

## A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UMA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

Autor: Mariana Barbosa da Sila; Co-autor: Josinaldo Santos da Costa (1); Mariana Maria Pereira Cintra Farias (2) Cristyna Nayara Santos (3); Orientador: Rafael Rocha de Azeredo

*Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL*

**Introdução:** O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade. Atualmente, está provocando um contexto de mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares. À medida que a população envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social, trazendo à tona, a necessidade de desenvolver políticas voltadas a essa população específica **Objetivo(s):** Avaliar a qualidade de vida dos idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo, analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 132 idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Alagoas, escolhidos por amostragem probabilística aleatória simples. Foram utilizadas duas escalas validadas sobre a capacidade funcional e qualidade de vida: WHOQOL-bref e WHOQOL-old. A análise dos dados foi feita a partir do programa Microsoft Excel **Resultados:** Observou-se que 84% dos participantes são do sexo feminino e 73,5% possui entre 60 e 69 anos. A maior média obtida no instrumento WHOQOL-bref foi o domínio “psicológico” com 3,94, o domínio “meio ambiente” obteve a menor média com 3,44. No módulo WHOQOL-old a faceta com maior escore foi “habilidades sensoriais” com 76% e menor escore foram “autonomia” e “morte e morrer” ambas com 65% cada **Conclusão:** Apesar de serem considerados idosos ativos, o resultado não foi satisfatório em diversas facetas, evidenciando a importância de mais ações que favoreçam a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento populacional, Qualidade de Vida, Universidade.

### INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é um fenômeno constatado nos países em desenvolvimento. O Brasil vem apresentando um dos mais rápidos crescimentos e estima-se que em 2020, 15% da população será composta por idosos. Em Alagoas, dos seus três milhões de habitantes, 8,8% são idosos. O processo de transição demográfica conduz a mudanças nas características epidemiológicas e, faz com que as políticas de saúde pública e privada tenham de se adaptar ao novo modelo<sup>1</sup>.

A profunda alteração nos padrões demográficos apresenta grande visibilidade na esfera pública, alertando para problemas em vários domínios, desde os sistemas de proteção e de segurança social, prestação de cuidados de saúde, rede de equipamentos e de serviços até as políticas de apoio à família. Afinal, o envelhecimento populacional caracteriza desafios à sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social<sup>2</sup>.

Com o processo de envelhecimento, que é descrito como as mudanças morfofuncionais que surgem ao longo da vida, ocorrem alterações bioquímicas, histológicas, citológicas, fisiológicas e imunológicas; que

levam os indivíduos idosos a serem portadores de doenças crônico-degenerativas, prejudicando sua qualidade de vida. Apesar de o processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado a doenças e incapacidades<sup>3</sup>.

Seguindo a tendência mundial, no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis são a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>. Portanto, a criação de estratégias que possibilitem uma vida mais saudável, deve ser prioridade na atenção à saúde dos idosos, visando não só minimizar o impacto da doença na vida do indivíduo, mas proporcionando maior qualidade na vida dos idosos<sup>5</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) é definida como “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>6</sup>. Tendo em vista que as doenças e as incapacidades funcionais geram impacto sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos, deve-se buscar tardar sua evolução com o intuito de garantir longevidade com autonomia, independência e maior qualidade de<sup>7</sup>.

Dentro desta perspectiva, a inserção de medidas para ajudar os idosos a se manterem ativos, saudáveis e inseridos socialmente torna-se uma necessidade e, sobretudo, uma responsabilidade por parte das universidades, pelo seu papel de formação educacional, política, de integração e de agente social<sup>8</sup>.

No início da década de 1970, na Universidade de Ciências Sociais de Toulouse, França, foi criada a primeira Universidade da Terceira Idade (The University Of The Third Age). A partir daí, o movimento das Universidades Abertas da Terceira Idade (UnTAI), se difundiu por todo o mundo, alcançando milhões de pessoas idosas que participam de várias atividades intelecto-culturais que contribuem para um envelhecimento ativo e, conseqüentemente, para uma velhice bem sucedida<sup>9</sup>.

No Brasil, no começo da década de 1980 foram seguidas as primeiras ações pelo modelo francês das UnATI, com expressivo crescimento em todo o território nacional na década de 1990<sup>10</sup>. No ano de 2006 foi implementada em uma Universidade do Estado de Alagoas, com a oferta de oficinas de caráter manual, físico e cognitivo, com o intuito de promover a integração universidade-idoso-comunidade, envolvendo vários segmentos da comunidade universitária e da comunidade em geral<sup>8</sup>.

Considerando o constante crescimento da população idosa, bem como o crescimento das morbidades nesse grupo etário, faz-se imprescindível que os profissionais da saúde tenham dados sobre intercorrências na qualidade de vida da população idosa, para que ações sejam traçadas visando melhorar a terapêutica empregada, assim como, fundamentalmente uma atuação voltada para a prevenção e controle dessas doenças, bem como, a identificação precoce dos fatores ambientais de risco que possam influenciar na vida dos idosos, visando, a construção de um envelhecimento saudável.

Dado o texto supracitado, este estudo tem a seguinte questão de pesquisa: como se apresenta a qualidade de vida dos idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade do estado de Alagoas? O objetivo foi avaliar a qualidade de vida dos idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Alagoas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de campo, analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A amostra total é de 132 entrevistados, escolhidos por amostragem probabilística aleatória simples.

A pesquisa foi realizada no Programa de Extensão Universidade Aberta à Terceira Idade-UNCISATI da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas- UNCISAL, que fica situada na Rua Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra, Maceió - AL, CEP: 57010-300.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sob o número do parecer: 1.614.543/2016.

Inicialmente, para a condução da coleta foi aplicado o TCLE em duas vias e foram utilizados dois questionários: o instrumento WHOQOL-bref e o módulo WHOQOL-old, escalas utilizadas internacionalmente para avaliação da QV. No WHOQOL-bref consta 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade vida e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). O WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As facetas: capacidade de trabalho, atividades da vida cotidiana, sono e repouso, mobilidade, energia e fadiga, dependência de medicamentos ou tratamento, dor e desconforto, compõem o domínio físico; o domínio psicológico é composto pelas facetas: sentimentos negativos, autoestima, imagem corporal e aparência, pensar, aprender, memória e concentração, espiritualidade/religião/crenças pessoais e sentimentos positivos; o domínio relações sociais com as facetas: relações pessoais, atividade sexual e suporte (apoio) social; já o domínio meio ambiente é composto por: transporte, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, ambiente no lar, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, recursos financeiros, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e segurança física e proteção.

O WHOQOL-bref não gera um escore total, pois o grupo de pesquisa WHOQOL acredita que a variância entre os domínios indica qual delas mais influenciou a QV. Quanto maior o escore, melhor a percepção de QV. Neste instrumento o resultado aparece somente em média (1 a 5). Para calcular o domínio foram somados os valores das facetas e divididos de acordo com a quantidade de facetas em cada domínio. Classificação: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

O WHOQOL-old consiste em 24 itens da escala Likert, sendo composto por seis facetas: funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Para cada faceta, o escore pode oscilar de 4 a 20 pontos; somado aos 24 itens, ele gera um escore bruto. Portanto, os escores dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens podem ser combinados para produzir um escore total (global) para a QV em idosos. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida.

Existem três formas de apresentar os dados: uma é em forma de total (de 4 a 20); outra é a média (1 a 5); outra é percentual (0 a 100). Para os resultados em média: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Resultados em % de 0 a 100, quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida. Os valores foram calculados a partir do resultado da análise em média e porcentagem.

Durante a realização da coleta, os sujeitos da pesquisa foram abordados antes ou após as oficinas ofertadas pelo projeto de extensão. Quando o respondente não entendeu o significado de alguma pergunta o entrevistador releu a pergunta de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos ou "explicações em outras palavras da questão" (aplicação assistida).

Quando o respondente não apresentou condições de ler o questionário em função de suas condições de saúde ou de alfabetização, o questionário foi lido pelo entrevistador. As informações coletadas são absolutamente confidenciais e anônimas, uma vez que foram seguidos todos os critérios que constam na Resolução 466/12 do CNS/MS.

Como critério de inclusão nesta pesquisa foram delimitadas as pessoas que tinham 60 anos ou mais, de ambos os sexos e que estivessem matriculados na Universidade Aberta à Terceira Idade. Foram excluídos da pesquisa os alunos afastados do programa de extensão. As variáveis consideradas foram as seguintes: autonomia, físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, funcionamento sensorio, intimidade, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e participação social.

Após a coleta, os dados foram descritos de forma absoluta, discutidos, analisados, agrupados e tratados estatisticamente através do programa Microsoft Excel 2010 que permite criar questionários, entrar dados, analisar dados, criar mapas, tabelas e gráficos de maneira simples e conveniente com várias variáveis e menor chance de erro.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entre os 132 sujeitos participantes deste estudo, houve a predominância de 84% do sexo feminino (Tabela 1), em relação aos sujeitos do sexo masculino com 16%.

Em relação a faixa etária observou-se que a participação dos idosos em 60 e 69 anos foi de 73,5%, aos que têm 70 e 79 anos que apresentou uma porcentagem de 23,5% e com menor índice os idosos entre 80 e 89 anos com apenas 3% do total de sujeitos entrevistados.

O presente estudo apresentou predominâncias de características específicas da população bastante similares ao estudo de Roque<sup>8</sup> realizado com 460 idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade, igualmente localizada no Estado de Alagoas, que também reportou a predominância do sexo feminino (93,3%) e idade entre 60 e 69 anos (41,57%). Além de o processo do envelhecimento retratar domínio feminino pela expectativa de vida da mulher ser mais alta que do homem, pode também se esclarecer pela falta de interesse da população masculina em relação às atividades lúdicas, educacionais e sociais, onde o contexto cultural refere que a participação desse tipo de atividade é caracterizada como feminina.

**Tabela 1-** Sexo e idade dos idosos inseridos na Universidade Aberta à Terceira Idade. Maceió, Alagoas, 2016-2017.

|                    | N   | %     |
|--------------------|-----|-------|
| <b>Sexo</b>        |     |       |
| Masculino          | 21  | 16%   |
| Feminino           | 111 | 84%   |
| Total              | 132 | 100%  |
| <b>Idade</b>       |     |       |
| Entre 60 e 69 anos | 97  | 73,5% |
| Entre 70 e 79 anos | 31  | 23,5% |
| Entre 80 e 89 anos | 4   | 3,0%  |
| Total              | 132 | 100%  |

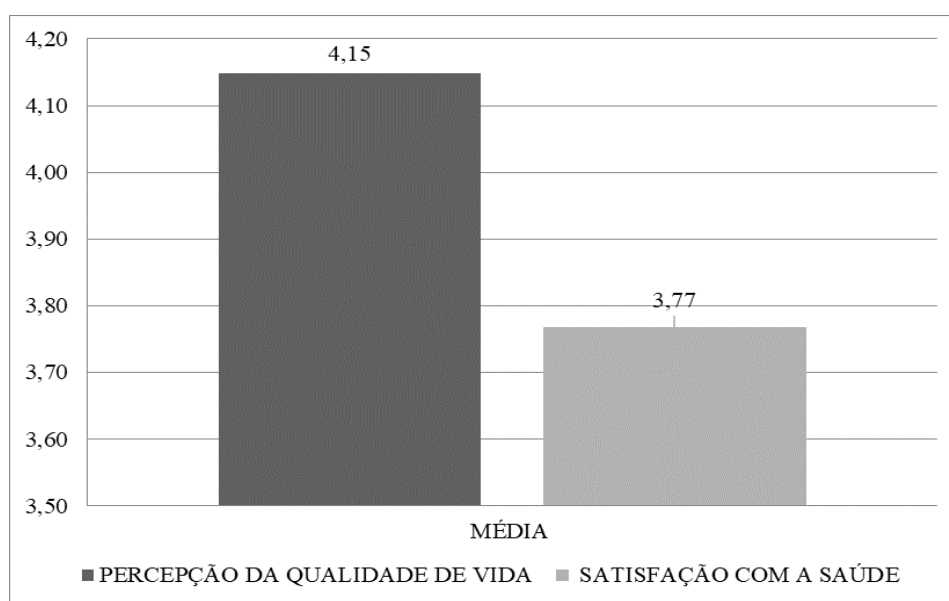
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016-2017.

Na avaliação da QV, realizada através do instrumento WHOQOL-bref que está apresentada na Figura 1, a média de satisfação com a qualidade de vida que foi de 4,15, já a satisfação com a saúde obteve uma média de 3,77.



Assim como os estudos de Marchiore<sup>11</sup> e Reis<sup>12</sup>, de acordo com os resultados obtidos na Figura 1, nota-se um maior *escore* para a percepção da qualidade de vida em relação à satisfação com a saúde, que se apresentou regular, divergindo com os dados trazidos pelo IBGE<sup>13</sup>, onde 45, 5% dos idosos declararam-se satisfeitos com seu estado de saúde.

Para Dawalibi<sup>14</sup> era esperado que eles tivessem uma melhor percepção de sua qualidade de vida, visto que são idosos que frequentam Universidades Abertas à Terceira Idade, o que os particularizam dos demais idosos da população em geral, no sentido de busca por conhecimento e cuidados com a saúde.



**Figura 1-** Percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde dos idosos inseridos na Universidade Aberta à Terceira Idade. Maceió, Alagoas, 2016-2017.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016-2017.

Na Figura 2 observa-se as médias por domínios do instrumento WHOQOL-bref. O domínio com *escore* mais alto foi o psicológico, com uma média de 3,94. O domínio com menor *escore* foi o ambiente com uma média de 3,44. O domínio físico apresentou uma média de 3,85 e o das relações sociais 3,84.

Na avaliação dos domínios do instrumento WHOQOL-bref, todos os *escores* se apresentaram com uma média regular, o maior *escore* foi o do domínio psicológico, que sofreu influência da faceta autoestima, que foi conceituada com a maior pontuação dentre todas as facetas do estudo em questão.

Para Oredenez<sup>15</sup> e outros estudiosos como Silva<sup>16</sup> que verificou a presença da depressão e da autoestima em idosos participantes de uma Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) no Estado da Paraíba, encontrou resultado similar a este estudo, com aumento da autoestima dos idosos entrevistados,

visto que as atividades oferecidas nas UAMA possibilitam formação de novos ciclos de amizade, diminui os estresses e as doenças crônicas, como a depressão ao longo do envelhecimento.

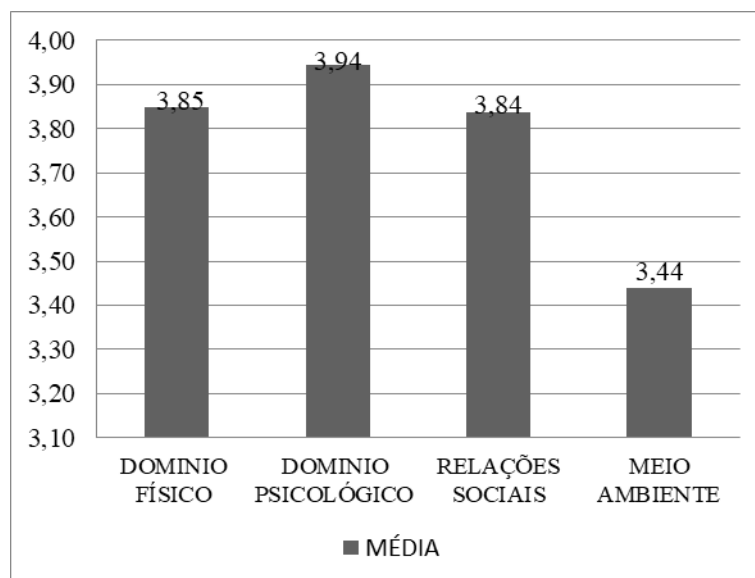
O domínio meio ambiente teve o menor *escore*, transporte destacou-se com a menor pontuação em todas as facetas deste estudo. No entanto, a pesquisa de Silva<sup>17</sup>, realizada no Estado da Paraíba, descreve que a maioria dos idosos entrevistados se mostrou satisfeita ou até muito satisfeita com o transporte, divergindo deste estudo. O que pode ser justificado pelas divergências sociais e, por se tratar de um Estado com índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevado que o do Estado de Alagoas.

A faceta ambiente no lar foi a única do domínio meio ambiente que obteve um *escore* satisfatório. A família é considerada por Witter<sup>18</sup> uma rede social importante para promover e manter atividades de convívio social, pois, proporciona a relação interpessoal entre os familiares, outras pessoas e o idoso, o que colabora com o envelhecimento saudável.

No domínio físico, a faceta dependência de medicamentos ou tratamento colaborou para um *escore* abaixo do satisfatório. Segundo Costa<sup>19</sup> com o processo do envelhecimento, há um aumento de doenças crônicas, o que favorece contínuo consumo de medicamentos entre os idosos.

Além disso, os fármacos é a principal forma de intervenção usada no modelo de saúde atual. Com isso, há um consumo excessivo, onde medidas precisam ser avaliadas quanto ao seu risco/benefício, pois o uso desmoderado pode influenciar significativamente na QV dos idosos Costa<sup>19</sup>.

O domínio relações sociais teve um *escore* bem próximo do satisfatório, porém, teve grande influência negativa da faceta atividade sexual, que foi a única faceta deste domínio que se apresentou insatisfatória. Para Alencar<sup>20</sup> há diversos fatores que influenciam a sexualidade do idoso, como: a ausência do parceiro devido à viuvez, ocorrência de doença, mudanças na fisiologia sexual e o uso de medicamentos. Com isso, é justificada a insatisfação do idoso com sua sexualidade.



**Figura 2-** Valores em média obtidos nos domínios através do instrumento WHOQOL-bref dos idosos inseridos na Universidade Aberta à Terceira Idade. Maceió, Alagoas, 2016-2017.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016-2017.

Na avaliação da QV através do módulo WHOQOL-old, conforme apresentado na Tabela 2, as facetas que apresentaram maiores escores para QV foram habilidades sensoriais, com uma média de 4,06 e participação social com 4,04. As facetas morte e morrer e autonomia tiveram a menor média com 3,76 cada. Intimidade apresentou uma média de 3,77 e atividades passadas, presentes e futuras com uma média de 3,92. O escore de média total apresentado pelas facetas foi de 3,88.

Os resultados obtidos no questionário WHOQOL-old evidenciaram as facetas morte e morrer e autonomia com o menor índice, ambas com 3,58 (65%). Inquietações, preocupações e temores sobre o processo morte e morrer foram observados na maioria dos entrevistados. Segundo Reis<sup>12</sup> este fato pode estar ligado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Um estudo realizado por Paula<sup>21</sup> obteve um resultado equivalente, onde a faceta morte e morrer teve um escore insatisfatório. Para Araújo<sup>22</sup> isso é efeito do número de entrevistados ser composto em sua maioria por idosos mais jovens. Mesmo tendo consciência que a morte é inevitável, os entrevistados assumem seus medos do desconhecido e das condições indignas que podem acompanhar o processo de morrer.

Apesar da jovialidade dos idosos em questão, a faceta autonomia não obteve um *escore* satisfatório. As limitações físicas, psicoemocionais e baixa escolaridade são fatores citados por Bento<sup>23</sup> que afetam significativamente a autonomia pessoal.



Os aspectos bioéticos envolvidos na autonomia do idoso foram descritos por Saquetto<sup>24</sup> e concluiu que tem sido uma temática bastante discutida nos campos da geriatria e gerontologia. Pois, com o aumento da expectativa de vida, torna-se imprescindível que medidas que fomentam o envelhecimento ativo sejam elaboradas, voltando-se cada vez mais à valorização da autonomia como função essencial à saúde da pessoa idosa.

**Tabela 2-** Valores obtidos nas facetas através do módulo WHOQOL-old dos idosos inseridos na Universidade Aberta à Terceira Idade. Maceió, Alagoas, 2016-2017.

|  | MÉDIA | PORCENTAGEM |
|--|-------|-------------|
| Habilidades Sensoriais                   | 4,03  | 76%         |
| Autonomia                                | 3,58  | 65%         |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 3,73  | 68%         |
| Domínio participação social              | 3,82  | 71%         |
| Morte e morrer                           | 3,61  | 65%         |
| Intimidade                               | 3,73  | 68%         |
| Qualidade de vida geral                  | 3,75  | 69%         |
| TOTAL                                    | 3,75  |             |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016-2017.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar de serem considerados idosos ativos e se perceberem com boa da qualidade de vida, foi evidenciada uma média regular em grande maioria dos domínios e facetas e, que as questões em relação ao meio ambiente como transporte, recursos financeiros, poluição, trânsito, clima, oportunidades de lazer e segurança implicaram negativamente, o que ressalta a importância dos fatores externos na QV da sociedade em geral.

A autoestima preservada mostra que envelhecer não é sinônimo de não aceitação dos declínios naturais da longevidade. Independente da idade, uma boa autoestima favorece a saúde e a auto realização.

Com isso, é necessário que a terceira idade seja pensada não somente para cura das doenças, mas na prevenção e promoção à saúde, como a proposta das Universidades Abertas que trabalha a funcionalidade e a autonomia da pessoa idosa para a realização das atividades.

O estímulo com o cuidado à saúde a partir de novas políticas públicas deve ser permanente ao longo das fases da vida, para então almejar que as pessoas não só tenham mais anos de vida, mas obtenham o envelhecimento saudável e com qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2009 [acesso em 2015 nov 8]; 43(3): 548-554. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=pt)>.
2. Aboim S, Amor T, Ferreira, VS & Nunes C. Transições para a velhice. In: Pais JM & Ferreira VS (orgs.). Tempos e transições de vida: Portugal ao espelho da Europa. Lisboa, ics, 2010. P. 69-104.
3. Linder Junior E, Trindade JLA. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. Rev. bras. geriatr. gerontol.[online]. 2013 [Acesso em 2017 abr 28]; 16: 473-479. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300006>>.
4. Tier GC, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Condições de saúde dos idosos na Atenção Primária a Saúde. Rev Rene. 2014 [acesso em 2016 fev 5]; 15(4): 668-75. Disponível em: <<http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/1099/1060>>.
5. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta paul. enferm. [online]. 2009 [acesso em 2016 fev 3]; 22(1): 49-54. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100008>>.
6. Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Soc Sci Med. 1995; 4: 1403-1409.
7. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. Texto contexto - enferm. [online]. 2012 [acesso em 2015 ago 20]; 21(1): 112-120. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>>.
8. Roque FP, et al. Perfil socioeconômico-cultural de uma universidade aberta à terceira idade: reflexo da realidade brasileira?. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2011 [acesso em 2015 nov 23]; 14: 97-108. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100011>>.
9. Cachioni M, Ordonez TN. Universidade da Terceira Idade. In: Freitas EV, Py L (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. P. 1655-1663.
10. Cachioni M, Aguilar LE. A Convivência com Pessoas Idosas em Instituições de Ensino Superior: a percepção de alunos da graduação e funcionários. Revista Kairós Gerontologia. 2008 [acesso em 2016 mar 18]; 11: 79-104. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2512/1597>>.
11. Marchiori FG, Dias FA, Tavares DM. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. Rev enfer UFPE online. 2013 [acesso em 2016 mar 18]; 7(4): 1098-106. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4053/5906>>.

12. Reis SP, et al. Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. JCBS. 2015 [acesso em 2017 mar 18]; 1(2): 56-60. Disponível em: <<http://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/download/29/ESTUDO%20DA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DE%20IDOSOS%20N%C3%83O%20INSTITUCIONALIZADOS>>.
13. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Censo demográfico 2010. Brasília 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf)>
14. Dawalibi NW, et al. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. Psicol. Soc. [online]. 2014 [acesso em 2017 jan 17]; 26(2): 496-505. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200025>>.
15. Ordonez TN, Cachioni M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2011 [acesso em 2015 set 18]; 14(3): 461-474. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000300007>>.
16. Silva RAG. Depressão e autoestima em idosos participantes da Universidade Aberta a Maturidade: Um estudo de prevalência. [monografia]. Campinha Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2013.
17. Silva SLP. Avaliação da qualidade dos serviços de transporte interestadual: uma análise na percepção dos idosos. [monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 212.
18. Witter C, Camilo AR. Família e envelhecimento. In: Witter C, Buriti MA & Witter GP. Envelhecimento e contingências da vida. Campinas-SP: Alínea; 2011. P. 83-102.
19. Costa SC, Pedroso ERP. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. Rev Med Minas Gerais. 2011 [acesso em 2017 jan 17]; 21(2): 201-1. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=598712&indexSearch=ID>.
20. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2014 [acesso em 2016 mar 18]; 19(8): 3533-3542. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>>.
21. Paula GR, Souza BN, Santos FL, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2016 [acesso em 2017 jan 17]; 69(2): 242-249. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i.213-8>>.
22. Araújo LP, Helmer DS, Gomes L, Fukuda CC, Freitas MH. Medo à morte e ao morrer em idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, 2009 [acesso em 2015 nov 8]; 31(2). Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/download/6936/6936>>.
23. Bento JA, Lebrão ML. Sufficiency of income perceived by the elderly in the city of São Paulo/Brazil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 2015 nov 8]; 18(8): 2229-38. Available from: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n8/07.pdf>>.
24. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho LD. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. Rev. Bioét. [online]. 2013 [acesso em 2016 fev 5]; 21(3): 518-524. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>>.