o único que apresentou escore médio negativo para QV (58,8 pontos) e o melhor escore médio foi constatado no município de Patos (69,8 pontos). Em relação aos dados qualitativos, a maioria dos idosos (70,58%) relatou qualidade de vida positiva. Os principais núcleos de sentido para a conceituação de QV atribuída pelos idosos foram: “questões financeiras”, “relações familiares”, “saúde” e “relações interpessoais”. A QV positiva foi associada à boa condição financeira, bom relacionamento com família e amigos, hábitos saudáveis para manutenção da saúde (alimentação e atividade física), espiritualidade, lazer, presença de sentimentos positivos e autonomia. A QV negativa foi associada à instabilidade financeira, pandemia de COVID-19, isolamento social, presença de sentimentos negativos, condição de adoecimento e acúmulo de responsabilidades. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a QV de idosos residentes em municípios de diferentes macrorregiões de saúde da Paraíba é positiva tanto na avaliação quantitativa quanto na autoavaliação qualitativa, sendo possível perceber a multidimensionalidade da QV representada nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este estudo proporcionou a ampliação dos achados acerca da QV dos idosos do Estado da Paraíba, propondo a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa para compreensão ampliada sobre a QV.

Palavras-chave: idoso; qualidade de vida; cidades.

ABSTRACT

Human aging is a physiological, dynamic, progressive and irreversible process that occurs naturally in the body and brings with it a set of biological, psychological and social changes, which cause demands and challenges for the public health system, as well as for the elderly and their families. The possibility of living longer has raised concerns about assessing the quality of additional years in aging. There are several processes involved in the condition of life and health of populations and this diversity comes mainly from the space in which individuals are inserted. Therefore, the present study is justified by the need to investigate and understand the quality of life (QoL) of elderly people in cities located in different macro-regions of health in the state of Paraíba. Given the above, the objective of this study was to evaluate the quality of life of elderly residents in cities located in different health macro-regions of Paraíba. This is a descriptive, cross-sectional study, with quantitative and qualitative approaches and with primary data collection carried out from November 2021 to April 2022, with elderly people registered in the Basic Health Units (UBS) of the Paraíba's cities: João Pessoa, Campina Grande and Patos. The following variables were evaluated: quality of life and; socioeconomic-demographic aspects. Quantitative data of QoL were obtained using the WHOQOL-BREF instrument and qualitative data were obtained through semi-structured interviews and analyzed using Bardin's Content Analysis. The quantitative database was created using LibreOffice version 7.1.2. The qualitative database was created using the LibreOffice software for textual transcription of the answers obtained in the semi-structured interview, which were treated to constitute the text corpus. The software used for quantitative data analysis was R, version 4.0.4. After the separate analysis of the quantitative and qualitative data on quality of life, the information was confronted using the triangulation strategy, in order to understand more broadly the studied phenomenon. The results showed the participation of 34 elderly people in the study, with greater participation of elderly women (82.35%) and mean age of 65.94 years (± 4.98). The QoL was assessed as positive by the WHOQOL-BREF, indicating an average score of 66.40 points. Among the cities, Campina Grande was the only one that presented a negative average score for QoL (58.8 points) and the best average score was found in the city of Patos (69.8 points). Regarding qualitative data, most elderly people (70.58%) reported positive quality of life. The main core meanings for the conceptualization of QoL attributed by the elderly were: "financial issues", "family relationships", "health" and "interpersonal relationships". Positive QoL was associated with good financial condition, good relationship with family and friends, healthy habits for maintaining health (food and physical activity), spirituality, leisure, presence of positive feelings and autonomy. Negative QoL was related to financial instability, the COVID-19 pandemic, social isolation, presence of negative feelings, illness condition and accumulation of responsibilities. According to the results obtained in this study, it is concluded that the QoL of elderly people living in cities in different health macro-regions of Paraíba is positive both in the quantitative assessment and in the qualitative self-assessment, making it possible to perceive the multidimensionality of the QoL represented in the physical, psychological, social relations and environment domains. This study provided an expansion of the findings about the QoL of the elderly in the State of Paraíba, proposing the use of quantitative and qualitative approaches for an expanded understanding of the QoL.

Keywords: elderly; quality of life; cities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Envelhecimento Populacional	11
1.2 Processo de Envelhecimento	13
1.3 Qualidade de Vida de Idosos	15
1.4 Qualidade de Vida e o Contexto Socioeconômico	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	24
3.1 Delineamento do estudo	24
3.2 Local e período da pesquisa	24
3.3 População e participantes da pesquisa	24
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	25
3.5 Variáveis do estudo	26
3.6 Coleta dos dados	27
3.7 Processamento e análise dos dados	29
3.8 Aspectos Éticos	31
4 RESULTADOS	32
4.1 Artigo Original	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICO- DEMOGRÁFICAS	67
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	68
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	69
ANEXO A – FORMULÁRIO WHOLQOL-BREF	71
ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP)	74
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB	76

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno coletivo que acontece quando há a queda da taxa de natalidade, ou seja, a menor inserção de crianças e consequente proporção diminuída de jovens na sociedade. Caso aconteça a redução das taxas de mortalidade, simultânea ou posteriormente à queda da natalidade, o envelhecimento populacional se torna ainda mais evidenciado.¹

O processo mundial de envelhecimento populacional vem sendo observado desde o início do século XX.² Este processo acontece de maneiras distintas no mundo, conforme contextos sociais e econômicos.³ A população de países desenvolvidos apresentou um processo lento de envelhecimento, paralelo ao crescimento e aperfeiçoamento dos setores de educação, saúde, trabalho, condições de moradia e saneamento. Por sua vez, os países em desenvolvimento seguiram ritmo acelerado e desatrelado ao desenvolvimento social, a exemplo do Brasil e outros países latino-americanos.⁴

O relatório da Organização das Nações Unidas ressalta que a população idosa vem crescendo exponencialmente e as projeções apontam que, em 2050, o número de idosos no mundo atingirá dois bilhões.⁵ O aumento na proporção de idosos no mundo é consequência dos avanços das tecnologias em saúde, da melhoria das condições de vida e saúde, e das lutas sociais na garantia de direitos da pessoa idosa.⁶

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional teve início na década de 1970, com a transformação do perfil demográfico do país. A sociedade brasileira era majoritariamente rural com elevadas taxas de natalidade e mortalidade. A partir da década de 70, o êxodo rural e o processo de industrialização reconfiguraram a sociedade brasileira, que passa a ser principalmente urbana, com famílias menos numerosas e com a participação das mulheres no mercado de trabalho.⁷ Essas alterações favoreceram a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, caracterizando o envelhecimento da população brasileira.⁸

Em 2018 o Brasil era composto por mais de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 13% da população.⁹ Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE indicam que em 2031 o número de idosos vai superar pela primeira vez o número de crianças e adolescentes, chegando ao quantitativo de 43,2 milhões de pessoas idosas no país. Em 2060, estima-se que um quarto (25,5%) da população brasileira será composta por idosos.⁹ As projeções indicam, ainda, o aumento no índice de envelhecimento, que corresponde

ao número de pessoas com 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, em espaços geográfico e temporal definidos;¹⁰ o qual em 2018 era de 43,19%, passará para 173,47% em 2060.⁹

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontaram que, em 2014, o Nordeste ocupava a terceira posição como região brasileira com maior proporção de idosos (12,9%) na sua população.¹¹ As projeções do IBGE apontam que em 2021 a região Nordeste será composta por 12,7% de pessoas acima dos 60 anos.¹²

Os estados nordestinos que apresentavam, em 2016, maior proporção de idosos na população eram: Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. Há diferenças entre os estados do Nordeste no que diz respeito à dinâmica do processo de envelhecimento. No Ceará, a maior concentração de idosos estava no sertão e centro-sul do estado, enquanto no Rio Grande do Norte, os idosos estavam mais concentrados nas partes oeste, central e agreste do estado. A Paraíba apresentou os dados mais relevantes, em que quase toda a extensão territorial se destacava em termos de alto nível de envelhecimento populacional, exceto a região litorânea.¹³ As projeções do IBGE indicam que em 2021 o estado da Paraíba ocupará a primeira posição dentre os estados nordestinos com maior proporção de idosos (14,2%) na sua população.¹¹

De acordo com o último censo demográfico realizado em 2010, a população da Paraíba era composta por 3.766.528 habitantes, dos quais 451.101 (11,9%) eram idosos. Em 2010 o estado era composto por 223 municípios e somente quatro deles apresentavam população maior que 100 mil habitantes, dentre os quais está o município de Campina Grande – PB, considerado o segundo maior município do estado naquele ano. Em 2010, a população campinense era de 385.213 pessoas, das quais 42.817 (11,1%) era idosa.¹⁴ As estimativas oficiais divulgadas pelo IBGE apontaram que, em 2019, a população paraibana seria de 4.018.124 e a população de Campina Grande seria de 409.731.¹⁵

O processo de envelhecimento populacional está diretamente relacionado a transição no perfil demográfico e epidemiológico de determinada população.⁶ A transição demográfica é “a passagem de uma situação de equilíbrio no crescimento populacional caracterizado por altos níveis de fecundidade e de mortalidade para uma etapa de níveis baixos, em ambas as componentes”.¹⁶ A transição demográfica acontece de forma simultânea ao desenvolvimento urbano-industrial de um país, favorecendo as alterações nas taxas de natalidade e mortalidade.¹⁷

Essa mudança na estrutura etária da população acarreta problemas de saúde relevantes, como é o caso das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), à medida que refletem diretamente nas causas de morbimortalidade da população. Além do aumento da prevalência das DCNT, determinados países têm vivenciado a diminuição da incidência de doenças

infecciosas e parasitárias, entre outras alterações nas causas de morbimortalidade, o que caracteriza o processo de transição epidemiológica.⁷

A transição epidemiológica refere-se às alterações em longo prazo nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez em determinada população. Essa transição geralmente acontece paralelamente a outras transições, como a demográfica, a social e a econômica. A transição epidemiológica é marcada por três aspectos essenciais: a diminuição da incidência de doenças transmissíveis e aumento da prevalência de doenças não-transmissíveis e causas externas; transferência da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos com maior faixa etária; e predominância da morbidade em relação à mortalidade, ou seja, as pessoas adoecem mais, porém morrem menos em decorrência de determinada doença.¹⁸

Essas mudanças na estrutura etária e no perfil de doenças, ocasionam demandas e desafios para o sistema de saúde, assim como para o idoso e sua família, tendo em vista as particularidades do processo de envelhecimento.¹⁹

1.2 Processo de Envelhecimento

É essencial compreender a diferença entre envelhecimento populacional e individual. O envelhecimento populacional é definido em nível coletivo e está diretamente relacionado à redução das taxas de natalidade e mortalidade, alterando a proporção de jovens e idosos em dada população. Este processo pode ser reversível caso aconteçam alterações nas taxas e proporções citadas. Por sua vez, o envelhecimento individual diz respeito ao indivíduo de maneira singular, sendo um processo marcado por alterações irreversíveis no organismo decorrentes do passar do tempo e do aumento da idade.²⁰

O envelhecimento é compreendido como um processo fisiológico, dinâmico, progressivo e irreversível que acontece naturalmente no organismo e na vida dos seres humanos a partir do nascimento até a morte. Apesar de ser comum a todos os indivíduos, este processo é marcado pela variabilidade individual, ou seja, acontece de formas diferentes de pessoa para pessoa.²¹ O processo de envelhecimento é inerente ao viver e traz consigo um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que acontecem em decorrência dos efeitos da passagem do tempo. Dessa forma, o processo de envelhecimento é composto por três tipos de envelhecimento: biológico, psicológico e social.²²

As alterações biológicas fazem parte do chamado “envelhecimento biológico” e são entendidas como alterações fisiológicas, morfológicas e funcionais que repercutem na diminuição gradual da capacidade funcional (orgânica e sistêmica) do indivíduo. Essas

alterações apresentam como consequência a redução da capacidade adaptativa do corpo, aumentando assim o risco do surgimento de comorbidades e morte. No entanto, a intensidade e os efeitos dessas alterações variam entre os indivíduos e geralmente estão associadas a fatores intrínsecos (sexo, idade, raça, predisposição genética) e fatores extrínsecos (hábitos de vida).²³

Essas alterações fisiológicas acontecem em diversos sistemas, a exemplo: o sistema cardiovascular, no qual ocorre diminuição da capacidade e força dos batimentos cardíacos, além do aumento da resistência vascular, tensão arterial e surgimento da arteriosclerose, aumentando o risco de infartos, angina e acidente vascular cerebral; o sistema respiratório, no qual ocorre o declínio da função pulmonar por diminuição da elasticidade dos pulmões, redução da complacência e força dos músculos respiratórios; e o sistema musculoesquelético, havendo perda de massa muscular e elasticidade dos tendões e ligamentos.²⁴

O sistema que mais sofre comprometimento com o processo de envelhecimento é o Sistema Nervoso Central, encarregado por diversas funções, dentre elas a função biológica interna, responsável pelo controle dos órgãos vitais. À medida que o indivíduo envelhece, há redução na quantidade de neurônios, queda na velocidade da condução nervosa, diminuição da intensidade reflexa, limitação dos comandos motores e comprometimento da coordenação.²⁴

O envelhecimento biológico acarreta alterações fisiológicas que afetam as estruturas corporais, morfológicas, funcionais e bioquímicas do ser humano, repercutindo em maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, surgimento de processos patológicos.²⁵ Existem três teorias que definem a etiologia do envelhecimento biológico: a desdiferenciação, que consiste na redução da atividade celular; a teoria imunológica, que explica a queda do bom funcionamento do sistema imunológico, aumentando as chances de doenças autoimunes; e a morte celular, responsável pelo descontrole da homeostase corporal.²⁶

As alterações causadas pelo envelhecimento biológico são mais significativas quando há presença de processos patológicos associados, como doenças crônicas não transmissíveis, déficits articulares e musculares, e alterações no sistema nervoso central e autônomo, trazendo como consequência o declínio da capacidade funcional dos indivíduos no processo de envelhecimento.²⁵ Isto pode causar alterações temporárias ou permanentes nos idosos, repercutindo em incapacidades físicas, perda da autonomia e maior dependência, resultando em danos psicológicos.²⁷

As alterações psicológicas no processo de envelhecimento resultam da influência que as alterações corporais e sociais têm sobre o comportamento e atitudes do indivíduo, ou seja, como o idoso reage e lida com sua condição física e estrutural e com a nova posição social que ocupa. Dentre estas alterações, estão declínio da função cognitiva associada à idade, a qual

ocasiona algumas perdas para o indivíduo, como: diminuição da velocidade do pensamento, memória reduzida, e habilidades visuais e espaciais prejudicadas.²⁸ O declínio da cognição em idosos pode afetar diretamente sua capacidade de realizar atividades básicas e laborativas.²²

As alterações psicológicas que podem estar associadas ao processo de envelhecimento dizem respeito, ainda, aos problemas de saúde mental. As alterações multifacetadas do envelhecimento podem repercutir de forma negativa na saúde mental dos idosos, sendo comum o surgimento de ansiedade, quadros depressivos e isolamento social nesta fase da vida.²⁹

O “envelhecimento social” é caracterizado pelas alterações sociais progressivas causadas pela posição que o idoso passa a ocupar na sociedade e no âmbito familiar. Os grupos de pessoas mais jovens atribuem algumas características sociais à população idosa, como “improdutividade” e “isolamento”, gerando um conflito entre as gerações que propicia maior abertura para comportamentos de antipatia, discriminação, segregação e exclusão social.³⁰ Além disso, o passar do tempo propicia o afastamento das atividades laborativas e a diminuição da rede de amigos do idoso, reduzindo o convívio e a participação sociais.²⁰

Como visto, o processo de envelhecimento humano ocasiona um conjunto de alterações biopsicossociais, causando inúmeras repercussões em diferentes aspectos da vida dos indivíduos, como a predisposição de agravos à saúde, o comprometimento do funcionamento intelectual, o surgimento de problemas mentais e o acometimento por doenças crônicas.³¹ Assim, à medida que as alterações e problemas de saúde acometem a pessoa idosa, a autonomia e independência também serão afetadas como consequência do processo de envelhecimento, repercutindo diretamente na sua qualidade de vida.²⁵

1.3 Qualidade de Vida de Idosos

Existe um paradoxo envolvendo o envelhecimento populacional: é um triunfo, à medida que as pessoas estão conseguindo viver por mais tempo; é um problema, tendo em vista que os anos adicionais na vida dessas pessoas podem significar sofrimento, incapacidades, perdas e dependência. Dessa forma, a possibilidade de viver por mais tempo trouxe a preocupação em avaliar a qualidade dos anos adicionais no envelhecer.³²

Este interesse em avaliar a qualidade de vida é atribuído ao movimento nas ciências humanas e biológicas sobre a valorização de parâmetros ampliados que vão além da presença de sintomas e doenças. O termo é utilizado em várias áreas do saber e os especialistas apontam falta de consenso na conceituação devido sua complexidade. Ora a qualidade de vida é tratada

de forma global como sendo a satisfação geral com a vida, ora é fracionada em componentes que, unidos, resultariam no conceito geral.³³

Paschoal³⁴ reflete sobre a dificuldade em definir o que seria de fato a qualidade de vida, pois a natureza do termo é considerada abstrata e tem significados diferentes a depender da sociedade, do período histórico e dos valores individuais e coletivos, configurando-se como um constructo social influenciado pelos costumes e tradições de cada nação. A reflexão sobre a dificuldade de definição, segundo o autor, se dá porque a qualidade de vida:

“...é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e como função de estados emocionais e da ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos”.³⁴

No entanto, o *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group*, especializado em qualidade de vida criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que, ainda que não haja definição consensual do termo, há concordância entre os pesquisadores e especialistas sobre três características principais que fazem parte do constructo: 1) a subjetividade, considerada a principal característica, pois a percepção relatada pelo indivíduo é a única forma de compreensão de sua qualidade de vida; 2) a multidimensionalidade, constituída por no mínimo três dimensões: a física, a psicológica e a social; 3) e a bipolaridade (qualidade de vida positiva ou negativa).³⁴

De acordo com Pereira, Teixeira e Santos³⁵, o conceito de qualidade de vida varia a depender da área de interesse, sendo por vezes apresentada como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições e estilo de vida, dentre outros. Porém, o conceito mais utilizado até então foi apresentado pela OMS, que define a qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.³⁵

O aumento da expectativa de vida traz repercussões nos indivíduos à medida que o processo de envelhecimento afeta a capacidade adaptativa, gerando consequências na percepção de si e da própria qualidade de vida. Sentir-se feliz e motivado, preservando sentimentos positivos sobre si e sobre sua realidade é benéfico no envelhecimento e repercute

em pensamentos otimistas e esperançosos para um futuro com autoestima, autocontrole e segurança na última fase da vida.³⁶

Idosos que avaliam sua qualidade de vida de forma positiva apresentam-se motivados, mesmo na presença de problemas de saúde limitantes. Sendo assim, é necessário que os profissionais da saúde sejam encorajados para o desenvolvimento de estratégias e ações que visem o estímulo do idoso no caminho do bem-viver e na adoção de hábitos considerados saudáveis para o corpo, mente e integração social, com o intuito de melhorar sua qualidade de vida. Em contrapartida, idosos com percepção negativa tendem a serem desmotivados e sem expectativas de novas realizações, além de estarem predispostos à depressão e isolamento social.³⁷

Estudo realizado com idosos comunitários no Canadá concluiu que escores negativos na percepção da qualidade de vida e na autoestima da pessoa idosa causam desregulação no funcionamento do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que pode ocasionar desfechos adversos na saúde mental de idosos, a exemplo do isolamento social e depressão.³⁸ De acordo com estudo realizado por Ferreira et al.³⁹ no alto sertão paraibano, quanto maior a idade do indivíduo, mais negativa é a percepção sobre sua qualidade de vida. Souza et al.⁴⁰ explicam este fato como consequência do próprio processo de envelhecimento e suas modificações sociais, físicas e aparecimento de doenças comuns dessa fase da vida.

Existem diversos instrumentos genéricos para a avaliação da percepção da qualidade de vida, devendo ser selecionado o instrumento que mais se adeque com a abordagem e os objetivos do estudo.³³ No Brasil, os mais utilizados para avaliação em idosos são os questionários desenvolvidos pelo *The Whoqol Group* - OMS (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) e o Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 - SF-36. Este último, no entanto, é composto por questões que abordam os aspectos físicos e as consequências dos agravos à saúde causados por algum tipo de doença, sendo mais específico para pessoas acometidas por enfermidades.⁴¹

O WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF são instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida, sendo o segundo a versão abreviada do primeiro. Os instrumentos foram aplicados em quinze culturas diferentes, reforçando a característica multicultural e a possibilidade de ampla comparação de resultados. O WHOQOL-OLD seguiu os mesmos padrões de desenvolvimento, sendo totalmente voltado para população idosa e idealizado pela falta de um questionário que contemplasse a qualidade de vida considerando os aspectos do envelhecimento.⁴¹

Os instrumentos desenvolvidos pelo *The WHOQOL Group* foram baseados nas três principais características da qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Os três instrumentos apresentam escores que variam de 0 a 100 pontos, onde quanto mais próximo de 100, mais positiva é a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida, não existindo ponto de corte.⁴¹ Segundo Silva et al.⁴², um ponto de corte para classificar a percepção da qualidade de vida por esses instrumentos seria útil. Por esse motivo, realizaram estudo para estimar o ponto de corte do WHOQOL-BREF para idosos no Brasil, tendo como resultado o valor de 60 pontos, apontando que valores iguais ou menores indicam pior qualidade de vida.⁴²

A qualidade de vida negativa ou ruim geralmente está associada a alterações de ordem física, quando algum fator está dificultando a realização de atividades de vida diárias, ou de ordem emocional, quando algo está interferindo na forma de viver do indivíduo.⁴³ De acordo com Silva et al.⁴⁴, as alterações físicas e emocionais desencadeiam dificuldades nas relações interpessoais, causam danos à imagem corporal e prejudicam a atividade sexual, repercutindo em sentimentos negativos e conseqüentemente prejudicando a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida.

A qualidade de vida trata da percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua vida, valores e contexto cultural da sociedade em que vive.⁴⁵ De acordo com Haikal et al.⁴⁶, a pesquisa quantitativa poderia limitar o entendimento da qualidade de vida de idosos, pois não supriria a necessidade de captar as experiências subjetivas, os sentimentos e as representações que permeiam este tema. Dessa forma, utilizar a pesquisa quantitativa para avaliar a qualidade de vida de idosos traz benefícios à medida que emprega instrumentos validados de coleta de dados, enquanto a pesquisa qualitativa traz a possibilidade de compreender o mundo subjetivo do sujeito, que não pode ser representado somente de forma numérica.

De acordo com Pitanga⁴⁷, “a definição da abordagem se dá a partir de uma avaliação holística, que deve levar em consideração: questões de pesquisa, objetivos, método, referencial teórico e validação”. Segundo Souza e Kerbauy⁴⁸, as abordagens quantitativa e qualitativa, quando utilizadas separadamente, são insuficientes para a compreensão completa da realidade estudada. As autoras consideram a aplicação conjunta dessas abordagens como sendo a tendência para a criação de uma nova abordagem metodológica que torne possível o estudo ampliado dos componentes do fenômeno ou evento investigado. Dessa forma, a utilização integrada dessas duas abordagens “caracteriza-se como um movimento científico que se opõe a histórica dicotomia quantitativa-qualitativa”.⁴⁸

Mussi et al.⁴⁹ apontam que, mesmo que tenham perspectivas diferentes, as pesquisas quantitativa e qualitativa não devem ser compreendidas como sendo antagônicas, tampouco suplementares ou complementares. Para os autores, cabe ao pesquisador a decisão de utilizar as duas abordagens de forma coerente:

“A depender do tema, o pesquisador, de maneira intencional, deve perceber a necessidade de sua incursão numa abordagem quantitativa e/ou qualitativa, para o atingimento suficiente da análise do objeto, considerando a utilização ideal da perspectiva científica. Portanto, a utilização de uma ou outra maneira do fazer científico deve corroborar intencionalmente com a possibilidade de compreensão dos mais diferentes/diversos objetos em análise”.⁴⁹

A abordagem qualitativa tem foco na interpretação dos sujeitos sobre seu comportamento, na perspectiva de aprofundar a compreensão de dado fenômeno social utilizando como instrumento entrevistas mais detalhadas e “profundas”, possibilitando análises qualitativas com base na subjetividade das respostas dadas pelos atores envolvidos com o fenômeno estudado. Dessa forma, este tipo de abordagem pretende dar espaço para as pessoas se expressarem de maneira aberta, subjetiva e expondo suas opiniões e representações sociais sobre o tema investigado.⁵⁰

Pesquisas recentes utilizaram a abordagem qualitativa para explanação da temática da qualidade de vida em idosos.^{51,52,53} Estudo realizado por Ferreira et al.³⁹ no Estado do Rio de Janeiro com 30 idosos, utilizando essa abordagem para identificar as representações sociais sobre a qualidade de vida, verificou que esta apresenta-se associada a fatores como idade e nível de escolaridade.

Carvalho, Carvalho e Teixeira⁵² utilizaram a abordagem qualitativa para avaliar os possíveis benefícios da música sobre a qualidade de vida de pessoas idosas que participavam de um grupo de apoio no Estado do Mato Grosso, tendo observado que a música proporciona sentimentos positivos aos idosos e consequente percepção positiva da qualidade de vida. O estudo de Rocha et al.⁵³, realizado por meio de formulário eletrônico com 89 idosos com objetivo de compreender a importância e significado do turismo nessa fase da vida, constatou que os idosos associavam a qualidade de vida às oportunidades de atividades de lazer, como viagens e passeios.

1.4 Qualidade de Vida e o Contexto Socioeconômico

São diversos os processos envolvidos na condição de vida e saúde das populações e essa diversidade advém, principalmente, do espaço social, econômico e cultural que os indivíduos estão inseridos, uma vez que os processos socioeconômico e cultural determinam a distribuição de agravos à saúde e explicam as diferentes formas de percepção dos indivíduos sobre si e sobre o meio que vivem, refletindo assim na percepção da sua qualidade de vida.⁵⁴ No Brasil, as estruturas sociais são fortemente influenciadas pelos condicionantes históricos, culturais e ambientais, ocasionando relevante diferenciação entre os extratos sociais e distintos estágios de desenvolvimento entre as regiões do país.⁵⁵

De acordo com estudo realizado por Calvo et al.⁵⁶, municípios de grande e médio portes populacionais apresentam valores mais positivos para: características demográficas (porte populacional, densidade demográfica, percentual de indivíduos vivendo em domicílios urbanos); condições financeiras (PIB *per capita*, cobertura de plano de saúde, percentual de extrema pobreza, taxa de desemprego); e condições de saúde (esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade, taxa de envelhecimento). O estudo categorizou os municípios de acordo com o porte e sua influência na gestão em saúde, obtendo resultados destoantes: “77 a 100% dos municípios de grande porte estão na categoria favorável [à gestão], enquanto 10 a 17% dos municípios de pequeno porte apresentam a mesma condição”.⁵⁶

Avaliar a qualidade de vida, compreender os fatores associados e traçar comparativos entre municípios que se diferenciam quanto ao porte populacional torna-se importante, pois as diferenças socioculturais, econômicas e históricas das cidades podem influenciar a percepção dos indivíduos sobre si e sobre sua relação com o meio em que estão inseridos. “O complexo universo das desigualdades territoriais brasileiras exige, portanto, estudos mais apurados sobre as diferenças entre os municípios”.⁵⁵

De acordo com o estudo realizado por Pereira et al.⁵⁷ com idosos da cidade de Teixeira, Minas Gerais, considerado município de pequeno porte, a qualidade de vida ruim (medida pelo WHOQOL-BREF) esteve associada a condições socio sanitárias, dentre elas a ausência de planos privados de saúde e consultas médicas frequentes por presença de doenças ou agravos. De acordo com Calvo et al.⁵⁶, cerca de 82,1% dos habitantes de municípios de pequeno porte dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), não possuindo planos privados de saúde. O Brasil é composto por 4.892 (87,8%) municípios de pequeno porte, ou seja, que possuem menos de 50 mil habitantes em sua área¹². Nesses municípios, a grande maioria dos serviços de saúde são públicos.⁵⁷

Um estudo realizado por Braga et al.⁵⁸ no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, considerado de grande porte, utilizou o WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida da população idosa. Os resultados apontaram avaliação positiva da qualidade de vida no município, principalmente nos domínios social e físico, o que pode significar que o município em questão dispõe de políticas públicas que incentivam a inserção social do idoso, a prática de atividade física e a manutenção da capacidade funcional. No estudo citado, o domínio ambiental obteve a menor média no WHOQOL-BREF.

O meio em que o idoso está inserido interfere significativamente na qualidade de vida, pois viver em ambientes inseguros em relação à violência pode ser fator de risco para o isolamento social e depressão. Este fato acontece à medida que a alta criminalidade, realidade de alguns municípios brasileiros (principalmente os de grande porte), causa medo no idoso que passa a evitar sair sozinho de casa, impedindo-o de participar de atividades grupais e círculos sociais mais amplos do que somente o convívio familiar. Sendo assim, as referidas autoras apontam que a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.⁵⁹

Estudo realizado por Soósová⁶⁰ com 102 idosos que residiam na cidade de Cassovia (*Košice*), na Eslováquia, apontou que os participantes da pesquisa apresentaram escores negativos no domínio de participação social, associando os resultados com quadros de depressão, ansiedade, incapacidade funcional, comorbidades e ausência de companheiros. De acordo com a revisão sistemática com meta-análise realizada por Tourani⁶¹, a percepção da qualidade de vida entre os iranianos idosos é geralmente considerada ruim, sendo necessário que este grupo social seja posto como prioridade pelas políticas de saúde do país, por meio da implementação de programas que promovam a participação social e o suporte psicológico.

Dessa forma, estudar a qualidade de vida durante o envelhecimento, bem como os fatores associados, é algo importante para detecção dos problemas que estão envolvidos neste processo. Por meio dessa compreensão, é possível implementar programas que proporcionem aos idosos a manutenção de sua independência com o incentivo à prática de atividades físicas, à continuidade da participação e convívio sociais, e à criação de oportunidades e espaços para o desenvolvimento de atividades de lazer⁶⁰. Além disso, é necessário compreender que a percepção da qualidade de vida está diretamente relacionada ao contexto socioeconômico e cultural em que os indivíduos estão inseridos, ou seja, o meio influencia a percepção da qualidade de vida.⁶²

O contexto sociocultural diz respeito aos valores, costumes e tradições de uma sociedade, como a forma de viver e os costumes de determinada população em dado período

histórico. O estilo de vida, os valores sociais e os fatores demográficos caracterizam o contexto sociocultural de um lugar e estão relacionados (juntamente com a subjetividade) com a construção da identidade individual e coletiva de um povo.⁶³ Segundo Woodward:

“A subjetividade envolve nossos sentimentos e pensamentos mais pessoais. Entretanto, nós vivemos nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade”.⁶³

De acordo com Lopes⁶⁴, as características do contexto sociocultural influenciam na percepção da qualidade de vida, pois os aspectos social e cultural do espaço onde o indivíduo está inserido são preditores para a concepção do que é bom ou ruim, certo ou errado, em um determinado tempo. Nahas⁶⁵ aponta que o contexto sociocultural, entendido como processo dinâmico, explica o dinamismo da percepção da qualidade de vida, que pode assumir características positivas ou negativas e mudar ao longo do tempo para um mesmo indivíduo. Além disso, o contexto sociocultural explica a diferença nos fatores que estão associados à qualidade de vida em diferentes espaço e tempo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em municípios localizados em macrorregiões de saúde da Paraíba.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características socioeconômico-demográficas dos idosos.
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos.
- Investigar os fatores influenciadores da qualidade de vida dos idosos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Esse estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “**Bem-estar psicológico e qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba**”. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa, e coleta de dados primários.

3.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2021 a abril de 2022, com idosos que residiam nos municípios paraibanos de João Pessoa, Campina Grande e Patos. Os municípios foram selecionados para o estudo por serem os municípios sede das três macrorregiões de saúde existentes no estado da Paraíba. As três macrorregiões de saúde da Paraíba são compostas por 16 Regiões de Saúde, sendo quatro na 1ª Macrorregião de Saúde, cinco na 2ª Macrorregião de Saúde e sete na 3ª Macrorregião de Saúde.

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, é o município sede da 1ª Macrorregião de Saúde e está localizado na mesorregião denominada Mata Paraibana. Sua população para 2021 foi estimada em 825.796 habitantes. O município de Campina Grande é sede da 2ª Macrorregião de Saúde e está localizado na mesorregião Agreste, distante 112km da capital do estado, inserido na borda oriental do Planalto da Borborema. A estimativa da população para o ano de 2021 foi de 413.830 habitantes.¹²

A 3ª Macrorregião de Saúde é composta por dois municípios sede, sendo eles: Patos e Sousa. No presente estudo, o município de Patos foi selecionado para representar a 3ª Macrorregião de Saúde devido o maior número de pessoas residindo neste município em comparação com Sousa. O município de Patos está localizado no Vale do Rio Espinharas, na mesorregião Sertão, distante 307km da capital do estado, com população estimada de 108.766 habitantes em 2021.¹²

3.3 População e participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de João Pessoa, Campina Grande e Patos, municípios sede das macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba. De acordo com dados

obtidos em março de 2021 por meio das Coordenações de Atenção Básica desses municípios, o número de idosos cadastrados era: João Pessoa – 105.692 idosos; Campina Grande – 54.816; Patos – 24.579. O número de idosos que compõe este estudo foi obtido através da amostragem por saturação de respostas.

Inicialmente foram selecionadas as Unidades Básicas de Saúde de cada município que apresentavam maior número de idosos cadastrados, de modo que foram três as unidades selecionadas. Foram obtidas as listas dos idosos cadastrados nestas unidades e, por meio de sorteio, eles foram selecionados. Os idosos foram sorteados ao decorrer da pesquisa até que fosse atingido o ponto de saturação de respostas em cada município.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão dos indivíduos da pesquisa foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos; possuir contato telefônico (informado na ficha de cadastro da Unidade Básica de Saúde ou pelo Agente Comunitário de Saúde); residir em domicílios residenciais particulares localizados na região urbana dos municípios paraibanos de João Pessoa, Campina Grande ou Patos.

Os critérios de exclusão foram: não atender à chamada telefônica após três tentativas, em dias e horários diferentes; residir a menos de um ano no município; estar em estágio terminal de doenças; apresentar problemas cognitivos; não ter capacidade de falar ao telefone por motivo de surdo-mudez.

A capacidade cognitiva do idoso foi avaliada pela aplicação do Teste de Fluência Verbal Semântica, que consiste em evocar o maior número de palavras dentro de uma categoria (a mais utilizada é a categoria “nomes de animais”) durante um minuto, sendo considerado um teste com boa acurácia na detecção de déficits cognitivos em idosos.⁶⁶ A escolha desse teste se deu pela possibilidade de realizá-lo através de chamada telefônica, pois é considerado prático e de fácil aplicação.⁶⁷ Cada palavra verbalizada contabiliza um ponto, sendo o ponto de corte definido através do nível de escolaridade, da seguinte forma: analfabetos – 9 pontos; entre 1 a 8 anos de estudo – 12 pontos; acima de 9 anos de estudo – 13 pontos. O teste é capaz de mensurar declínio cognitivo mesmo em fases iniciais de síndromes demenciais, a exemplo do Alzheimer.⁶⁸

3.5 Variáveis do estudo

As variáveis do presente estudo foram: qualidade de vida e socioeconômico-demográficas. Por se tratar de um estudo com dois tipos de abordagem, foram utilizados instrumentos validados para a coleta de dados da pesquisa quantitativa e entrevista semiestruturada para a pesquisa qualitativa.

Na abordagem quantitativa, a qualidade de vida foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-BREF (ANEXO A), desenvolvido por pesquisadores da OMS, composto por 26 questões. A primeira e a segunda questões tratam, respectivamente, da percepção geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde, e as outras 24 questões estão divididas em quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os resultados do WHOQOL-BREF são dados numa escala de 0 a 100, onde quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida.⁶⁹ O ponto de corte do presente estudo foi o percentil 60, utilizando como base o resultado do estudo de Silva et al.⁴² que definiu este valor para pessoas idosas brasileiras. Valores abaixo deste percentil significam qualidade de vida percebida de forma negativa e acima representa a qualidade de vida positiva.

O instrumento WHOQOL-OLD também foi desenvolvido pela OMS com o intuito de ampliar o entendimento da QV de idosos por meio de facetas adicionais que abordam aspectos presentes na vida da pessoa idosa. As 24 facetas adicionais do WHOQOL-OLD tratam sobre: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade.⁷⁰ Devido ao período pandêmico e a realização da coleta de dados por meio de contato telefônico, optou-se por não utilizar o WHOQOL-OLD, uma vez que sua aplicação tornaria a entrevista longa e cansativa para os idosos. A coleta de dados por meio de entrevistas por telefone traz desafios, como é o caso da monotonia da chamada telefônica.⁷¹

As variáveis socioeconômico-demográficas foram anotadas em formulário específico (APÊNDICE A): grupo etário (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais); sexo; cor autorrelatada; situação conjugal (solteiro; casado; divorciado; viúvo; união estável); escolaridade (Analfabeto / Fundamental I incompleto; Fundamental I completo / Fundamental II incompleto; Fundamental completo / Médio incompleto; Médio completo / Superior incompleto; Superior completo); situação de coabitação (número de pessoas que moram na mesma residência e grau de parentesco ou relação que têm com o idoso entrevistado); condições de moradia (número de cômodos da residência); renda mensal familiar per capita, calculada pelo rendimento familiar total dividido pelo número de pessoas na família (até 1 salário mínimo;

entre 1 e 2 salários mínimos; entre 2 e 3 salários mínimos; acima de 3 salários mínimos); nível socioeconômico (A1, B1, B2, C1, C2, D/E).

O nível socioeconômico foi avaliado por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ANEXO B), que classifica o nível econômico de acordo com os itens no domicílio, o grau de instrução do chefe da família e os serviços públicos disponíveis, caracterizando o indivíduo em classes econômicas. Os pontos de corte e as classes econômicas são: A1 – 45 a 100 pontos; B1 – 38 a 44 pontos; B2 – 29 a 37 pontos; C1 – 23 a 28 pontos; C2 – 17 a 22 pontos; D/E – 0 a 16 pontos.⁷²

Para a abordagem qualitativa, foi realizada a entrevista semiestruturada que é amplamente utilizada como método, instrumento de pesquisa ou técnica de coleta de dados na qual o pesquisador, por meio de um tema norteador, estrutura uma entrevista com espaço para outras indagações em torno do questionamento norteador, buscando compreender o que o entrevistado está relatando.⁷³ De acordo com Manzini⁷⁴, essa modalidade de entrevista é a mais utilizada em dissertações e teses, pois a estruturação de um roteiro norteador proporciona mais segurança ao pesquisador na coleta de dados verbais.

Sendo assim, a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) deste estudo foi composta pelas perguntas norteadores: Qual a sua compreensão sobre a sua qualidade de vida? O(a) senhor(a) avalia a sua qualidade de vida como positiva ou negativa? Quais aspectos da sua vida levam o(a) senhor(a) a ter essa avaliação?

3.6 Coleta dos dados

A coleta dos dados aconteceu no período de novembro de 2021 a abril de 2022, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Em decorrência do momento de pandemia pela Covid-19 e por se tratar de uma pesquisa realizada com indivíduos do grupo de risco para desenvolvimento da forma grave da doença, os pesquisadores optaram por manter o distanciamento social e realizaram a coleta de dados através de ligação telefônica.

O distanciamento social foi uma das primeiras medidas adotadas na tentativa de conter a transmissão do Coronavírus, tendo em vista que dentre suas formas de contágio está a transmissão direta através de gotículas da tosse e espirro e contatos com mucosa oral, nasal e ocular.⁷⁵ Sendo assim, o principal objetivo do distanciamento social é evitar a proximidade entre pessoas e evitar a propagação do vírus e da doença.⁷⁶

A utilização de entrevistas realizadas através de ligações telefônicas pode ser considerada uma forma de coleta de dados eficiente, apresentando alguns pontos positivos,

dentre eles: “maior abrangência de sujeitos em um curto espaço de tempo, custo baixo, adesão dos entrevistados conforme disponibilidade de horários flexíveis e de sua escolha, influência reduzida do entrevistador, entre outros”.⁷⁷ Na área da saúde, este tipo de coleta configura-se como suporte para os serviços de saúde e demais serviços ofertados à sociedade, sendo considerada uma alternativa que requer menos recursos financeiros e de infraestrutura, proporcionando maior abrangência e possibilidade de estudos de larga escala.⁷⁸

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada por telefone e gravada após autorização do participante da pesquisa. A gravação foi realizada utilizando o aplicativo gratuito para celular, chamado “Gravador de Áudio Cube ACR”. O pesquisador deste estudo assumiu a função de entrevistador, aplicando e preenchendo os instrumentos, conduzindo a entrevista semiestruturada e tomando notas em diário de campo. O diário de campo possibilita registrar a história e o cotidiano dos acontecimentos, ressaltando que o registro escrito de vivências em um campo permite a recriação e a análise futura do que foi vivenciado.⁷⁹ O entrevistador foi o responsável pela transcrição das entrevistas.

No primeiro contato com o entrevistado, o pesquisador explicou o intuito da ligação, assim como o objetivo da pesquisa. Neste momento, caso o idoso aceitasse participar, era aplicado o Teste de Fluência Verbal para avaliação da sua capacidade cognitiva e, caso fosse comprovado que o indivíduo possuía a cognição preservada, era agendado novo momento para a realização da coleta de dados propriamente dita.

As entrevistas aconteceram da seguinte forma: o pesquisador anunciava o início da gravação do áudio após consentimento do idoso e realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), solicitando ao entrevistado que verbalizasse sua concordância em participar da pesquisa. Em seguida, a coleta era iniciada pela entrevista semiestruturada com as perguntas referentes à pesquisa qualitativa, seguindo pelos demais instrumentos da pesquisa quantitativa.

A coleta de dados da pesquisa qualitativa foi realizada seguindo os critérios da técnica de saturação teórica das respostas. De acordo com Strauss e Corbin⁸⁰, esta técnica diz respeito à suspensão da coleta de dados qualitativos quando as respostas obtidas começam a se repetir, tornando o banco de dados redundante e a coleta não produtiva a partir deste ponto. Segundo Fontanela, Janete e Turato⁸¹, persistir na coleta de dados após o ponto de saturação teórica traria contribuições mínimas às informações já coletadas. Sendo assim, a coleta de dados do presente estudo foi cessada utilizando o critério de saturação teórica das respostas.

Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com quatro idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde com maior número de idosos cadastrados do município de São Sebastião de Lagoa de Roça. No estudo piloto, foram avaliados alguns aspectos relacionados à realização da coleta de dados, como o tempo necessário para a aplicação dos instrumentos e entrevista semiestruturada, disponibilidade dos idosos e compreensão das questões a serem trabalhadas. A identificação de inconsistências neste processo foi importante para que fossem feitos ajustes nos instrumentos e na dinâmica da entrevista, com o intuito de adequação a melhor maneira de realizar a coleta de dados.

3.7 Processamento e análise dos dados

O banco de dados quantitativos da pesquisa foi elaborado utilizando o *software LibreOffice* versão 7.1.2, com dupla entrada de dados e validação por meio da ferramenta “validate” disponível no *software* Epi Info versão 7.2. As informações estatísticas dos dados foram obtidas por meio do *software* estatístico R, versão 4.0.4, e os dados foram apresentados pela distribuição de frequências.

O banco de dados qualitativos foi elaborado utilizando o *software LibreOffice* para a transcrição textual das respostas obtidas através da entrevista semiestruturada. Estas transcrições foram tratadas para constituírem o *corpus* do texto para posterior análise.⁸² Para análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, que designa:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.⁸³

Bardin explica que a análise de conteúdo deve ser realizada em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise é a primeira fase, entendida como a fase da organização, onde é estabelecido o esquema de trabalho, com procedimentos bem definidos, porém flexíveis. Nessa fase, está a “leitura flutuante”, que é o primeiro contato com os dados que serão analisados

posteriormente. O trabalho começa com a seleção dos dados a serem analisados. Quando esses dados se configuram em entrevistas, devem ser todas transcritas e o conjunto delas consiste no corpo da pesquisa. Para isso, devem ser seguidas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.⁸³

Na segunda fase, tida como a fase de exploração do material, são definidas as unidades de codificação, onde são criadas as categorias através dos dados obtidos, permitindo reunir o maior número de informações por meio da esquematização das falas, correlacionando os acontecimentos e ordenando-os. Dessa forma, as categorias vão sendo criadas e se tornam mais claras e apropriadas aos objetivos do estudo. Na terceira fase, denominada de tratamento dos resultados (inferência e interpretação), o pesquisador pretende dar sentido, significado e validade aos resultados brutos, indo além dos dados transcritos na busca de encontrar o que está por trás do que foi falado.⁸³

De acordo com Bardin⁸³, as categorias possuem algumas qualidades importantes, como: exclusão mútua, onde cada elemento só pode existir dentro de somente uma categoria; homogeneidade, pois cada categoria só pode ter uma dimensão de análise; pertinência, onde as categorias devem ter relação com os objetivos do estudo e às perguntas norteadoras; objetividade e fidelidade, não havendo distorção por meio da subjetividade dos pesquisadores; produtividade, onde as categorias são produtivas quando os resultados são bem apresentados, têm inferências e dados relevantes.

Após a análise separada dos dados quantitativos e qualitativos da qualidade de vida, as informações foram confrontadas de forma a avaliar a justaposição, bem como a complementação de ideias, possibilitando informações mais consistentes e esclarecedoras. Para isto, foi utilizada a estratégia de triangulação, entendida como “o diálogo entre as dimensões qualitativas e quantitativas a fim de compreender de forma mais completa o fenômeno estudado”.⁸⁴

Segundo Günther⁸⁵, quando as perguntas de uma pesquisa são multifacetadas e dão espaço para interpretações mais amplas, utilizar os dois tipos de abordagem e o diálogo entre elas é importante para melhor compreensão do objeto de estudo. A triangulação é uma estratégia possível para o entendimento de realidades complexas, com diferentes pontos de vista, podendo ser aplicada pela combinação das abordagens quantitativa e qualitativa ou seguindo os preceitos das pesquisas qualitativas.⁸⁴

O presente estudo utilizou a estratégia de triangulação metodológica (intermétodo) para ampliar os achados por meio do confronto das informações.⁸⁶

3.8 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo aprovado sob nº de parecer 5.113.119 (ANEXO C). Foram respeitados os aspectos éticos que envolvem a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde do Brasil.⁸⁷

Seguindo as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS – que discorre sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual –, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido integralmente pelo pesquisador para o participante da pesquisa logo após o início da gravação da chamada telefônica. Ao final da leitura, os idosos concordaram com os termos e confirmaram verbalmente a aceitação em participar do estudo. As gravações foram armazenadas pelo pesquisador do estudo como comprovação de que todos os participantes incluídos na pesquisa concordaram com a participação.

4 RESULTADOS

O resultado desta dissertação é o Artigo submetido à **Revista Pesquisa Qualitativa**, intitulado: “**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**”. O artigo está apresentado no formato original de submissão, de acordo com as normas da Revista Pesquisa Qualitativa.

4.1 Artigo Original

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY IN CITIES IN THE HEALTH MACRO- REGIONS OF PARAÍBA

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos residentes em municípios localizados em macrorregiões de saúde da Paraíba. A coleta de dados foi realizada utilizando os instrumentos quantitativos: WHOQOL-BREF; Critério ABEP; e formulário de variáveis socioeconômico-demográficas. Foi utilizada entrevista semiestruturada para a pesquisa qualitativa. Participaram deste estudo 34 idosos com média etária de 65,94 anos. A análise dos dados qualitativos resultou em três categorias: Conceitos da QV; Autoavaliação da QV e; Aspectos que influenciam a QV. A QV dos idosos foi positiva nas avaliações quantitativa e qualitativa. Os principais aspectos que influenciaram positivamente a QV foram: boa condição financeira; bom relacionamento com família e amigos; e adoção de hábitos saudáveis. Os principais aspectos que influenciaram negativamente foram: instabilidade financeira; pandemia de COVID-19; e isolamento social. Este estudo propõe a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa para compreensão ampliada sobre a QV de idosos.

Palavras-chave: idoso; qualidade de vida; cidades.

ABSTRACT: The objective of this study was to evaluate the quality of life (QoL) of elderly people living in cities located in different health macro-regions of Paraíba. Data collection was performed using the quantitative instruments: WHOQOL-BREF; ABEP Criterion; and form of socioeconomic-demographic variables. Semi-structured interviews were used for qualitative research. The study included 34 elderly people with a mean age of 65.94 years. The qualitative data analysis resulted in three categories: Concepts of QoL; Self-assessment of QoL and; Aspects that influence QoL. The QoL of the elderly was positive in the quantitative and qualitative assessments. The main aspects that positively influenced the QoL of the elderly were: good financial condition, good relationship with family/friends and adoption of healthy habits. The main aspects that negatively influenced were: financial instability, the COVID-19 pandemic and social isolation. This study proposes the use of quantitative and qualitative approaches for an expanded understanding of QoL.

Keywords: elderly; quality of life; cities.

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que apresenta um paradoxo, ou seja, é um triunfo, à medida que as pessoas estão conseguindo viver por mais tempo; é um problema, tendo em vista que os anos adicionais na vida dessas pessoas podem significar sofrimento, incapacidades, perdas e dependência. Dessa forma, a possibilidade de viver por mais tempo trouxe a preocupação em avaliar a qualidade dos anos adicionais no envelhecer (FREITAS et al., 2013).

O *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group*, especializado em qualidade de vida (QV) criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que, ainda que não haja definição consensual do termo, há concordância entre os pesquisadores e especialistas sobre três características principais que fazem parte do constructo: 1) a subjetividade, considerada a principal característica, pois a percepção relatada pelo indivíduo é a única forma de compreensão de sua qualidade de vida; 2) a multidimensionalidade, constituída por no mínimo três dimensões: a física, a psicológica e a social; 3) e a bipolaridade (QV positiva ou negativa) (PASCHOAL, 2013).

Essa complexidade da QV está relacionada, ainda, à sua característica de intersetorialidade, uma vez que envolve diversas áreas como saúde, educação, assistência social e previdência, além das questões socioeconômicas. Isso tem estimulado estudiosos a buscarem compreender melhor os aspectos que constituem a QV (OLIVEIRA et al., 2014). Estudo utilizando abordagem qualitativa concluiu que os idosos relacionavam a QV à saúde, mostrando conhecimento de saberes e práticas para sua promoção, a exemplo da adoção de estilo de vida saudável. O estudo identificou, ainda, que os idosos relataram o imaginário de QV ideal como algo ainda não alcançado ou distante da realidade (FERREIRA, SILVA, FERREIRA, 2017).

Estudos quantitativos de avaliação da QV de idosos e fatores associados têm comumente utilizado instrumentos como o WHOQOL-BREF (RIBEIRO, FERRATTI, SÁ, 2017; JESUS et al., 2018) e WHOQOL-OLD (SANTOS JR., 2019; SOUZA JR., 2021). O estudo realizado por Scherrer Júnior et al. (2022) concluiu que a ausência ou sintomas leves de depressão, bem como a independência e a autonomia, podem repercutir positivamente sobre a percepção da QV de idosos. Em contrapartida, as perdas físicas decorrentes do avançar da idade podem tornar a pessoa idosa mais dependente e menos participativa na sociedade, repercutindo em piores avaliações dos aspectos físicos, psicológicos e sociais, e predispondo os idosos a autoavaliação negativa da QV.

De acordo com Lopes (2013), as características do contexto sociocultural influenciam na percepção da QV, pois os aspectos social e cultural do espaço onde o indivíduo está inserido são preditores para a concepção do que é bom ou ruim, certo ou errado, em um determinado tempo. Nahas (2013) aponta que o contexto sociocultural, entendido como processo dinâmico, explica o dinamismo da percepção da QV, que pode assumir características positivas ou negativas e mudar ao longo do tempo para um mesmo indivíduo. Além disso, o contexto sociocultural explica a diferença nos fatores que estão associados à QV em diferentes espaço e tempo.

Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em municípios localizados em macrorregiões de saúde da Paraíba.

2 Método

Esse estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “Bem-estar psicológico e qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba”. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa, e coleta de dados primários. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2021 a abril de 2022, com 34 idosos residentes em João Pessoa, Campina Grande e Patos, municípios sede das três macrorregiões de saúde da Paraíba. Os idosos foram selecionados por meio da técnica de amostragem por saturação de respostas.

Inicialmente foram selecionadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município que tinham maior número de idosos cadastrados, de modo que foram três as unidades selecionadas. Foram obtidas as listas dos idosos cadastrados nestas unidades e, por meio de sorteio, eles foram selecionados. Os idosos foram sorteados ao decorrer da pesquisa até que fosse atingido o ponto de saturação de respostas em cada município.

Os critérios de inclusão foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos; possuir contato telefônico (informado na ficha de cadastro da UBS ou pelo Agente Comunitário de Saúde); residir em domicílios residenciais particulares localizados na região urbana dos municípios paraibanos de João Pessoa, Campina Grande ou Patos.

Os critérios de exclusão foram: não atender à chamada telefônica após três tentativas, em dias e horários diferentes; residir a menos de um ano no município; estar em estágio terminal de doenças; apresentar problemas cognitivos; não ter capacidade de falar ao telefone por motivo de surdo-mudez. A capacidade cognitiva do idoso foi avaliada pela aplicação do Teste de Fluência Verbal Semântica.

As variáveis do presente estudo foram qualidade de vida e socioeconômico-demográficas. Por se tratar de um estudo com dois tipos de abordagem, foram utilizados os seguintes instrumentos validados para a coleta de dados da pesquisa quantitativa: WHOQOL-BREF para avaliação da QV; Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); e formulário de variáveis socioeconômico-demográficas. Foi utilizada entrevista semiestruturada para a pesquisa qualitativa, com as seguintes perguntas norteadoras: Qual a sua compreensão sobre a sua qualidade de vida? O(a)

senhor(a) avalia a sua qualidade de vida como positiva ou negativa? Quais aspectos da sua vida levam o(a) senhor(a) a ter essa avaliação?

Em decorrência do momento de pandemia pela Covid-19 e por se tratar de uma pesquisa realizada com indivíduos do grupo de risco para desenvolvimento da forma grave da doença, optou-se por manter o distanciamento social e a coleta de dados foi realizado por meio de ligação telefônica, sendo gravadas utilizando o aplicativo gratuito para celular, chamado “Gravador de Áudio Cube ACR”. A entrevista acontecia seguindo a ordem: aplicação do Teste de Fluência Verbal; leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; coleta dos dados quantitativos pelos instrumentos validados; entrevista semiestruturada. Caso o idoso não passasse no Teste de Fluência Verbal, a entrevista era encerrada.

Foi realizado um estudo piloto no município de São Sebastião de Lagoa de Roça, para avaliação dos aspectos relacionados à realização da coleta de dados, como o tempo necessário para a aplicação dos instrumentos e entrevista semiestruturada, disponibilidade dos idosos e compreensão das questões a serem trabalhadas. A identificação de inconsistências neste processo foi importante para que fossem feitos ajustes nos instrumentos e na dinâmica da entrevista, com o intuito de adequação a melhor maneira de realizar a coleta de dados.

O banco de dados quantitativos da pesquisa foi elaborado utilizando o *software LibreOffice* versão 7.1.2, com dupla entrada de dados e validação por meio da ferramenta “validate” disponível no *software* Epi Info versão 7.2. As informações estatísticas dos dados foram obtidas por meio do *software* estatístico R, versão 4.0.4, e os dados foram apresentados pela distribuição de frequências.

O banco de dados qualitativos foi elaborado utilizando o *software LibreOffice* para a transcrição textual das respostas obtidas através da entrevista semiestruturada. Estas transcrições foram tratadas para constituírem o *corpus* do texto para análise utilizando a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Após a análise separada dos dados quantitativos e qualitativos da qualidade de vida, as informações foram confrontadas de forma a avaliar a justaposição, bem como a complementação de ideias, possibilitando informações mais consistentes e esclarecedoras. Para isto, foi utilizada a estratégia de triangulação, entendida como “o diálogo entre as dimensões qualitativas e quantitativas a fim de compreender de forma mais completa o fenômeno estudado” (GOMES, DIAS, 2020). O presente estudo utilizou a estratégia de triangulação metodológica (intermétodo) para ampliar os achados por meio do confronto das informações (DENZIN, 2009).

Este estudo foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo aprovado sob nº de parecer 5.113.119. Foram respeitados os aspectos éticos conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde do Brasil e Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

3 Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 34 idosos dos três municípios sede das três macrorregiões de saúde da Paraíba, sendo eles: 14 idosos (41,17%) do município de João Pessoa, representando a 1ª macrorregião de saúde; 9 idosos (26,47%) do município de Campina Grande, representando a 2ª macrorregião de saúde; e 11 idosos (32,35%) do município de Patos, representando a 3ª macrorregião de saúde. O quantitativo de idosos que participaram deste estudo foi obtido de forma distinta para cada município por meio da técnica de amostragem por saturação das respostas qualitativas.

A análise dos dados qualitativos sobre a QV de idosos resultou em três categorias: Conceitos da Qualidade de Vida; Autoavaliação da Qualidade de Vida e; Aspectos que influenciam a Qualidade de Vida. A categoria *Conceitos da Qualidade de Vida* aborda a compreensão conceitual dos idosos sobre o constructo QV; a categoria *Autoavaliação da Qualidade de Vida* é composta pela análise dos dados qualitativos coletados em entrevista semiestruturada e resultados quantitativos obtidos pela aplicação do formulário WHOQOL-BREF; a categoria *Aspectos que influenciam a Qualidade de Vida* é constituída pelo resultado da estratégia de triangulação metodológica (intermétodo) dos dados quantitativos e qualitativos acerca dos aspectos que influenciam a avaliação dos idosos sobre sua QV.

Os resultados e discussão estão apresentados em duas seções ***Caracterização dos sujeitos***, composta pelas informações socioeconômico-demográficas obtidas a partir do formulário de variáveis socioeconômico-demográficas, com o objetivo de descrever as características socioeconômico-demográficas dos sujeitos que participaram deste estudo, e; ***Qualidade de vida***, construída pelas três categorias que emergiram a partir da análise qualitativa: Conceitos da Qualidade de Vida; Autoavaliação da Qualidade de Vida e; Aspectos que influenciam a Qualidade de Vida. Os dados quantitativos sobre a QV também compõem esta seção, utilizando a estratégia de triangulação metodológica (intermétodo) dos dados quantitativos e qualitativos, para ampliar os achados.

Caracterização dos sujeitos

Foram selecionadas três UBS em municípios sede das macrorregiões de saúde da Paraíba, totalizando 34 idosos divididos nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos. Na Tabela 1 são apresentadas as informações sobre a distribuição dos idosos estudados, segundo as informações socioeconômico-demográficas.

Tabela 1. Distribuição dos idosos estudados, segundo as informações socioeconômico-demográficas. João Pessoa, Campina Grande, Patos, 2022, Brasil.

VARIÁVEL	CATEGORIA	FREQUÊNCIA (F)	PORCENTAGEM (%)
Município	Campina Grande	9	26,4
	João Pessoa	14	41,1
	Patos	11	32,3
Sexo	Masculino	6	17,6
	Feminino	28	82,3
Faixa Etária	60 - 69	26	76,4
	70 - 80	8	23,5
Cor	Branca	13	38,2
	Preta	4	11,7
	Parda	14	41,1
	Amarela	3	8,8
Escolaridade	Sem instrução	3	8,8
	Ens. Fund. Completo	4	11,7
	Ens. Fund. Incompleto	3	8,8
	Ens. Med. Completo	12	35,2
	Ens. Med. Incompleto	3	8,8
	Ens. Sup. Completo	9	26,4
Situação Conjugal	Solteiro	5	14,7
	Casado	9	26,4
	Divorciado	4	11,7
	Viúvo	16	47,0
Renda mensal familiar per capita (em salários mínimos*)	Até 1	17	50,0
	De 1 a 2	9	26,4
	Acima de 2	8	23,5
Nível Socioeconômico	A	3	8,8
	B1	3	8,8
	B2	12	35,2
	C1	7	20,5
	C2	6	17,6
	D ou E	3	8,8
Número de pessoas residindo no mesmo domicílio (incluindo o idoso)	Mora sozinho	5	14,7
	2 ou 3 pessoas	16	47,0
	4 ou 5 pessoas	11	32,3
	6 ou mais pessoas	2	5,8
Número de cômodos do domicílio	6 – 10 cômodos	25	73,5
	11 – 15 cômodos	7	20,5
	16 ou mais cômodos	2	5,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2022. *valor do salário mínimo à época da coleta dos dados: R\$ 1.212,00.

Dos 34 idosos, 28 (82,3%) eram do sexo feminino e 6 (17,6%) do sexo masculino, sendo predominante a participação de idosas. Estudos nacionais e internacionais em que a amostra é composta pela população idosa têm apresentado maior participação de mulheres (POHL et al., 2021; SILVA et al., 2021; COLUCCI et al., 2022; MOTA et al., 2022; ŠOLA et al., 2022). Romero et al. (2021) realizaram estudo com o objetivo de caracterizar os idosos brasileiros durante a pandemia, em relação a aspectos de saúde, socioeconômicos, de saúde mental. Dos 9.173 indivíduos idosos que participaram do estudo, 5.204 (56,7%) eram do sexo feminino.

O maior quantitativo de idosas pode estar associado ao fenômeno de feminização da velhice, tendo em vista que o número de mulheres acima dos 60 anos é maior do que o número de homens (ALMEIDA et al., 2015). Além disso, as mulheres tendem a se preocupar mais com a saúde, buscando os serviços de saúde para consultas de rotina e prevenção, o que resulta em uma vida mais longa, diferentemente dos homens que geralmente buscam estes mesmos serviços quando já estão apresentando sintomas ou em condição de adoecimento (PINHEIRO et al., 2002).

A média etária dos idosos participantes deste estudo foi de 65,94 anos ($\pm 4,98$), a qual variou de 60 a 80 anos. A maioria apresentava entre 60 e 69 anos, totalizando 26 idosos (76,4%). A cor autorrelatada mais frequente foi a parda (41,1%), seguida pela branca (38,2%). O nível de escolaridade mais relatado foi o Ensino Médio Completo (35,2%), seguido pelo Ensino Superior Completo (26,4%). Estudos recentes realizados com idosos apontam o Ensino Médio como o mais frequente nessa população (SILVA, TEIXEIRA, CIRINO, 2021; LENARDT et al., 2023), como é o caso do estudo de Silva, Teixeira e Cirino (2021) que teve por objetivo identificar o perfil socioeconômico dos idosos de Viçosa, Minas Gerais, a fim de verificar a influência de fatores diversos, como escolaridade, na renda familiar, constatando o ensino médio completo como o mais frequente.

De acordo com Santos (2019), a educação para o idoso pode ser compreendida como a possibilidade de melhorar a percepção da QV, pois amplia as possibilidades da pessoa idosa de interagir com o mundo, proporcionando maior contato social. Segundo Oliveira, Savi e Bernartt (2020), o idoso com escolaridade adequada domina a leitura, além disso, saber ler auxilia no convívio social e laboral, e pode reduzir as influências negativas do passar do tempo nas estruturas cerebrais, mantendo a capacidade cognitiva dos idosos e incrementando sua QV. No entanto, Santos (2019) propõe reflexões acerca da baixa escolaridade dos idosos no Brasil, pouco estimulada pelas políticas públicas de educação à medida que não são oportunizadas ações de qualificação ou incentivo à alfabetização de idosos.

Em relação à situação conjugal, parte considerável dos idosos relatou ser viúva (47%). Metade dos idosos relataram renda mensal per capita de até um salário mínimo (50%), semelhante ao estudo de Medeiros et al. (2018) que objetivou analisar o perfil de idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde da cidade de Campina Grande, Paraíba, constatando que a maioria (53,7%) dos idosos apresentava renda per capita de até um salário mínimo.

O nível socioeconômico “B2” (35,2%) foi o mais frequente entre os participantes deste estudo, seguido pelo “C1” (20,5%), sendo considerados pela ABEP como níveis socioeconômicos intermediários. Um estudo evidenciou o nível socioeconômico intermediário (69,8%) em 11.177 idosos vivendo em meio urbano, segundo análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013 (BÓS et al., 2018). Outro estudo realizado com 233 idosas de um município do Estado de Sergipe, cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica, verificou níveis intermediários a baixos entre as participantes (ALVES et al., 2019).

O nível socioeconômico diz respeito à renda dos indivíduos, levando em consideração os bens materiais que possui, o local onde mora e sua escolaridade. Estudos apontam a importância dos idosos na renda familiar dos brasileiros (CAMARANO, 2017; CAMARANO, 2020). A PNAD Contínua de 2019 indicou que 35% dos domicílios no Brasil são compostos por pelo menos um idoso, os quais são responsáveis por 70,6% da renda familiar nesses domicílios (IBGE, 2020). Portanto, a pessoa idosa não somente participa do rateio das despesas, como, em muitos casos, é a única pessoa a assumir a responsabilidade de prover o sustento do núcleo familiar no qual está inserido (CAMARANO, 2020).

Parte considerável dos participantes (47%) residia com duas ou três pessoas no domicílio e em domicílios com 6 a 10 cômodos (73,5%). O estudo de Miguel, Mafra e Fontes (2021), cujo objetivo foi descrever as características das residências onde viviam os idosos do Estado de Minas Gerais, indicou que a maioria das pessoas idosas morava acompanhada e em casas com 6 a 9 cômodos, atribuindo a este resultado o fato do idoso ser inserido em núcleos familiares maiores em decorrência das perdas advindas do processo de envelhecimento, como diminuição da independência e da autonomia. Os autores apontam que o lugar onde os indivíduos vivem influencia diretamente na satisfação sobre a vida, sendo a habitação um importante parâmetro para a QV.

Qualidade de vida

Neste estudo, a variável “Qualidade de Vida” foi obtida por meio das abordagens qualitativa e quantitativa, e serão apresentados nesta seção. Os dados quantitativos sobre a QV foram coletados utilizando o Formulário WHOQOL-BREF, enquanto os dados qualitativos acerca da QV foram obtidos por meio das falas coletadas em entrevista semiestruturada.

Da análise dos dados qualitativos emergiram três categorias: *Conceitos da Qualidade de Vida*; *Autoavaliação da Qualidade de Vida* e; *Aspectos que influenciam a Qualidade de Vida*. Os resultados serão apresentados por meio dessas categorias, abordando a análise qualitativa e quantitativa dos dados por meio da utilização da estratégia de triangulação metodológica (intermétodo), da seguinte forma: *Conceitos da Qualidade de vida* apresentando os dados qualitativos sobre a compreensão dos idosos acerca do conceito de QV; *Autoavaliação da Qualidade de Vida*, com o resultado dos dados quantitativos do formulário WHOQOL-BREF relacionados às falas dos idosos sobre como avaliavam a sua QV; *Aspectos que influenciam a Qualidade de vida*, relacionando as falas dos idosos com os resultados dos domínios que compõem o formulário WHOQOL-BREF, sobre os aspectos que influenciam a QV.

A fim de preservar a identificação dos participantes do estudo, estes serão representados por códigos que fazem referência aos municípios que residem (CG: Campina Grade; JP: João Pessoa; PT: Patos).

Conceitos da Qualidade de Vida

Esta categoria é composta pela percepção dos idosos em relação à conceituação da QV, obtida por abordagem qualitativa. Após a análise de conteúdo, foram identificados 40 núcleos de sentido, sendo esses os citados por mais da metade dos idosos: “Questões financeiras” (n=23; 67,64%), “Relações Familiares” (n=21; 61,76%), “Saúde” (n=20; 58,82%) e “Relações interpessoais” (n=18; 52,94%).

O idoso CG05 relaciona a QV às questões financeiras ao apontar, em sua fala, os elementos “emprego” e “fonte de renda”. Além disso, enfatiza a relevância das relações interpessoais ao mencionar a necessidade de ter ao seu redor pessoas em quem possa confiar. Por sua vez, a idosa PT09 atribui ao conceito de QV os elementos “meio onde vive”, “trabalho”, “relações interpessoais” e “relações familiares”:

“É a pessoa ter um emprego, é ter uma fonte de renda que dê pra suprir as necessidades, ter pessoas em volta que se pode confiar, estar familiarizado com o grupo de pessoas que tem uma mentalidade de boa convivência.” (CG05)

“Qualidade de vida é você se sentir bem onde você está, onde você vive, no seu convívio social, eu acho que é importante. Tem a parte familiar também, com a família, estar bem com as pessoas, estar bem no trabalho, né?” (PT09)

Sendo assim, de acordo com a percepção dos idosos, fazem parte do conceito de QV, principalmente, as questões financeiras e as relações familiares e interpessoais. O estudo realizado por Paskulin et al. (2010) concluiu que os idosos tendem a relacionar a QV às relações positivas que mantêm com familiares e amigos, uma vez que a manutenção de bom vínculo social traz consigo a sensação de pertencimento e participação na sociedade, promovendo sentimentos positivos e maior satisfação com a vida. As relações sociais proporcionam maior segurança aos idosos e os distanciam de problemas psicológicos que podem afetar sua capacidade cognitiva, assim como repercutir em acometimentos físicos, podendo causar insatisfação com a vida (GONÇALVES et al., 2011).

A maioria dos idosos conceituou a QV com termos que faziam referência à disponibilidade de recursos financeiros, sendo o núcleo de sentido “Questões Financeiras” o mais frequente entre as respostas. De acordo com Colussi, Pichler e Grochot (2019), os idosos compreendem o dinheiro como o caminho para uma vida melhor e com mais qualidade, uma vez que a boa situação financeira possibilita a manutenção da autonomia e independência. Por outro lado, os idosos acreditam que a falta de dinheiro afeta o acesso à melhores condições de saúde e reduz a QV (LOBOS, LAPO, SCHNETTLER, 2016). A preocupação dos idosos com as questões financeiras pode ser explicada, ainda, pelas baixas aposentadorias como única fonte de renda, bem como pela posição que alguns idosos ocupam como únicos provedores do sustento familiar (PASKULIN et al., 2010).

Gonçalves (2004) aborda o conceito de QV como a forma em que as pessoas vivenciam as experiências cotidianas. Isso implica dizer que fazem parte deste constructo o acesso aos serviços de saúde e educação, bem como as condições de transporte, moradia, participação na sociedade e, sobretudo, o trabalho. Este reflete diretamente nos recursos financeiros do idoso. De acordo com o resultado obtido pelo estudo de Machado (2021), escores mais altos de QV estão associados ao risco minimizado de endividamento, refletindo no distanciamento de sentimentos negativos como ansiedade e depressão. Pimentel, Marques e Almeida (2019)

mencionam os problemas de cunho financeiro como fatores de risco para desenvolvimento desses sentimentos, repercutindo negativamente na QV.

O elemento “saúde” foi mencionado nos discursos de 20 idosos (58,82%) e também se apresentou intimamente relacionada ao conceito de QV. A idosa JP03 conceitua a QV como sinônimo de vida saudável por meio da adoção de hábitos que representam saúde, a exemplo da prática de atividades físicas, alimentação saudável e sono adequado:

“É ter uma vida mais saudável, você praticar exercícios, atividade física, você ter uma alimentação adequada [...] eu acho que é isso. Dormir bem sempre e sem precisar de psicotrópico, assim, ter uma vida bem saudável.” (JP03)

Os idosos geralmente associam o conceito de QV com ter saúde e essa percepção é influenciada principalmente por aspectos socioeconômico-demográficos, como: idade, sexo, escolaridade, hábitos de vida, aspectos culturais, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (SAYÓN-OREA et al., 2018). O estudo desenvolvido por Barbosa e Sousa (2021) apontou que a percepção dos idosos em relação a QV estava diretamente relacionada à independência e adoção de hábitos saudáveis, a exemplo da prática de exercícios físicos. De acordo com Gehlen, Esmerio e Pichler (2015), a alimentação é uma das prioridades para a QV dos idosos e deve ser tratada com atenção, principalmente com a qualidade da oferta nutricional, tendo em vista que são frequentes os casos de desnutrição, anorexia e obesidade nessa fase da vida, distanciando os idosos da vida saudável e aproximando da QV negativa.

Dormir bem também fez parte do elemento “saúde” relatado pelos idosos. De acordo com Fonseca et al. (2022), além das alterações fisiológicas advindas do envelhecimento, as modificações nos padrões de sono afetam diretamente a QV da população idosa. Isto porque o processo de envelhecimento ocasiona a redução e a fração das horas de sono, afetando sua qualidade e repercutindo em danos para a saúde, como o agravamento de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade (SILVA et al., 2019). Além disso, os distúrbios do sono alteram a fisiologia do organismo, ocasionando cansaço e falhas de memória, além de taquicardia e alterações de humor que podem, inclusive, prejudicar o desenvolvimento das atividades laborais. Todos estes aspectos repercutem negativamente na QV (CREPALDI, CARVALHAIS, 2020).

Alguns idosos apontaram múltiplas dimensões para conceituar a QV, corroborando com uma das principais características apontadas pela OMS sobre a definição de QV: a multidimensionalidade, constituída por no mínimo três dimensões (PASCHOAL, 2013). A

idosa PT10 conceituou a QV representando em sua resposta as dimensões física, psicológica, social e de meio ambiente:

“Eu entendo que é quando você tem as condições básicas, pelo menos as básicas na sua vida, elas são supridas, elas são atendidas. Então é na parte física, na parte familiar, em todas as áreas da vida, né? Também na parte emocional, você sente que os seus anseios são atendidos, que suas necessidades são atendidas.” (PT10)

Uma das características da QV é a multidimensionalidade, pautando-se no entendimento de que são diversas as dimensões que compõem este constructo, a exemplo de aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais, entre outros (LOPES et al., 2018). O instrumento quantitativo utilizado neste estudo é composto por 24 facetas que avaliam as diversas dimensões da QV. A análise das respostas qualitativas deste estudo constatou que todos os aspectos avaliados pelas facetas do instrumento quantitativo foram representados nas falas dos idosos que participaram do estudo, com exceção do aspecto “atividade sexual” que não foi diretamente abordado.

Diversos tabus permeiam a sexualidade, principalmente quando é tratada na vida dos idosos, pois é culturalmente fortalecida a ideia de que as pessoas idosas não desempenham mais suas funções sexuais e praticá-las nesta fase da vida é comumente considerado sinônimo de anormalidade, vergonha e imoralidade. Este fato tende a desestimular o idoso a vivenciar, experimentar e explorar sua sexualidade (MALAQUIAS et al., 2017). De acordo com o estudo realizado por Sousa Júnior (SOUSA JR. et al., 2022), a função sexual dos idosos está relacionada com a QV positiva, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias educativas para quebrar os paradigmas que impedem os idosos de vivenciarem sua sexualidade e que proporcionem novas descobertas sobre si e sobre o mundo, para que a QV positiva possa ser experienciada em sua amplitude.

Percebeu-se certa facilidade por parte dos idosos em conceituar a QV, principalmente por ser um termo conhecido e utilizado de forma ampla na sociedade. Naturalmente, os participantes do estudo abordaram diversas dimensões em suas definições, o que para Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021) explica-se pelo amplo uso do conceito de QV em diversas áreas do conhecimento, difundindo a característica da multidimensionalidade como parte desse constructo. Além disso, a característica da subjetividade torna mais fácil para o idoso o processo de discorrer sobre sua própria percepção da QV, uma vez que somente a pessoa que é questionada sobre sua vida é quem pode responder por ela e caracterizá-la como positiva ou negativa (THIN, 2018).

Ainda que as respostas dos idosos representem todas as dimensões que compõem o instrumento quantitativo WHOQOL-BREF, algumas divergências entre os resultados quantitativo e qualitativo devem ser analisadas e serão apresentadas na próxima categoria, a fim de ampliar o entendimento sobre a QV dos participantes deste estudo.

Autoavaliação da Qualidade de Vida

Os idosos responderam sobre a QV tanto de forma qualitativa quanto quantitativa. Em relação aos dados quantitativos, o escore médio da QV Total dos idosos deste estudo apresentou-se acima do ponto de corte, sendo a QV dos idosos deste estudo considerada positiva (66,40 pontos).

A Tabela 2 apresenta os dados quantitativos acerca da QV dos idosos estudados, segundo os domínios do Formulário WHOQOL-BREF.

Tabela 2. Dados quantitativos acerca da Qualidade de Vida dos idosos estudados, segundo a pontuação média dos domínios do Formulário WHOQOL-BREF. João Pessoa, Campina Grande, Patos, 2022, Brasil.

MUNICÍPIO	DOMÍNIO FÍSICO	DOMÍNIO PSICOLÓGICO	DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	QV TOTAL
Campina Grande	66,2	61,5	68,5	45,1	58,8
João Pessoa	69,8	77,6	80,3	56,4	68,5
Patos	68,1	76,1	78,0	64,4	69,8
TOTAL	68,3	72,9	76,4	56,0	66,4

QV: Qualidade de Vida.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

O domínio com melhor pontuação média foi o de Relações Sociais (76,4 pontos), corroborando com a investigação de Costa et al. (2021) que obteve resultado semelhante em estudo observacional, transversal e quantitativo, com o objetivo de avaliar a QV de 78 idosos da Amazônia, sendo 43 ribeirinhos e 35 urbanos. Os autores concluíram que idosos ribeirinhos têm melhor QV quando comparados aos idosos urbanos, sendo a QV Total influenciada principalmente pelos altos escores obtidos nos domínios de meio ambiente e de relações sociais. Simeão et al. (2018) enfatizam a importância do convívio social e familiar para a QV positiva em idosos, sendo essencial para a manutenção das sensações de afeto e segurança.

Estudos apontam que os relacionamentos sociais, com frequência de encontros e suporte emocional, trazem benefícios à QV dos idosos (GUEDES et al., 2017; NERI et al., 2018). De acordo com Pereira et al. (2016), as relações sociais são consideradas importantes para a QV

do idoso, bem como a sua participação na sociedade e interação com outras pessoas, independentemente do grau de afetividade ou familiaridade. De acordo com Ferreira (2020), os laços sociais se perdem ao passar dos anos e alteram as vivências dos idosos com as outras pessoas e com o mundo, sendo essencial reforçar a inserção do idoso na sociedade.

O domínio com menor pontuação média foi o de Meio Ambiente (56,0 pontos), sendo o único a apresentar valor abaixo do ponto de corte. Uma provável causa para este domínio apresentar baixo escore é o fato da pandemia por COVID-19 ter afetado diretamente a participação dos idosos em atividades de recreação e lazer, tendo em vista que esta é uma das características analisadas neste domínio. O isolamento social foi essencial para desaceleração da propagação do Coronavírus e proteção da população idosa. No entanto, períodos de quarentena comumente causam sofrimento mental, solidão, tristeza e ansiedade. Além do distanciamento dos amigos e dos familiares, a mudança na rotina e impossibilidade de realizar atividades de lazer podem ter afetado a saúde mental dos idosos e refletido negativamente na percepção da QV (SILVA, VIANA, LIMA, 2020).

O único município que apresentou todos os domínios positivos da QV foi o Município de Patos. Por sua vez, o Município de Campina Grande foi o único no qual a QV dos idosos foi classificada como negativa, com QV Total de 58,86 pontos. Neste município, o escore médio do Domínio de Meio Ambiente (45,1 pontos) esteve consideravelmente baixo em relação ao ponto de corte e o Domínio Psicológico (61,5 pontos) próximo ao limite. João Pessoa foi o município que apresentou o domínio com maior pontuação média entre os três municípios, sendo ele o Domínio de Relações Sociais (80,3 pontos).

Foi solicitado aos idosos a autoavaliação da QV, sendo possível traçar comparativos com os dados obtidos por meio do instrumento WHOQOL-BREF. A Tabela 3 apresenta os dados quantitativos, resultantes do Formulário WHOQOL-BREF, e os dados qualitativos da Entrevista Semiestruturada, sobre a QV dos idosos estudados.

Tabela 3. Dados quantitativos resultantes do Formulário WHOQOL-BREF e dados qualitativos da Entrevista Semiestruturada, sobre a Qualidade de Vida dos idosos estudados. João Pessoa, Campina Grande, Patos, 2022, Brasil.

DADOS QUANTITATIVOS				
MUNICÍPIO	NÚMERO DE IDOSOS COM QV POSITIVA	% QV POSITIVA	NÚMERO DE IDOSOS COM QV NEGATIVA	% QV NEGATIVA
Campina Grande	6	66,6	3	33,3
João Pessoa	10	71,4	4	28,5
Patos	9	81,8	2	18,1
TOTAL	25	73,5	9	26,4

DADOS QUALITATIVOS				
MUNICÍPIO	NÚMERO DE IDOSOS COM QV POSITIVA	% QV POSITIVA	NÚMERO DE IDOSOS COM QV NEGATIVA	% QV NEGATIVA
Campina Grande	5	55,5	4	44,4
João Pessoa	10	71,4	4	28,5
Patos	9	81,8	2	18,1
TOTAL	24	70,5	10	29,4

QV: Qualidade de Vida.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Os dados quantitativos apontaram 25 idosos (73,5%) com QV positiva e 9 (26,4%) com QV negativa, sendo Campina Grande o município com maior percentual de QV negativa (33,3%). Os dados qualitativos apresentaram 24 idosos (70,5%) que autoavaliaram a QV positivamente e 10 (29,4%) negativamente, também apontando o município de Campina Grande com maior percentual de QV negativa (44,4%). Dessa forma, o resultado dos dados quantitativos e qualitativos foram semelhantes no que diz respeito à avaliação da QV de idosos. Portanto, de modo geral, a abordagem quantitativa apontou resultados próximos aos obtidos na abordagem qualitativa no que diz respeito à característica de bipolaridade (positiva/negativa) da QV.

Aspectos que influenciam a Qualidade de Vida

Os aspectos que influenciam a QV foram coletados por meio da abordagem qualitativa e ampliam o entendimento sobre como os idosos percebem e autoavaliam sua QV, além de possibilitar comparativos com os dados quantitativos.

A QV positiva esteve intimamente associada à boa condição financeira, bom relacionamento com família e amigos, hábitos saudáveis para manutenção da saúde (alimentação e atividade física), espiritualidade, lazer, presença de sentimentos positivos e autonomia. Por sua vez, a QV negativa foi relacionada à instabilidade financeira, pandemia de COVID-19, isolamento social, presença de sentimentos negativos, condição de adoecimento e acúmulo de responsabilidades.

A idosa CG03 obteve a pontuação mais baixa para QV (47,12 pontos) de acordo com o instrumento quantitativo e também apresentou percepção negativa na avaliação qualitativa da QV. A análise da sua fala evidenciou a concordância entre sua resposta relatada negativamente e os domínios nos quais obteve os menores escores:

“Eu sempre gostei de trabalhar. [...] Eu perdia meu estresse trabalhando, sabe? E eu não estou me sentindo bem de estar parada.

Porque agora não arranjo mais nada, né? E agora depois dessa pandemia piorou. [...] Eu fico doente se ficar sem fazer nada. O que mais tá me maltratando é isso. Aí a gente já tem medo da contaminação [...] é uma mudança muito grande, realmente.” (CG03)

Em sua fala, a idosa atribui a QV negativa à mudança repentina na rotina de trabalho em decorrência do isolamento social causado pelo período pandêmico, afetando diretamente a saúde mental e sua condição financeira. Os domínios do WHOQOL-BREF, no caso desta idosa, apresentaram escores muito abaixo do ponto de corte, principalmente o Domínio de Meio Ambiente (18,75 pontos) que é composto por aspectos que foram mencionados na resposta qualitativa da idosa, como: segurança física e proteção (“a gente já tem medo da contaminação”); recursos financeiros (“agora não arranjo mais nada, né?”) e; ambiente no lar (“eu fico doente se ficar sem fazer nada”).

As questões financeiras se mostraram preditoras tanto para QV positiva como negativa, a depender da presença ou da ausência dos recursos financeiros. A idosa CG07 apontou a falta de dinheiro como um dos aspectos que influenciam sua QV como negativa:

“Tem a falta de dinheiro. Se eu fosse aposentada, eu tinha meu dinheiro certo pra pagar minhas dívidas [...] e um salário-mínimo é pouco, a gente se aperreia. [...] Se eu tivesse um dinheiro certo, para que eu pudesse manter minhas dívidas em dia, aí eu viveria uma vida melhor. De saúde eu estou boa, graças a Deus, mas financeiramente eu não estou não.” (CG07)

Os impactos da pandemia por Coronavírus são diversos e repercutiram no dia a dia e no trabalho dos idosos, considerados grupo susceptível a desenvolver as formas graves da COVID-19. As pessoas acima dos 60 anos sofreram de forma mais intensa em relação ao isolamento e distanciamento sociais, tanto pelo possível acometimento à saúde física, mental e social, como pelo crescente número de desemprego entre idosos, ocasionado pela incapacidade ao trabalho imposta em decorrência do período pandêmico. Isso afetou diretamente as condições financeiras da população idosa (ROMERO et al., 2021).

O Domínio Psicológico do instrumento quantitativo avalia, entre outros aspectos, a presença de sentimentos negativos. No caso da idosa CG03, este domínio apresentou escore de 37,50 pontos, sendo um escore muito abaixo do ponto de corte deste instrumento. Corroborando com este achado quantitativo, a presença de sentimentos negativos e a insatisfação pela falta de trabalho foram evidenciadas pela resposta da idosa nos seguintes trechos: “*Eu perdia meu*

estresse trabalhando, sabe? E eu não estou me sentindo bem de estar parada” e; “O que mais tá me maltratando é isso [falta de trabalho]”.

Estudo realizado por Romero et al. (2021) durante a pandemia concluiu que foram poucos os idosos que continuaram trabalhando e grande parte deles reduziu ou perdeu totalmente sua fonte de renda no período inicial pandêmico. O estudo mostrou, ainda, que a maioria das pessoas relatou sentir-se sozinha em decorrência do distanciamento social, apontando a presença persistente de sentimentos negativos como ansiedade, nervosismo, tristeza e depressão na maior parte do tempo, em especial as idosas. O distanciamento social naturalmente faz parte do processo de envelhecimento, além da presença de sentimentos negativos como sensação de esquecimento e abandono, porém essas condições de sofrimento mental foram potencializadas pela pandemia.

De acordo com o instrumento quantitativo, a QV da idosa CG08 foi classificada como positiva. No entanto, a idosa autoavaliou sua QV de forma negativa e apontou que os aspectos que mais influenciavam na sua resposta eram os voltados à saúde. Na sua fala, ela evidenciou os problemas de saúde que a fizeram perceber a QV como negativa, dando ênfase a falta de equilíbrio que afetava a sua mobilidade:

“A minha saúde não é boa, eu tenho problema de pressão alta, eu tenho problema de labirintite, a cabeça é muito ruim, não é muito boa. Eu me esqueço muito das coisas, não tenho muito equilíbrio no corpo. Eu ando, mas assim... qualquer coisa, se vacilar, qualquer coisinha, eu caio.” (CG08)

Dentre os aspectos avaliados pelo Domínio Físico do WHOQOL-BREF, estão a mobilidade, as atividades da vida cotidiana e a dependência de medicação ou de tratamentos. A idosa CG08 obteve escore acima do ponto de corte para este domínio, sugerindo resultado positivo em relação aos aspectos físicos. No entanto, a fala da idosa evidencia a divergência entre os dados quantitativo e qualitativo, uma vez que foi relatado que o problema de equilíbrio afeta sua mobilidade, ocasiona quedas e atrapalha o desenvolvimento de atividades de vida diária. Os outros problemas de saúde mencionados também sugerem a necessidade do uso de medicamentos para manutenção das suas condições de saúde e doença.

Os problemas nos aspectos físicos são comumente relatados pelos idosos quando avaliam a QV de forma negativa. O estudo realizado por Moreira et al. (2020) apontou alta prevalência de baixa capacidade funcional em idosos, estando principalmente associada ao sexo feminino, idade avançada e uso de medicação de forma ininterrupta. De acordo com Gadelha

et al. (2020), o aumento da idade e a redução da capacidade funcional repercutem na perda da autonomia da pessoa idosa, sendo a autonomia considerada um aspecto essencial para o bem-estar físico, mental e social, e imprescindível para o envelhecimento com qualidade. Além disso, o estudo realizado por Paiva et al. (2021) aponta que idosos que já caíram ou que tem medo de cair apresentam aspectos psicológicos e sociais afetados e consequentemente QV prejudicada.

O avançar da idade traz alterações físicas e cognitivas nos idosos, principalmente em decorrência da diminuição da força muscular e déficits na coordenação dos membros inferiores, afetando a capacidade do idoso de equilibrar-se e aumentando as chances de quedas nessa faixa etária. Dessa forma, os idosos apresentam maior dificuldade de realização das atividades de vida diária, tornando-o mais dependente do auxílio de outras pessoas e aumentando o medo de cair e se machucar (THOMAS et al., 2019). De acordo com Garbin et al. (2020), alterações físicas que ocasionam quedas ou causam quadros clínicos dolorosos influenciam de forma negativa a QV de idosos.

Entre os idosos com QV negativa no WHOQOL-BREF, os Domínios de Meio Ambiente e Físico obtiveram os menores escores médios, sugerindo que os aspectos de meio ambiente e físicos dos idosos deste estudo influenciaram negativamente a QV em relação a avaliação quantitativa. Os dados qualitativos apontaram o Domínio de Meio Ambiente como o mais relatado entre os idosos que autoavaliaram sua QV como negativa. No entanto, o outro domínio mais frequente entre os idosos com QV negativa, em relação aos dados qualitativos, foi o Domínio Psicológico.

Houve discrepância entre o Domínio de Meio Ambiente e o Domínio Psicológico nas pesquisas quantitativa e qualitativa, respectivamente. Estudo realizado por Bagnara e Boscatto (2022) buscou identificar o perfil funcional de saúde física e psicológica de idosos e concluiu que há estreita associação entre esses dois domínios, tendo em vista que idosos acometidos por problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, tendem a se tornar menos ativos fisicamente e, consequentemente, mais dependentes. Da mesma forma, idosos com problemas físicos que afetam a mobilidade podem apresentar problemas psicológicos associados à condição física (BAGNARA, BOSCATTO, 2022).

Entre os idosos com QV positiva no WHOQOL-BREF, os Domínios de Relações Sociais e Psicológico apresentaram os maiores escores, sendo responsáveis pela QV Total positiva. Os dados qualitativos reafirmaram os achados quantitativos em relação aos domínios que mais influenciaram a QV positiva, tendo em vista que esses dois domínios foram os mais frequentes entre os relatos dos idosos.

Houve concordância entre os domínios apontados pelo Formulário WHOQOL-BREF e os relatados pelas falas dos idosos na Entrevista Semiestruturada. Estudo realizado por Sousa et al. (2021) com o objetivo de comparar a QV de idosos vivendo no Brasil e em Portugal concluiu que os idosos brasileiros apresentaram melhores escores nos domínios Psicológico e de Relações Sociais, inferindo que a socialização e os espaços destinados ao convívio social podem repercutir positivamente nos aspectos psicológicos dos idosos, afastando-os da solidão e dos sentimentos negativos. Da mesma forma, a funcionalidade psicológica pode proporcionar ao idoso a autoconfiança, autonomia e o incentivo à participação social.

4 Conclusão

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a QV dos idosos deste estudo, residentes em municípios de diferentes macrorregiões de saúde da Paraíba, é positiva tanto na avaliação quantitativa como na qualitativa. No entanto, analisando os municípios separadamente, o único que apresentou QV negativa de acordo com o instrumento quantitativo foi o município de Campina Grande. De acordo com os idosos, os aspectos relacionados ao meio ambiente influenciaram neste resultado negativo. Enquanto isso, o município de Patos apontou o escore médio mais alto para QV, sendo considerada positiva, apresentando alta pontuação no Domínio de Relações Sociais.

Os principais aspectos que influenciaram positivamente a QV dos idosos deste estudo foram: boa condição financeira, bom relacionamento com família e amigos, adoção de hábitos saudáveis para manutenção da saúde (alimentação e atividade física), espiritualidade, oportunidades de lazer, presença de sentimentos positivos e preservação da autonomia. Os principais aspectos que influenciaram negativamente a QV dos idosos deste estudo foram: instabilidade financeira, pandemia de COVID-19, isolamento social, presença de sentimentos negativos, condição de adoecimento e acúmulo de responsabilidades.

Este estudo proporcionou a ampliação dos achados acerca da QV dos idosos do Estado da Paraíba, propondo a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa para compreensão ampliada sobre a QV, sendo possível investigar o fenômeno estudado sob diferentes óticas. Os resultados pretendem embasar os gestores e profissionais da saúde, bem como familiares e os próprios idosos, sobre a QV da população idosa paraibana a fim de evidenciar seus aspectos influenciadores para que sejam traçadas estratégias de qualificação do cuidado, manutenção das

potencialidades e superação das fragilidades. Além disso, o estudo contribuiu academicamente à medida que proporciona informações adicionais sobre a QV de idosos residentes na Paraíba.

A coleta de dados de maneira remota por chamada telefônica em decorrência do período pandêmico dificultou a adesão dos idosos, que se mostravam temerosos em participar da pesquisa, havendo rejeições e desistências. Sugere-se um estudo ampliado com número representativo, utilizando coleta de dados presencial e incluindo idosos residentes em meio rural. Além disso, utilizar a pandemia de COVID-19 como variável do estudo pode ampliar o entendimento dos efeitos do período pandêmico na QV de idosos, tendo em vista que este foi o público que mais sofreu com as restrições, principalmente no âmbito social e laboral.

Referências

- ALMEIDA, A.V.; MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P.; KANSO, S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>
- ALVES, A.M.; OLIVEIRA, D.N.; ARAÚJO, R.O.; COUTO, J.O.; M JÚNIOR G, MORAIS DB, SILVA RS. Fatores associados à baixa aptidão cardiorrespiratória em idosos. **Revista Motricidade**, v. 15, Supl.3, p. 47-53, 2019.
- BAGNARA, I.C.; BOSCATTO, J.D. Multidimensionalidade dos conhecimentos: uma proposição para o ensino da Educação Física. **Rev Movimento**, v. 28, p. e28060, 2022. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.122960>
- BARBOSA, R.C.; SOUSA, A.L.L. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 24, n. 4, p. e210141, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.210141>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BÓS, A.J.G.; IANISKI, V.B.; CAMACHO, N.C.A.; MARTINS, R.B.; RIGO, I.I.; GRIGOL, M.C.; CAMARGO, L.R.; ROCHA, J.P. Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos do meio rural e urbano: Pesquisa nacional de saúde, 2013. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 12, n. 3, p. 148-153, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800027>
- CAMARANO, A.A. Diferenças na legislação à aposentadoria entre homens e mulheres: breve histórico. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, v. 62, p. 69-77, 2017.
- CAMARANO, A.A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? **Cien Saude Colet**, v. 25, Supl. 2, p. 4169-4176, 2020.
- COLUCCI, E.; NADEAU, S.; HIGGINS, J.; KEHAYIA, E.; POLDMA, T.; SAJ, A.; GUISE, E. COVID-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 99, p. 104606, 2022.

COLUSSI, E.L.; PICHLER, N.A.; GROCHOT, L. Perceptions of the elderly and their relatives about aging. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 22, n. 1, p. e180157, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180157>

COSTA, C.R.M.; RODRIGUES, A.S.; ARAÚJO, A.C.S.P.; SANTOS, N.B.; TEIXEIRA, R.C.; LIRA, S.C.S. Qualidade de vida do idoso ribeirinho da Amazônia. **Revista Saúde Coletiva**, v. 62, n. 11, p. 5236-5242, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5236-5249>

CREPALDI, T.O.M.; CARVALHAIS, J.D.J. A contribuição da má qualidade do sono na qualidade de vida no trabalho de professores: uma revisão. **Braz J Develop**, v. 6, n. 10, p. 75044-75057, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-070>

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. London: Routledge, 2009.

FERREIRA, C.F. **Importância das relações sociais na promoção da saúde mental do idoso asilado**. [artigo] Juazeiro do Norte: Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – Unileão, 2020. Disponível em: <<https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/PSICOLOGIA/P1399.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. 2022.

FERREIRA, M.C.G.; TURA, L.F.R.; SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 70, n. 4, p. 806-813, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>

FONSECA, S.C.F.; CARVALHAL, M.I.M.; MENDES, M.; COELHO, E.M.R.T. C. Dieta e sono no idoso: (re)visão. **Brazilian Journal of Education, Technology and Society**, v. 15, Supl.1, p. 166-171, 2022.

FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GADELHA, Y.S.S.B.G.; PEIXOTO, C.C.C.M.; DUARTE, D.V.M.A.; SILVA, E.B. et al. Longevidade: a importância da autonomia. **Braz J Hea Rev**, v. 3, n. 2, p. 1690-1698, 2020.

GARBIN, K. et al. Força de preensão manual em idosos institucionalizados com doenças osteoarticulares. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 27-40, out./dez., 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a3058>

GEHLEN, J.G.; ESMERIO, F.G.; PICHLER, N.A. **Qualidade de vida e cuidados com a alimentação ao envelhecer**. In: SCORTEGAGNA, S.A.; PICHLER, N.A.; BETTINELLI, L.A.; MIGOTT, M.B. O cuidado na multidimensionalidade do envelhecimento humano. Passo Fundo: Méritos, 2015.

GOMES, E; DIAS, L.O. A triangulação enquanto estratégia de diálogo em pesquisa científica. **Revista Comunicação & Sociedade**, São Bernardo do Campo, v. 42, n. 1, p. 31-51, jan.-abr., 2020.

GONÇALVES, A. **Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida**. In: VILARTA, R. Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. Campinas: IPES, 2004.

GONÇALVES, L.H.T.; COSTA, M.A.M.; MARTINS, M.M.; NASSAR, S.M.; ZUNINO, R. The Family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 458-466, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300003>

GUEDES, M.B.O.G.; LIMA, K.C.; CALDAS, C.P.; VERAS, R.P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JESUS, I.T.M.; DINIZ, M.A.A.; LANZOTTI, R.B.; ORLANDI, F.S.; PAVARIN, S.C.I.; ZAZZETTA, M.S. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 4, p. e4300016, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>

LENARDT, M.H.; LOURENÇO, T.M.; BETIOLLI, S.E.; BINOTTO, M.A.; SÉTLIK, C.M.; BARBIERO, M.M.A. Força de preensão manual em idosos e a aptidão para condução veicular. **Rev Bras Enferm**, v. 76, n. 1, p. e20210729, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0729pt>

LOBOS, G.; LAPO, M.C.; SCHNETTLER, B. In the choice between health and money, health comes first: an analysis of happiness among rural Chilean elderly. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-12, 2016.

LOPES, C.F.; QUEIROGA, F.C.G.; FONSECA, V.M.B.; FERREIRA, T.S.; DOURADO, A.M.; LAGES, A.L.; ALVES, I.M, MENDES, J.M.S.; PIRES, P.M.; ROCHA, J.S.B. Conceito e instrumentos de avaliação da qualidade de vida e saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, Supl.11, p. 1076-1080, 2018.

LOPES, P.C.L. **Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal**. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2013.

MACHADO, A.C.A. **Proteção e risco de superendividamento, variáveis psicológicas e financeiras: estudo de preditores de qualidade de vida**. 2021. 255 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

MALAQUIAS, B.S.S.; AZEVEDO, N.F.; LEDIC, C.S.; MARTINS, V.E.; NARDELLI, G.G.; GAUDENCI, E.M. et al. A research about HIV/AIDS and sexuality involving elders: an experience report. **REFACS**, v. 5, n. 2, p. 262, 2017.

MEDEIROS, K. K. A. S.; COURA, A.S.; PINTO JÚNIOR, E.P.; FRANÇA, I.S.X.; BOUSQUAT, A. O perfil do idoso da Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, p; 135-153, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p135-153>

MIGUEL, E.N.; MAFRA, S.C.T.; FONTES, M.B. Caracterização quantitativa da habitação do idoso mineiro a partir da PNAD 2013. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 107283-107296, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-389>

MOREIRA, L.B.; SILVA, S.L.A.; CASTRO, A.E.F.; LIMA, S.S. et al. Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26092018>

MOTA, G.M.P.; CESÁRIO, L.C.; JESUS, I.T.M.; LORENZINI, E.; ORLANDI, F.S.; ZAZZETTA, M.S. Arranjo familiar, apoio social e fragilidade em idosos da comunidade: estudo longitudinal com métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, p. 20210444, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0444pt>

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2013.

NERI, A.L.; BORIM, F.S.A.; FONTES, A.P.; RABELLO, D.F.; CACHIONI, M.; BATISTONI, S.S.T. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 52, Supl.2, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>

OLIVEIRA, A.D; RAMOS, A.O.; PANHOCA, I; ALVES, V.L.S. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-103, 2014.

OLIVEIRA, S.M.L.; SAVI, C.L.; BERNARTT, M.L. Analfabetismo e pessoas idosas: reflexões parciais de uma pesquisa em andamento. In: ANAIS DO II SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, on-line, 2020, p. 1-13.

PAIVA, M.M.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. **Cien Saude Colet**, v. 26, Supl. 3, p. 5099-5108, 2021.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PASKULIN, L.M.G.; CÓRDOVA, F.P.; COSTA, F.M.; VIANNA, L.A.C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100016>

PEREIRA, M.C.A.; SANTOS, L.F.S.; MOURA, T.N.B.; PEREIRA, L.C.A.; LANDIM, M.B.P. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 124-131, jan./mar., 2016. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p124>

PIMENTEL, G.S.; MARQUES, L.B.; ALMEIDA, M.Z.T. In: LOSS, J.C.L.; CABRAL, H.B.; TEIXEIRA, F.L.F.; ALMEIDA, M.Z.T. **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Brasil Multicultural, 2019.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.E.B.; SANTOS, A. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

POHL, H.H.; BESCHORNER, C.E.; COUTO, A.N.; LENHARD, T.H.; SANTOS, P.R. Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. **Cien Saude Colet**, v. 26, Supl.2, p. 3599-3607, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.28252019>

RIBEIRO, C.G.; FERRETTI, F.; SÁ, C.A. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 330-339, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>

ROMERO, D.E.; JÉSSICA, M.; DAMACENA, G.N.; SOUZA, N.A.; ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00216620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>

ROMERO, D.E.; MUZY, J.; DAMACENA, G.N.; SOUZA, N.A.; ALMEIDA, W.S. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 00216620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>

RUIDIAZ-GÓMEZ, K.S.; CACANTE-CABALLERO, J. V. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciencia e Cuidado – Scientific Journal of Nursing**, v. 18, n. 3, p. 96-109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>

SANTOS JÚNIOR, A.G.; CASAIS, T.R.; ARANTES, W.S.; SANTOS, F.R.; FURLAN, M.C.R.; PESSALACIA, J.D.R. Avaliação da qualidade de vida em idosos de um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do centro-oeste mineiro**, v. 9, p. e3053, 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3053>

SANTOS, M.R. **Escolaridade e envelhecimento: panorama das políticas públicas e marco regulatório no Brasil – 1991 a 2011**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

SAYÓN-OREA, C. et al. Determinants of self-rated health perception in a sample of a physically active population. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 10, p. 1-10, 2018.

SCHERRER JÚNIOR, G.; OKUNO, M.F.P.; BRECH, G.C.; ALONSO, A.C.; BELASCO, A.G.S. Factors associated with the quality of life of the elderly in public long-stay institutions. **Rev Enferm UFSM**, v. 12, n. 50, p. 1-18, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769269062>

SILVA, D.S.; AIDAR, D.; SOUZA, R.; SANTOS, M.; BARROS, G.O.; ALEJO, A.A.; SILVA, A.N. Evaluation of a program of physical exercise on blood markers and sleep quality in elderly. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 12, n. 4, p. 363-367, 2019.

SILVA, G.M.; ASSUMPÇÃO, D.; BARROS, M.B.A.; BARROS FILHO, A.A.; CORONA, L.P. Baixa ingestão de fibras alimentares em idosos: estudo de base populacional ISACAMP 2014/2015. **Cien Saude Colet**, v. 23, Supl.2, p. 3865-3874, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.28252019>

SILVA, M.L.; VIANA, S.A.A.; LIMA, P.T. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

SILVA, P.A.B.; SOARES, S.M.; SANTOS, J.F.; SILVA, L.B. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor da qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>

SILVA, V.E.; TEIXEIRA, K.M.D.; CIRINO, J.F. Idoso e condições de vida: análise da pesquisa de orçamento familiar de Viçosa (MG), 2019-2020. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 24, n. 4, p. e20210729, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210229.pt>

SIMEÃO, S.F.A.P.; MARTINS, G.A.L.; GATTI, M.A.N.; CONTI, M.H.S.; VITTA, A.; MARTA, S.N. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>

ŠOLA, K.F.; VLADIMIR-KNEŽEVIĆ, S; HRABAČ, P.; MUCALO, I.; SASO, L.; VERBANAC, D. The effect of multistrain probiotics on functional constipation in the elderly: a randomized controlled trial. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 76, p. 1675-1681, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41430-022-01189-0>

SOUSA JÚNIOR, E.V.; SOUZA, C.S.; SILVA FILHO, B.F.; SIQUEIRA, L.R.; SILVA, C.S.; SAWADA, N.O. Função sexual positivamente correlacionada com a sexualidade e qualidade de vida do idoso. **Rev Bras Enferm**, v. 75, Supl.4, p. e20210939, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0939pt>

SOUSA, F.J.D.; OLIVEIRA, C.R.; PINTO, A.M.; RODRIGUES, V.; GONÇALVES, L.H.T.; GAMBA, M.A. Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: uma análise comparativa. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 1, p. e1230, 2021. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1230>

SOUZA JÚNIOR, E.V.; CRUZ, D.P.; SILVA, C.S.; ROSA, R.S.; SIQUEIRA, L.R.; SAWADA, N.O. Implicações da fragilidade autorreferida na qualidade de vida do idoso: estudo transversal. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210040, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0040>

THIN, N. **Quality of life issues in development**. The Internacional Encyclopedia of Anthropology, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1714>

THOMAS, E.; BATTAGLIA, G.; PATTI, A. et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: a systematic review. **Medicine (Baltimore)**, v. 98, n. 2, p. e16218, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016218>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QV de idosos vem sendo tema de diversos estudos científicos à medida que o envelhecimento populacional traz consigo a necessidade de compreensão dos aspectos que estão envolvidos neste processo. Em meio a um período pandêmico, no qual os indivíduos idosos são considerados grupo de risco para o desenvolvimento de casos graves da Covid-19, aumenta a importância de compreender a qualidade de vida deste público diante da mudança repentina nas suas rotinas em decorrência das restrições, distanciamento social, falta de oportunidades de socialização, de lazer e o medo advindo das incertezas do contexto atual.

O presente estudo teve o objetivo de avaliar a QV de idosos residentes em municípios localizados em macrorregiões de saúde da Paraíba. Para este fim, foram utilizadas abordagens quantitativa e qualitativa, além da triangulação metodológica (intermétodo), com o intuito de vislumbrar o fenômeno estudado sob diferentes ângulos, aumentando os achados e ampliando a análise dos aspectos que envolvem o constructo da QV.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a QV dos idosos deste estudo, residentes em municípios de diferentes macrorregiões de saúde da Paraíba, é positiva tanto na avaliação quantitativa quanto na autoavaliação qualitativa. No entanto, analisando os municípios separadamente, o único que apresentou QV negativa de acordo com o instrumento quantitativo foi o município de Campina Grande. De acordo com os idosos, os aspectos relacionados ao meio ambiente influenciaram neste resultado negativo. Enquanto isso, o município de Patos apontou o escore médio mais alto de QV positiva, apresentando alta pontuação no Domínio de Relações Sociais.

Os principais aspectos que influenciaram positivamente a QV dos idosos deste estudo foram: boa condição financeira, bom relacionamento com família e amigos, adoção de hábitos saudáveis para manutenção da saúde (alimentação e atividade física), espiritualidade, oportunidades de lazer, presença de sentimentos positivos e preservação da autonomia. Os principais aspectos que influenciaram negativamente a QV dos idosos deste estudo foram: instabilidade financeira, pandemia de COVID-19, isolamento social, presença de sentimentos negativos, condição de adoecimento e acúmulo de responsabilidades.

Em relação aos dados quantitativos, dentre os idosos com QV negativa, os domínios com menores médias de escores foram os de Meio Ambiente e Físico; e dentre os idosos com QV positiva, os domínios com maiores médias de escores foram os de Relações Sociais e Psicológico. Em relação aos dados qualitativos, dentre os idosos com QV negativa, os domínios mais relatados foram os de Meio Ambiente e Psicológico; e dentre os idosos com QV positiva,

os mais relatados foram os mesmos dos dados quantitativos (Relações Sociais e Psicológico). Esses dados apontam os principais domínios que influenciam tanto a QV positiva quanto a QV negativa, tanto em relação a avaliação utilizando instrumento quantitativo quanto a autoavaliação subjetiva com abordagem qualitativa.

Este estudo proporcionou a ampliação dos achados acerca da QV dos idosos do Estado da Paraíba, propondo a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa para compreensão ampliada sobre a QV, sendo possível investigar o fenômeno estudado sob diferentes óticas. Os resultados pretendem embasar os gestores e profissionais da saúde, bem como familiares e os próprios idosos, sobre a QV da população idosa paraibana a fim de evidenciar seus aspectos influenciadores para que sejam traçadas estratégias de qualificação do cuidado, manutenção das potencialidades e superação das fragilidades, no intuito de proporcionar um ambiente mais saudável e propício ao envelhecimento nos municípios de todas as macrorregiões de saúde da Paraíba.

A coleta de dados de maneira remota por chamada telefônica em decorrência do período pandêmico dificultou a adesão dos idosos, que se mostravam temerosos em participar da pesquisa, havendo rejeições e desistências. Sugere-se um estudo ampliado com número representativo, utilizando coleta de dados presencial e incluindo idosos residentes em meio rural. Além disso, utilizar a pandemia de COVID-19 como variável do estudo pode ampliar o entendimento dos efeitos do período pandêmico na QV de idosos, tendo em vista que este foi o público que mais sofreu com as restrições, principalmente no âmbito social e laboral.

REFERÊNCIAS

- 1 CAMARANO AA, KANSO S, FERNANDES DC. Saída do mercado de trabalho: qual é a idade? Boletim Mercado de Trabalho [internet]. 2012. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3883/1/bmt51_nt01_saidadomercado.pdf
- 2 XAVIER AS, KOIFMAN L. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. 2011; 15(39):973-84.
- 3 MAGALHÃES KA. Envelhecimento e cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde.
- 4 FERNANDES HCL et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? Revista Escolha de Enfermagem da USP. 2010; 44(3):782-8.
- 5 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Banco Mundial defende reforma da Previdência e alerta para déficits nos próximos 50 anos. 24 de abril de 2017 [internet]. Available from: <https://nacoesunidas.org/banco-mundial-defende-reforma-da-previdencia-e-alerta-para-deficits-nos-proximos-50-anos/>
- 6 ABIGALIL APC. Desafios do envelhecimento ativo face à reestruturação e ao desfinanciamento da Seguridade Social no Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 2019. Dissertação de Mestrado em Política Social.
- 7 MIRANDA GMD, MENDES ACG, SILVA ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria. 2016; 19(3):507-19.
- 8 VASCONCELOS AMN, GOMES MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012; 21(4):539-48.
- 9 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Série Relatórios Metodológicos Volume 40: projeções da população: Brasil e Unidades da Federação – Revisão 2018. 2. ed. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; 2018.
- 10 REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS). Características dos indicadores – Fichas de qualificação. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Available from: <http://www.ripsa.org.br/>
- 11 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2014. Coordenação de Trabalho e Rendimento: Rio de Janeiro; 2015. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>
- 12 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação – 2021 [internet]. 2021. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

13 SILVA DA. Fatores contextuais do envelhecimento populacional no nordeste brasileiro. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva.

14 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama da População do Estado da Paraíba [internet]. 2010. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>

15 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativa da População: tabelas de estimativas para 1º de julho de 2019 [internet]. 2019. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>

16 RIGOTTI J. Transição demográfica. Revista Educação e Realidade. 2012; 37(2):467-90.

17 ALVES JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Portal de Divulgação. 2014; (40):8-15.

18 OLIVEIRA AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2019; 15(31):69-79.

19 MIRANDA GMD, MENDES ACG, SILVA ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. Revista Interface. 2017; 21(61)309-20.

20 MARI FR et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2016; 19(1):35-44.

21 JACOB L. Envelhecimento da população. In: JACOB L, SANTOS E, POCINHO R, FERNANDES H. Envelhecimento e Economia Social, perspectivas atuais. Viseu: Psicossoma; p.43-49, 2013.

22 MORAES EM, MORAES FL, LIMA SP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Revista Médica de Minas Gerais. 2010; 20(1):67-79.

23 SEQUEIRA C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Ltda; 2010.

24 FECHINE BRA, TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional. 2012; 20(1)106-94.

25 DANTAS EHM, SANTOS CAS. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Santa Catarina: Editora Unoesc; 2017.

26 MACHADO KBG et al. A compreensão do envelhecimento através de teorias biológicas. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. 2020; 6(20)254-62.

- 27 MOTTA LB. Saúde da pessoa idosa. São Luiz: UFMA/UNASUS; 2013.
- 28 MIGUEL IC. Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: entre mitos e factos. In: LUZ HRA, MIGUEL IC. Gerontologia social: perspectivas de análise e intervenção, p. 53-67. Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional – Instituto Superior Bissaya Barreto; 2014.
- 29 MEDEIROS JML. Depressão no idoso. Porto: Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.
- 30 TORRES TL et al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(12):3621-30.
- 31 MARTINS JR. Processo de envelhecimento da fase adulta-idosa: políticas públicas, redes de apoio e demandas de cuidado. Juiz de Fora: Faculdade Federal de Juiz de Fora, 2016. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem.
- 32 FREITAS EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- 33 PEREIRA EF, TEIXEIRA CS, SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. 2012; 26(2)241-50.
- 34 PASCHOAL, SMP. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 185-95, 2013.
- 35 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF – Programme on Mental Health – User manual [internet]. 1998. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- 36 TAVARES DMS et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. Revista Ciências & Saúde Coletiva. 2016; 21(11)3557-64.
- 37 SILVA LWS et al. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa. Revista Temática Kairós Gerontologia. 2011; 14(3)145-66.
- 38 LIU SY et al. Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adult-hood. Psychoneuroendocrinology. 2014; 41:111-20.
- 39 FERREIRA LNF et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos da Atenção Básica de Saúde. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2018; 8(1)9-14.
- 40 SOUZA WBA et al. Qualidade de vida entre idosos ativos de uma Unidade de Saúde da Família. Revista Interdisciplinar em Saúde. 2016; 3(2)275-90.
- 41 SANTOS PM. Principais instrumentos de avaliação de qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. Revista Corpoconsciência. 2015; 19(2)25-36.
- 42 SILVA PAB. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor da qualidade de vida de idosos. Revista de Saúde Pública. 2014; 48(3)390-97.

- 43 VOGT TN et al. Quality of life assessment in chronic wound patients using the Wound-QoL and FLQA-Wk instruments. *Nursing Research and Education*. 2020; 38(3)1-12.
- 44 SILVA DC et al. Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2015; 20(1)13-19.
- 45 SILVA JA, SOUZA LEA, GANASSOLI C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2017; 15(3)146-9.
- 46 HAIKAL DS et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(7)3317-29.
- 47 PITANGA AF. Pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa: refletindo sobre as decisões na seleção de determinada abordagem. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2020; 8(17)184-201.
- 48 SOUZA KR, KERBAUY MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Revista Educação e Filosofia*. 2017; 31(61)21-44.
- 49 MUSSI RFF. Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. *Revista Sustinere*. 2019; 7(2)414-30.
- 50 ALAMI S, DESJEUX D, GARABUAU-MOUSSAOUI I. Os métodos qualitativos. Petrópolis: Vozes; 2010.
- 51 FERREIRA MCG et al. Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70(4)840-7.
- 52 CARVALHO LOT, CARVALHO ND, TEIXEIRA VLMO. Música e qualidade de vida na terceira idade: um estudo exploratório. *Revista Interface do Conhecimento*. 2020; 2(2)21-30.
- 53 ROCHA MCV et al. Lazer e qualidade de vida no segmento turismo da terceira idade [internet]. In: Congresso de Administração e Contabilidade, 2020, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Available from:
https://www.researchgate.net/profile/Andre_Duarte14/publication/345732806_Lazer_e_Qualidade_de_Vida_no_Segmento_Turismo_da_Terceira_Idade/links/5fac0c55299bf18c5b652f83/Lazer-e-Qualidade-de-Vida-no-Segmento-Turismo-da-Terceira-Idade.pdf
- 54 MELO NGDO, MELO FILHO DA, FERREIRA LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; 20(2)213-22.
- 55 MAIA AG, QUADROS WJ. Tipologia municipal de classes sociocupacionais: uma nova dimensão para análise das desigualdades territoriais no Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2009; 47(2)389-418.

- 56 CALVO MCM et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25(4)767-76.
- 57 PEREIRA RJ et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6)2907-2917.
- 58 BRAGA MCP et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2011; 14(1)93-100.
- 59 SERBIM AK, FIGUEIREDO AE. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*. 2011; 21(4)166-72.
- 60 SOÓSOVÁ MS. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016; 7(3)484-93.
- 61 TOURANI S et al. Health-related quality of life among healthy elderly Iranians: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16(1)1-9.
- 62 CONDE DM et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006; 28(3)195-204.
- 63 WOODWARD K. Identidade e diferença: a perspectiva de estudos culturais. 15. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.
- 64 LOPES PCL. Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2013.
- 65 NAHAS MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2013.
- 66 MIRANDEZ RM et al. Multiple category verbal fluency in mild cognitive impairment and correlation with CSF biomarkers for Alzheimer's disease. *International Psychogeriatric*. 2017; 29(6)949-58.
- 67 MONTIEL JM et al. Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. *Revista Psicologia: teoria e prática*. 2014; 16(1)169-80.
- 68 BRUCKI SMD et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2003; 61(3-B)777-81.
- 69 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.
- 70 ALENCAR, NA et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2010; 3(1):103-109.
- 71 FERREIRA JÚNIOR AR. et al. Entrevistas por telefone: perspectivas e usos durante a pandemia de COVID-19. *New Trends in Qualitative Research*. 2022; 10:1-12.

- 72 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil – Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2019 [internet]. 2019. Available from: http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf
- 73 MORÉ CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Revista Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. 2015; 3:126-31.
- 74 MANZINI EJ. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso*. 2012; 4(2)149-71.
- 75 XIAN P et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Internacional Journal of Oral Science*. 2020; 12(1)9.
- 76 REIS-FILHO JA, QUINTO D. COVID-19, social i social isolation, artisanal fishery and food security: how theses issues are related and how important is the sovereignty of fishinf workers in the face of the dystopian scenario. *Scielo Preprints*. 2020. 1-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54>
- 76 PANDOIN SMM et al. Entrevista telefônica como técnica de coleta de dados. *Cadernos de Ciência e Saúde*. 2013; 3(3)95-100.
- 78 WARD-KING J et al. Brief report: telephone administration of the autismo diagnostic interview-revised: reliability and suitability for use in research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40(10)1285-90.
- 79 NASCIMENTO ML, LEMOS FCS. A pesquisa intervenção em Psicologia: os usos de diário de campo. *Revista Barbarói*. 2020, 57:239-53.
- 80 STRAUSS A, CORBIN J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- 81 FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Revista Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1)17-27.
- 82 CAMARGO BV, JUSTO AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [internet]. 2013. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- 83 BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 84 GOMES E, DIAS LO. A triangulação enquanto estratégia de diálogo em pesquisa científica. *Revista Comunicação & Sociedade*. 2020; 42(1)31-51.
- 85 GÜNTHER H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*. 2006; 22(2)201-209.

86 DENZIN N. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. London: Routhledge; 2009.

87 BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Diário Oficial da União. 2012.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICO-
DEMOGRÁFICAS**

FORMULÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS

Código do idoso: _____

Município: _____

A. Grupo etário: () 60 – 69 anos; () 70 – 79 anos; () 80 anos ou mais.

[Idade: _____]

B. Sexo: () masculino; () feminino.

C. Cor autorrelatada: () branca; () preta; () parda; () indígena; () amarela

D. Situação conjugal: () solteiro; () casado; () divorciado; () viúvo; () união estável.

E. Escolaridade: qual o grau de instrução do(a) chefe da família?

() Analfabeto / Fundamental I incompleto

() Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

() Fundamental completo / Médio incompleto

() Médio completo / Superior incompleto

() Superior completo

F. Situação de coabitação: Quantas pessoas residem no domicílio que o(a) senhor(a) mora? (incluindo idoso(a) e empregado fixo). Quem são elas?

Membro	Idade	Membro	Idade	Membro	Idade

G. Condições de moradia: Quantos cômodos existem na sua casa? _____

H. Renda mensal familiar per capita:

Qual o valor da sua renda mensal? _____

Qual o valor total da renda da sua casa? Considere a soma da renda de todas as pessoas que residem na mesma casa: _____

I. Nível socioeconômico*: _____

* Aplicação do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Perguntas norteadoras

Qualidade de vida:

- 1) Qual a sua compreensão sobre a sua qualidade de vida?
- 2) O(a) senhor(a) avalia a sua qualidade de vida como positiva ou negativa?
- 3) Quais aspectos da sua vida levam o(a) senhor(a) a ter essa avaliação?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a), _____

O(a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “**Bem-estar psicológico e qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba**”, sob a responsabilidade da professora Tarciana Nobre de Menezes, da aluna Monique Hélen da Silva Santos e do aluno Humberto Medeiros Wanderley Filho.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. A coleta dos dados acontecerá apenas com sua autorização. Portanto, escute atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa tem como objetivo “Confrontar a avaliação do bem-estar psicológico e a compreensão sobre o bem-estar psicológico; assim como a avaliação da qualidade de vida e a compreensão sobre a qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba.” e se justifica pelo fato de os inúmeros problemas que afetam a saúde e a vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandarem respostas urgentes em diversas áreas.

Ao concordar em participar, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para fornecer informações sobre aspectos socioeconômico-demográficos, avaliação da qualidade de vida, a sua compreensão sobre a qualidade de vida, a avaliação do bem-estar psicológico e a sua compreensão sobre o bem-estar psicológico.

Informamos que, dentre os procedimentos realizados durante a coleta dos dados, aqueles que poderão causar algum risco ou desconforto, os quais são mínimos, se referem à aplicação dos questionários de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do bem-estar psicológico (Escala de Bem-Estar Psicológico); assim como às questões da entrevista semiestruturada, uma vez que poderão surgir dúvidas e/ou possíveis constrangimentos. Porém, este risco será minimizado, tendo em vista que no momento da coleta dos dados o pesquisador estará sozinho em local reservado, visando preservar a privacidade do que for dito.

Os benefícios da pesquisa, os quais terão caráter individual e coletivo, consistem na busca em elucidar e compreender o processo saúde-doença, na tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos de forma multidimensional.

Depois de entender os riscos e benefícios que esta pesquisa poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de sua entrevista, o senhor(a) autorizo(a), por meio deste termo, que os pesquisadores envolvidos na pesquisa realizem a gravação de sua entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta autorização foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-lhe o acesso à transcrição de sua gravação, caso solicite.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. Neste caso,

poderá solicitar a posse da gravação e transcrição da entrevista. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações científicas que poderão ser publicadas em revistas científicas, jornais, congressos ou outros eventos dessa natureza, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Quanto às gravações, a identificação do participante da pesquisa não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas. Qualquer outra forma de utilização das informações somente poderá ser feita mediante sua autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico, tendo em vista que não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao participante. Portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. No entanto, garante-se que quaisquer encargos financeiros de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, se houverem, ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis.

Os dados coletados, assim como as gravações, serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, e após esse período, serão destruídos.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a equipe científica, através do telefone (83) 991316765 ou através do e-mail: tmenezes@yahoo.com.br, ou do endereço: Av. das Baraúnas, Central Integrada de Aulas, sala 329. Campus Universitário, Bodocongó. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, telefone 3315 3373, e-mail cep@uepb.edu.br; e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado(a) sobre a finalidade da pesquisa intitulada **“Bem-estar psicológico e qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba”** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ concordo em participar deste estudo, assim como dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, confirmo verbalmente meu consentimento em participar do estudo.

Cidade, ____/____/_____

ANEXO A – FORMULÁRIO WHOLQOL-BREF

Formulário de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-BREF

WHOQOL Abreviado
Versão em português
Programa de Saúde Mental
Organização Mundial da Saúde

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?				
1 Muito Ruim	2 Ruim	3 Nem boa nem ruim	4 Boa	5 Muito boa
2. Quanto você se sente satisfeito(a) com a sua saúde?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
5. O quanto você aproveita a vida?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
7. O quanto você consegue se concentrar?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
8. Quanto você se sente seguro (a) em sua vida?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
9. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente

13. Quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
15. O quanto você é capaz de se locomover bem?				
1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem bom	4 Bom	5 Muito bom
16. Quanto você está satisfeito (a) com o seu sono?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
17. Quanto você está satisfeito (a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
18. Quanto você está satisfeito com sua capacidade para o trabalho?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
19. Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
20. Quanto você está satisfeito com suas relações pessoas (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
21. Quanto você está satisfeito com sua vida sexual?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
22. Quanto você está satisfeito com o apoio que você recebe de seus amigos?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
23. Quanto você está satisfeito com as condições do local onde mora?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
24. Quanto você está satisfeito com o seu acesso aos serviços de saúde?				
1	2 Insatisfeito	3	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito

Muito insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		
25. Quanto você está satisfeito com o seu meio ambiente?				
1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?				
1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre

ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP)

Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÕES: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem...

(LEIA CADA ITEM):

ITENS DE CONFORTO	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupa, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de:	
1	Rede geral de distribuição

2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
1	Analfabeto / Fundamental I incompleto
2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
3	Fundamental completo / Médio incompleto
4	Médio completo / Superior incompleto
5	Superior completo

Classificação do Nível econômico: _____

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB

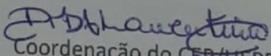
UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

Declaração

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto "BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA" de CAAE 49921221.0.0000.5187 submetido pelo(a) pesquisador(a) TARCIANA NOBRE DE MENEZES foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), conforme o Parecer 5.113.119 e registro na Ata da Reunião Ordinária CEP/UEPB que aconteceu no dia 17 de novembro de 2021.

Campina Grande, PB, 26 de novembro de 2021.

Universidade Estadual da Paraíba
Doris Nobrega de Andrade Laurentino
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
UEPB


Coordenação do CEP/UEPB