



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL



JANAYNA DE ALMEIDA ANDRADE

**PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVA DE DISCENTES E
DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE**

LAGARTO/SE - 2018

JANAYNA DE ALMEIDA ANDRADE

Orientadora: Prof. Msc Andrezza Marques Duque

**PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVA DE DISCENTES E
DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

LAGARTO/SE - 2018

JANAYNA DE ALMEIDA ANDRADE

**PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVA DE DISCENTES E
DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como cumprimento das exigências legais da Resolução 36/2011 CONEPE-UFS do currículo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE.

Lagarto/SE, 25 de abril de 2018.

Avaliadores:

Prof. Msc. Andrezza Marques Duque (DTOL/UFS)
Orientadora

Prof. Dr^a Júlia Guimarães Reis da Costa
Membro da Banca Examinadora (DFTL/UFS)

Prof. Dr^a Karine Vaccaro Tako (DESL/UFS)
Membro da Banca Examinadora

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a percepção de discentes e docentes sobre aspectos do envelhecimento. **METODOLOGIA:** Estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Participaram 187 sujeitos, sendo 38 docentes e 149 discentes de oito cursos da área da saúde em uma universidade pública no estado de Sergipe. Utilizou-se um questionário Sociodemográfico e o Questionário de Auto Percepção do Envelhecimento (QAPE), de natureza multidimensional que verifica a percepção do envelhecimento a partir de dimensões que envolvem características do envelhecimento (identidade, cronologia, consequências, controle e representações emocionais). **RESULTADOS:** Dos 187 entrevistados, 79,67% eram discentes e 20,33% docentes. Em relação ao QAPE, pode-se identificar a média dentro dos escores esperados, onde escores mais altos indicam maior suporte da percepção, com exceção da subescala controle negativo que é pontuada de maneira inversa, o que significa uma boa percepção do envelhecimento por parte dos docentes e discentes. **CONCLUSÕES:** Sendo a percepção sobre o envelhecimento um bom preditor do envelhecimento saudável, pode-se concluir que os participantes apresentaram uma boa percepção sobre aspectos do envelhecimento. Além disso, os mesmos demonstraram conhecer a legislação brasileira de proteção aos direitos dos idosos, o que proporcionará um melhor embasamento teórico no que diz respeito à atenção e cuidado, além das habilidades específicas para utilização de ações e estratégias que atendam a essa faixa etária.

Palavras-chave: Envelhecimento, Percepção, Docentes, Estudantes, Estudos Transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the perceptions of students and teachers about aspects of aging. **METHODS:** Epidemiological, descriptive, quantitative, cross-sectional study. Participated 187 subjects, being 38 teachers and 149 students from eight health courses at a public university in the state of Sergipe. It used a Sociodemographic questionnaire and the Self-Perception Questionnaire of Aging (QAPE), part of a multidimensional natural questionnaire that verifies the perception of aging from dimensions involving aging characteristics (identity, chronology, consequences, control and emotional representations). **RESULTS:** Of the 187 interviewees, 79.67% were students and 20.33% were teachers. Regarding the QAPE, can be identified the average within the expected scores, where higher scores indicate a greater support of perception, with the exception of the negative control subscale that is scored inversely, which means a good perception of aging by the teachers and students. **CONCLUSIONS:** Since the perception about aging is a good predictor of healthy aging, it can be concluded that the participants presented a good perception about aspects of aging. In addition, they have demonstrated knowledge of Brazilian legislation protecting the rights of the elderly, which will provide a better theoretical basis for care and attention, as well as the specific skills to use actions and strategies that meet this age range.

Key words: Aging, Self Perception, Teachers, Students, Cross-Sectional Studies.

PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVA DE DISCENTES E DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

PERCEPTIONS ON AGING: A PERSPECTIVE OF HEALTH AREAR STUDENTS AND TEACHERS

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional surge como uma resposta a várias condições em que o mundo atual se encontra, conseqüentemente, devido à melhoria das condições de saúde e assistência. No entanto, não ocorre de forma homogênea, sendo determinado por condições de gênero, etnia, localização de moradia, entre outros. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, p.30) considera o envelhecer como um “processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente”.

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. As projeções apontam que em 2025, existirá um total de, aproximadamente, 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. A literatura afirma que a tendência é o aumento dessa população de modo progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (WHO, 2005). O aumento da expectativa de vida traz desafios para toda a sociedade de como lidar com esse idoso, que agora passa a ocupar um papel social que antes não tinha. De acordo com Shneider e Irigaray (2008) é necessário compreender a velhice a partir de diferentes aspectos, sendo eles cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.

Inúmeras transformações em relação ao envelhecimento são observadas ao longo dos anos, sendo elas de ordem demográfica, biológica e de saúde, socioeconômica, cultural, relacional e comportamental, mobilizando toda a sociedade (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007). Um desses desdobramentos relaciona-se ao modo com o qual o idoso é colocado perante a uma sociedade que antes não estava preparada com o seu papel e só conseguia analisar esse idoso a partir de aspectos patológicos do processo de envelhecimento.

Ao se identificar a dinâmica do processo de envelhecimento deve-se observar o quanto o mesmo é influenciado e pode influenciar de acordo com as pessoas que nele estão inseridos, sua cultura e o modo das mesmas se relacionarem. Sendo assim,

o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (WHO, 2005, p. 13).

Neste sentido, a fase da juventude e sua contraposição com a velhice vêm se apresentando como foco dos pesquisadores, uma vez que essa diferença entre as gerações tem características muito marcantes, a exemplo das diferenças físicas. Diversos estudos, ao longo do tempo, já demonstraram que esse idoso é visto como alguém sem muitas perspectivas, sendo atribuídas incapacidades físicas e o distanciamento da sociedade de um modo geral como as mais marcantes, além de aspectos de depreciação das pessoas que compõem essa faixa etária (NERI; JORGE, 2006; CALDAS; THOMAS, 2010; GVOZD; DELLAROZA 2012).

Assim, torna-se evidente a necessidade de proporcionar espaços de discussões para que sejam desmistificados os preconceitos acerca do envelhecimento. Em estudo realizado por Moreira, Alves e Silva (2009), os autores identificaram a necessidade de refletir sobre o processo de envelhecimento, dando ênfase especial à distribuição desigual de direitos e deveres para que dessa maneira seja possível identificar o idoso e o papel que ele ocupa na sociedade contemporânea.

Com essas divergências, é imprescindível averiguar de que forma os universitários e professores encaram essa realidade, sobretudo pela demanda, que tende a crescer cada vez mais, em relação aos idosos no ambiente da saúde. Partindo dessa premissa, torna-se necessário que esses discentes e docentes da área da saúde, possam refletir acerca do papel do idoso na realidade atual, especialmente, para ratificar o que encontra previsto nas políticas públicas para os idosos que destaca o papel das universidades na difusão de informações sobre o processo de envelhecimento.

Além disso, esses conhecimentos podem ajudar a conceber, dentro do âmbito acadêmico, uma discussão mais ampla do processo de envelhecimento de forma positiva, e

que esses futuros profissionais possam colaborar efetivamente na manutenção da qualidade de vida do idoso. Deste modo, esse trabalho teve como objetivo identificar a percepção de discentes e docentes de uma universidade pública sobre aspectos do envelhecimento.

2 MÉTODO

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Conforme Klein e Bloch (2009), os estudos transversais se caracterizam pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Permitem produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade baseada na avaliação individual, possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Este tipo de desenho tem como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo fornecendo subsídios ao planejamento de ações e serviços em saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

A pesquisa foi realizada no Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, no município de Lagarto/SE. Em 2011, a Universidade Federal de Sergipe implantou o Campus mediante o processo de expansão e interiorização das instituições de ensino, dentro do Plano de Reestruturação e Expansão das universidades (REUNI). A fundação do Campus foi projetada para atender, unicamente, aos cursos da área da saúde – Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional – e emprega as Metodologias Ativas como método, pautado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação na área de saúde, com o intuito de formar profissionais orientados para o Sistema Único de Saúde (SUS) (UFS, 2010; UFS, 2012).

Foram entrevistados discentes dos oito cursos de graduação que estavam cursando os últimos anos do curso, no período letivo de 2017 e docentes efetivos registrados no sistema de gestão acadêmica da universidade, no ano de 2017.

Para a coleta de dados, buscou-se a listagem dos discentes ativos nos cursos. Em seguida, foi solicitada aos departamentos a facilitação para a presença da pesquisadora para que fossem explicados os objetivos da pesquisa aos discentes. Após a explicação dos objetivos, os discentes foram convidados a participar da pesquisa e, para aqueles que aceitaram a participação, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), foi disponibilizado o questionário contendo o instrumento de pesquisa. Na realização da coleta de dados com os docentes, foi solicitado o apoio das secretarias dos departamentos para que o instrumento, assim como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), fosse disponibilizado aos docentes, por 30 dias, para o posterior recolhimento do material.

Toda a coleta foi realizada pela pesquisadora principal, no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, utilizando-se um roteiro de entrevista estruturado, composto por questões mistas (fechadas e abertas), o qual incluiu as variáveis relativas ao entrevistado (APÊNDICES A e B) e as relacionadas à percepção sobre o envelhecimento (ANEXO A).

Para a investigação da percepção sobre o envelhecimento foi utilizado o “questionário sobre percepções de envelhecimento (QAPE)”. Trata-se de um instrumento multidimensional de mensuração que tem sido amplamente utilizado e foi desenvolvido, na Irlanda, por Barker et al (2007), e que tem demonstrado como um bom preditor de um envelhecimento bem sucedido. Ele objetiva avaliar a autopercepção do envelhecimento a partir do Modelo de Autorregulação (SRM), onde a partir dele o indivíduo forma uma representação de sua doença a partir das dimensões de identidade, cronologia, conseqüências, controle, causas e representações emocionais.

Deste modo, o QAPE avalia o envelhecimento a partir de oito domínios, onde sete são relacionados intrinsecamente ao próprio envelhecimento e o oitavo está relacionado às doenças do indivíduo. Sua pontuação se dá dentro de um escore de 1 (um) a 5 (cinco) a cada questionamento, variando de discordo totalmente a concordo plenamente. Possui 32 itens divididos em quatro dimensões: cronologia (crônica ou cíclica), controle (positivo ou negativo), conseqüências (positivas ou negativas) e representações emocionais. De acordo com a literatura o centro de cada escala é três, indicando não concordar nem discordar com as afirmações. Escores mais altos indicam maior suporte da percepção específica, com exceção da subescala controle negativo (que é pontuada de maneira inversa), todas são pontuadas de um a cinco (ROCHA, 2014).

Este instrumento foi adaptado por Ramos et al., em 2012, para a língua portuguesa do Brasil, onde recebeu o nome de Questionário de Auto percepção do Envelhecimento (QAPE), sendo este amplamente utilizado por ter propriedades de reprodutibilidade permitindo seu uso no nosso meio e demonstrando ser um instrumento fidedigno as necessidades da pesquisa.

Após a coleta dos dados, houve o preenchimento dos formulários que foi revisado para que pudessem ser identificadas lacunas e/ou incoerências. Posteriormente, os dados foram codificados no banco de dados, construído com a utilização Programa Excel da Microsoft. Foi realizada uma análise individual das variáveis, através das medidas de frequência, proporção e média visando à descrição de como se encontraram distribuídas na população de estudo.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário de Aracaju – Universidade Federal de Sergipe, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque, sendo aprovado conforme o parecer 2.176.372.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados referem-se a uma amostra de 187 participantes, sendo 79,67% (149) composta por discentes e 20,33% (38) docentes. Em relação aos docentes, sua maioria foi composta por mulheres (84,21%), com média de idade de 36,02 e desvio padrão 4,93. Em relação à religião, a maioria referiu ser católica, correspondendo a 57,89%. De acordo com o estado civil, a maioria (68,42%) é casada.

Os profissionais foram questionados ainda se já haviam trabalhado com idosos, onde 57,89% afirmaram não ter tido esse contato. No entanto, apesar de não ter trabalhado com idosos, 94,74% destes participantes relataram ter ouvido falar no estatuto do idoso, principalmente em meios de mídia. Do mesmo modo, 81,58% afirmaram ter ouvido falar na política nacional de saúde a pessoa idosa, também através da mídia.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos docentes, Lagarto/SE, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	6	15,79
Feminino	32	84,21
Idade		
Média ±desvio padrão	36,02 ± 4,93	
Mediana (Mínimo – Máximo)	28 – 54	
Religião		
Budista	1	2,63
Católica	22	57,89
Evangélica	3	7,89
Espírita	5	13,86

Não tem	7	18
Estado Civil		
Solteiro	10	26,32
Casado	26	68,42
Divorciado	2	5,26
Departamento		
Enfermagem	6	15,79
Farmácia	4	10,53
Fonoaudiologia	1	2,63
Fisioterapia	4	10,53
Medicina	5	13,16
Nutrição	1	2,63
Odontologia	1	2,63
Terapia Ocupacional	10	26,32
Educação em Saúde	6	15,79
Área de Atuação em Gerontologia		
Sim	4	10,53
Não	34	89,47
Tempo na Universidade		
1 mês a 2 anos	10	26,32
3 anos a 5 anos	26	68,42
6 anos ou mais	2	5,26
Trabalhou com idosos		
Sim	16	42,11
Não	22	57,89
Ouviu falar no estatuto do idoso		
Sim	36	94,74
Não	2	5,26
Local		
Atenção básica	2	5,26
Através de parentes	2	5,26
Estudos	6	15,79
Universidade	9	23,68
Meios da mídia	12	31,58
Não identificou	7	18,42
Leu Estatuto do Idoso		
Sim	14	36,84
Não	16	42,11
Parcialmente	8	21,05
Ouviu falar na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa		
Sim	31	81,58
Não	7	18,42
Local		
Atenção Básica	1	2,63
Estudos	7	18,42
Meios da mídia	11	28,95
Universidade	4	10,53
Não identificou	9	39,47
Leu Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa		
Sim	13	34,21

Não	18	47,37
Parcialmente	7	18,42
TOTAL	38	100

Em relação aos discentes, sua maioria foi composta pelo sexo feminino (69,13%), sendo a faixa etária com média de 24,20 anos e desvio padrão de 4,05. Assim como nos docentes, a maioria dos discentes é católica (60,40%), sendo 89,93% solteiros e com a renda de um a dois salários mínimos (46,98%).

Prevaleram discentes do curso de Medicina, representando 27,52%, seguido do curso de Odontologia (16,11%). Em relação a se já realizaram algum curso superior anterior, 91,89% encontram-se em sua primeira graduação.

Quando questionados se já ouviram falar no estatuto do idoso, 86,58% dos participantes já afirmaram ter ouvido, sendo a Universidade o principal meio de conhecimento. Em relação à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa 75,84% já ouviram falar, e assim como o estatuto, o principal lugar de conhecimento se deu na Universidade.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos discentes, Lagarto/SE, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	46	30,87
Feminino	103	69,13
Faixa Etária		
Média \pm desvio padrão	24,20 \pm 4,05	
Mediana (Mínimo – Máximo)	20 - 38	
Religião		
Católica	90	60,40
Evangélica	23	15,44
Espírita	3	2,01
Umbanda	1	0,67
Não tem	32	21,48
Estado Conjugal		
Solteiro	134	89,93
Casado	14	9,40
Divorciado	1	0,67
Curso		
Enfermagem	26	17,45
Farmácia	10	6,71
Fonoaudiologia	16	10,74
Fisioterapia	0	0
Medicina	41	27,52
Nutrição	12	8,05
Odontologia	24	16,11
Terapia Ocupacional	20	13,42

Curso Superior Anterior		
Sim (Administração, Assistência Social, Biomedicina, Enfermagem, Estatística, Licenciatura em Biologia, Licenciatura em Física, Licenciatura em História).	12	8,11
Não	136	91,89
Renda familiar		
Menos de um salário mínimo	9	6,04
De um a dois salários mínimos	70	46,98
De dois a quatro salários	35	23,49
Mais de quatro salários	35	23,49
Ouviu falar no estatuto do idoso		
Sim	129	86,58
Não	20	13,42
Local		
Ensino Médio	7	4,73
Atenção básica	4	2,70
Diversas Mídias	12	8,11
Universidade	97	65,54
Não recorda	3	2,03
Não Identificou	25	16,89
Leu Estatuto do Idoso		
Sim	43	28,86
Não	63	42,28
Parcialmente	43	28,86
Ouviu falar na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa		
Sim	113	75,84
Não	36	24,16
Local		
Estudos	6	4,32
Várias Mídias	11	7,91
Universidade	93	66,91
Não Identificou	29	20,86
Leu Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa		
Sim	35	23,49
Não	62	41,61
Parcialmente	52	34,90
TOTAL	149	100

Os dados obtidos a partir dessa pesquisa tiveram como objetivo mostrar o local da Universidade como responsável pela disseminação do saber das questões que permeiam o envelhecimento. Diversos autores já apontaram essa necessidade, demonstrando seus inúmeros benefícios (NERI; JORGE, 2006; CALDAS; THOMAZ, 2010). Deste modo, identificou-se que a maioria dos participantes já teve contato com instrumentos de atenção à saúde do idoso, o que pode trazer inúmeros benefícios para esses futuros profissionais.

Em estudos realizados por Leite et. al (2015), que teve como objetivo analisar as concepções de envelhecimento e velhice em acadêmicos de enfermagem que não tinham disciplinas sobre o envelhecimento humano em sua grade curricular, identificou-se que a maioria dos acadêmicos não possuía os conceitos de velhice e envelhecimento, atribuindo a essa fase e a esse processo aspectos negativos. Ficou evidenciada a necessidade de aumentar discussões na academia sobre temas relacionados ao envelhecimento humano na graduação, visto que a velhice é uma realidade e que a maioria dos futuros profissionais irá, em algum momento, interagir com pessoas idosas. Deste modo, fica perceptível o quanto o pouco conhecimento sobre os fatores próprios do envelhecimento humano levam a dificuldades em mudanças de atitudes em relação à velhice.

Em um estudo realizado por Oliveira et. al. (2014), com objetivo de conhecer a percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento, os autores identificaram que os participantes não tinham conhecimento sobre as políticas públicas destinadas a pessoa idosa, assim como em vários estudos relatados pelo autor. Faz-se necessário, nesse contexto, que os profissionais da atenção à saúde do idoso passem esse conhecimento à população para que, munidos de informações, possam buscar efetivar essas políticas em nossa sociedade.

De acordo com estudos realizados por Caldas e Thomaz (2010) é preciso inserir nos ambientes educacionais a temática do envelhecimento, pois só assim será possível ver o idoso de maneira menos preconceituosa e mais pautada na realidade e necessidade dos mesmos, o que garante também uma melhor preparação desses profissionais. Um estudo semelhante ao nosso, realizado em Campinas/SP, demonstrou que aqueles alunos que tem disciplinas teóricas e práticas, dentro da grade curricular, mostraram conhecer mais sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram (NERI; JORGE, 2006).

De acordo com investigações de Rocha (2014) em pesquisa para validação do Questionário de Auto percepção do Envelhecimento (QAPE) a partir da utilização deste questionário, identificou que o envelhecimento, é um agente estressor que exige do indivíduo adaptação e resiliência. Deste modo, se faz necessário colocar indivíduo frente a questões que estimulem a reflexão sobre o processo de envelhecimento, para que se conheça o modo que o mesmo enxerga este processo.

Tabela 3. Resultados da experiência participante de mudanças relacionadas à saúde e atribuição de mudanças experientes ao envelhecimento, conforme o QAPE, dos discentes e docentes da Instituição, Lagarto/SE, 2018.

Dimensão	Média	Item	Média	Desvio padrão
Duração crônica	3,46	1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo.	4,28	±0,98
		2. Estou sempre consciente da minha idade.	4,12	±0,97
		3. Sempre me classifico como velho/a.	2,26	±1,14
		4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo.	4,02	±1,00
		5. Sinto minha idade em tudo que faço.	2,64	±1,15
Consequências positivas	4,21	6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria.	4,25	±0,81
		7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa.	4,35	±0,74
		8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas.	4,03	±0,93
Representações emocionais.	2,42	9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer.	2,71	±1,22
		13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social.	2,60	±1,20
		25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer.	2,29	±1,06
		26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros.	2,59	±1,13
Controle positivo	3,9	29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer.	1,95	±0,91
		10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim.	4,10	±0,90
		11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim.	3,83	±0,96
		12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim.	3,74	±0,98
		14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência.	3,94	±0,93
Consequências negativas	2,47	15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	3,89	±0,94
		16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer.	2,84	±1,06
		17. Envelhecer me torna menos independente.	2,64	±0,98
		18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim.	2,24	±0,87
		19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades.	2,43	±0,95
Controle negativo	2,40	20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem.	2,24	±0,92
		21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar.	2,72	±1,01
		22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim.	2,37	±0,90
		23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo.	2,18	±0,88
Duração cíclica	2,68	24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social.	2,35	±0,92
		27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora.	2,63	±1,11
		28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos.	2,64	±1,11
		30. Passo por fases em que me sinto velho/a.	2,90	±1,21
		31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro.	2,48	±1,04
		32. Passo por fases em que me vejo como velho/a.	2,78	±1,19

Em relação às médias identificadas em docentes e discentes, a partir de cada dimensão, pode-se observar uma semelhança entre as médias obtidas pelos participantes. Pode-se identificar na dimensão cronológica (crônica e cíclica), que os participantes têm uma

boa percepção do envelhecimento, visto que tanto os discentes quanto docentes demonstraram boa satisfação em sua grande maioria, obtendo média esperada de acordo com a literatura, sendo 3,46 e 2,68, respectivamente. A literatura afirma que essa escala de envelhecimento tem sido associada à inatividade e saúde deficiente (ROCHA, 2014).

Considerando as dimensões referentes às consequências positivas (melhor sensação de bem estar) e negativas (menor sensação de bem estar), ou percebe-se que ambas estão estritamente relacionadas com os impactos do envelhecimento para o indivíduo. Pôde-se identificar que, nesse contexto, as consequências positivas para os participantes são boas, com média 4,21; e as negativas com média 2,47, que conforme descrito no escore deve pontuar-se de maneira inversa.

A dimensão controle refere-se às crenças em maneiras individuais de lidar com o processo de envelhecimento (ROCHA, 2014), e também podem ser positivas ou negativas. Do mesmo modo, encontra-se dentro dos escores esperados, com 3,9 para o controle positivo; e 2,40 para controle negativo.

As representações emocionais têm como objetivo observar como o indivíduo responde a questões emocionais do envelhecimento, com sentimentos negativos (medo, tristeza, entre outros), que se associam a uma baixa resiliência, como por exemplo, “fico deprimido/a quando penso em envelhecer” (questão 25). Nesse domínio, os indivíduos dessa pesquisa responderam abaixo da média (2,42), o que pode indicar que os participantes, em sua maioria, não concordaram com as afirmativas. De acordo com estudos realizados por Gvozd e Dellaroza (2012) o envelhecimento desencadeia sentimentos de insegurança, medo e dúvidas. Em pesquisas realizadas com idosos, percebeu-se que os sentimentos atribuídos ao processo de envelhecimento também não foram negativos, sendo eles aceitação, alegria e estabilidade emocional frente às modificações (OLIVEIRA, et. al, 2014).

Os dados obtidos com essa pesquisa coincidem com a realizada por Rocha (2014) identificando as percepções da população idosa demonstrando que as médias mais elevadas estavam nas subescalas controle positivo e consequências positivas. As menores médias foram nas subescalas representação emocional, controle negativo e cronologia cíclica e que, deste modo, os indivíduos idosos tem aspectos mais positivos do que negativos sobre o envelhecimento.

A segunda parte do questionário tem como objetivo identificar experiências dos participantes sobre doenças e sua relação, ou não, com o envelhecimento. Os indivíduos demonstram se vivenciaram tal mudança nos últimos 10 anos, e se atribui essa mudança de saúde ao processo de envelhecimento. Após isso, é estabelecida a dimensão identidade, com as crenças sobre doença e a relação desta com sintomas. Rocha (2014) afirma que o percentual de mudanças em relação à saúde atribuídas ao envelhecimento é dividido pelo número de alterações em relação à saúde vivenciadas e multiplicado por 100, gerando o escore identidade que pode variar de zero a 100.

Tabela 4. Resultados das mudanças relacionadas à saúde, conforme o QAPE, dos docentes, Lagarto/SE, 2018.

Mudanças relacionadas à saúde	Tiveram mudanças relacionadas à saúde		Alterações experientes atribuídas ao envelhecimento	
	N	%	N	%
Problemas com o peso	105	56,15	31	29,25
Problemas com o sono	100	53,48	21	20,79
Problemas nas costas ou hérnia de disco	68	36,36	23	32,86
Dor nas articulações	59	31,55	20	33,33
Não ter mobilidade	8	4,28	4	50
Perda de equilíbrio	15	8,02	4	25
Perda de força	21	11,23	7	33,33
Redução no ritmo de vida	41	21,93	19	45,24
Câimbras	61	32,62	10	16,13
Problemas nos ossos ou articulações	40	21,51	12	20
Problemas cardíacos	14	7,49	2	13,33
Problemas de audição	16	8,56	5	31,25
Mudanças na visão	69	36,90	27	29,03
Problemas respiratórios	29	15,51	2	6,90
Problemas nos pés	19	10,16	7	36,84
Depressão	33	17,65	7	20,59
Ansiedade	112	59,89	12	10,71
Dimensão Identidade			100	

Todas as 17 mudanças foram experimentadas pelos participantes, tendo como destaque ansiedade (59,89%), problemas com o peso (56,15%) e problemas com o sono (53,48%). No entanto, a maioria dessas mudanças não foi associada especificamente ao fato de estar envelhecendo. As mudanças menos vivenciadas pelos participantes foram não ter mobilidade (4,28%), problemas cardíacos (7,49%) e perda de equilíbrio (8,02%). Isso pode ser justificado pela inserção do jovem no ambiente acadêmico como um local de predisposição a mudanças em saúde. Em estudo realizado por Grácio (2009) foi identificado

que alta cobrança, responsabilidade e estresse dos estudos imposta na universidade, tem sido os responsáveis para surgimento de problemas físicos e emocionais de estudantes. Do mesmo modo, é evidente que os profissionais de saúde estão muito propensos a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológico-afetivos, vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho (BROTTO, DALBELLO-ARAUJO, 2012).

Os achados identificaram uma boa percepção sobre o envelhecimento, os estudos de Gvozd e Dellarosa (2012) demonstraram que a divulgação de informações positivas sobre o envelhecer está influenciando positivamente as novas gerações. Isso deve, sem dúvidas, ser influenciado diretamente pelo local onde a pesquisa foi realizada já que a Universidade torna-se um espaço de discussão e disseminação sobre os aspectos do envelhecimento, principalmente no sentido positivo, visto que as novas perspectivas buscam um envelhecimento com qualidade de vida para os idosos.

De acordo com estudos realizados, em relação à objetivação da representação social da velhice: “o idoso” tem como característica principal a polarização entre atividade e inatividade, onde os sujeitos tratam como equivalentes às palavras “velhice” (negativa) e “velho” (MARTINS, CAMARGO, BIASUS, 2009). Os mesmos autores identificaram, ainda, que os adolescentes e adultos apresentam uma ideia de velhice vinculada a perdas, transformações orgânicas e psicológicas, considerando uma fase difícil do desenvolvimento. Em nosso estudo, em relação às consequências negativas, pode-se identificar que os participantes não concordavam com afirmações que diziam respeito a essas dificuldades, como por exemplo, “envelhecer limita as coisas que posso fazer” (item 16); “envelhecer me torna menos independente” (item 17).

Deste modo, ficou evidente como a percepção sobre o envelhecimento influencia e é influenciado em detrimento de diversos fatores. Entre esses, pode-se destacar o fato de estar em um campus de área da saúde, onde estudos sobre o envelhecimento perpassam durante a grade curricular e o fato dos estudantes alvo da pesquisa serem aqueles que estavam nos últimos anos de curso e, portanto, haviam tido contato com a temática.

Por outro lado, os docentes, ainda que sua maioria não tenha trabalhado com idosos, demonstraram comungar de uma percepção positiva sobre o envelhecimento. E sendo eles um elemento fundamental na discussão e propagação do conhecimento, compreende-se que influenciará e terá resultados positivos nos conceitos criados pelos alunos. Portanto, foi

possível identificar quanto o conhecimento sobre aspectos relativos ao envelhecimento torna possível uma discussão positiva sobre este processo, melhorando a qualidade das relações intergeracionais e a qualidade de vida de toda população.

4 CONCLUSÕES

A construção do estudo permitiu um olhar reflexivo sobre os aspectos que estão relacionados ao envelhecimento e a visão que jovens e adultos tem a respeito desse processo. Pode-se perceber que está emergindo um novo conceito sobre o envelhecimento e sabe-se que as concepções sobre a velhice pode ser influenciadoras desse processo. Desta forma, aos futuros profissionais e docentes, torna-se necessário a identificação do idoso de forma holística, visto que o contexto irá influenciar diretamente nas queixas dos idosos.

Os achados não devem ser generalizados, no entanto, se faz muito positivo ao se pensar na qualidade de serviço prestado a esses idosos, visto que os participantes fazem parte de um âmbito frequentemente visitado pelos idosos, que são os serviços de saúde, resultando na melhoria e na qualificação da assistência ao idoso, sendo prestado um cuidado mais humanizado. Além do que, corroboram no que diz respeito às políticas públicas vigentes direcionadas a essa faixa etária, visto que a existência das mesmas, por si só, não significa melhoria na qualidade de vida dos idosos. Se não houver pessoas que facilitem o acesso dos mesmos a recursos sociais, corre riscos de que esses idosos continuem segregados e estigmatizados, levando ao aumento do preconceito intergeracional.

Demonstrou ainda o papel da academia na disseminação desse conhecimento, não somente nos cursos da área da saúde, já que as necessidades dos idosos perpassam por contextos que não carecem apenas de demandas relacionadas à saúde, mas, por exemplo, culturais, sociais e arquitetônicas, entre outras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. **Lógica epidemiológica e conceitos básicos.** In: ALMEIDA FILHO, N. Introdução à Epidemiologia, 4^o ed, Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006.

BARKER, M. et al. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. **BMC Geriatrics**, v. 7, p. 1–13, 2007.

BROTTO, T. C. A; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, 2012.

CALDAS, C. P; THOMAZ, A. F. A Velhice no Olhar do Outro : Uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 75–89, 2010.

GRÁCIO J. C. *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra*. [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2009.

GVOZD, R; DELLAROZA, M. S. G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescente do ensino fundamental. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 295–304, 2012.

HERÉDIA, V. B. M; CASARA, M. B; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 7-28, 2007.

KLEIN, C. H; BLOCH K. V. **Estudos seccionais**. IN: MEDRONHO, RA; BLOCH K. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p.193-219.

LEITE, M. T. et al. Concepções de envelhecimento e velhice na voz de universitários. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 48–55, 2015.

MARTINS, C. R. M; CAMARGO, B. V; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, v. 8, n. 3, 2009.

MOREIRA, R. S. P; ALVES, M. S. C. F; SILVA, A. O. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 685, 2009.

NERI, A. L; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, n. 2, p. 127–137, 2006.

OLIVEIRA, N. S. et al. Percepção dos Idosos Sobre o Processo de Envelhecimento. **Id OnLine Revista de Psicologia**, v. 8, n. 22, p. 49-83, 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. 3. ed. Washington, DC, 2003.

RAMOS, L. M. B. C. et al. Tradução e adaptação cultural do APQ- Aging Perceptions Questionnaire para a língua portuguesa brasileira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 233–242, 2012.

ROCHA, L. M. B. C. R. M. D. *Autopercepção do envelhecimento, autoimagem corporal, autopercepção de saúde e morbidades prevalentes em idosos*. Tese (Doutorado em Gerontologia Biométrica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585–593, 2008.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO - DOCENTE

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 N° Questionário: _____

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

02 Sexo (1) Masculino (2) Feminino

03 Data de Nascimento ____/____/____

04 Religião
(1) Não (2) Sim. Qual? _____

05 Estado conjugal
(1) Solteiro(a) (3) Viúvo (a)
(2) Casado (a) ou união estável (4) Separado (a) ou divorciado (a)

06 Departamento
(1) Enfermagem (3) Fonoaudiologia (5) Medicina (7) Odontologia
(2) Farmácia (4) Fisioterapia (6) Nutrição (8) Terapia Ocupacional
(9) Educação em Saúde. Formação: _____

07 Área de Atuação _____

08 Já trabalhou com idosos?
(1) Não (2) Sim

09 Tempo na UFS _____

10 Contato com o Estatuto do Idoso
Já ouviu falar no Estatuto do Idoso?
(1) Não (2) Sim. Onde? _____

11 Já leu o Estatuto do Idoso?
(1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

12 Já ouviu falar na Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa?
(1) Não (2) Sim. Onde? _____

13 Já leu a Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa?
(1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO - DISCENTE

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 N° Questionário: _____

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

02 Sexo (1) Masculino (2) Feminino

03 Data de Nascimento ____/____/____

04 Religião

05 (2) Não (2) Sim. Qual? _____

Estado conjugal

(1) Solteiro(a) (3) Viúvo (a)
(2) Casado (a) ou união estável (4) Separado (a) ou divorciado (a)

06 Curso

(1) Enfermagem (3) Fonoaudiologia (5) Medicina (7) Odontologia
(2) Farmácia (4) Fisioterapia (6) Nutrição (8) Terapia Ocupacional

07 Curso Superior Anterior
(1) Não (2) Sim. Qual? _____

08 Renda Familiar

(1) Menos de um salário mínimo (3) De dois a quatro salários
(2) De um a dois salários mínimos (4) Mais de quatro salários

Contato com o Estatuto do Idoso

09 Já ouviu falar no Estatuto do Idoso?

(2) Não (2) Sim. Onde? _____

10 Já leu o Estatuto do Idoso?

(1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

11 Já ouviu falar na Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa?

(2) Não (2) Sim. Onde? _____

12 Já leu a Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa?

(1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO (QAPE)

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO					
Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.					
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo.	1	2	3	4	5
2. Estou sempre consciente da minha idade.	1	2	3	4	5
3. Sempre me classifico como velho/a.	1	2	3	4	5
4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo.	1	2	3	4	5
5. Sinto minha idade em tudo que faço.	1	2	3	4	5
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria.	1	2	3	4	5
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa.	1	2	3	4	5
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas.	1	2	3	4	5
9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer.	1	2	3	4	5
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim.	1	2	3	4	5
11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim.	1	2	3	4	5
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim.	1	2	3	4	5
13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social.	1	2	3	4	5
14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência.	1	2	3	4	5
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	1	2	3	4	5
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer.	1	2	3	4	5
17. Envelhecer me torna menos independente.	1	2	3	4	5
18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim.	1	2	3	4	5
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades.	1	2	3	4	5
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem.	1	2	3	4	5
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar.	1	2	3	4	5
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim.	1	2	3	4	5
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo.	1	2	3	4	5

24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social.	1	2	3	4	5
25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer.	1	2	3	4	5
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros.	1	2	3	4	5
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora.	1	2	3	4	5
28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos.	1	2	3	4	5
29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer.	1	2	3	4	5
30. Passo por fases em que me sinto velho/a.	1	2	3	4	5
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro.	1	2	3	4	5
32. Passo por fases em que me vejo como velho/a.	1	2	3	4	5

B) EXPERIÊNCIA COM MUDANÇAS RELACIONADAS À SAÚDE

A lista a seguir descreve algumas mudanças relacionadas à saúde que talvez você tenha vivenciado. Pode me dizer se vivenciou essas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças vivenciadas estão especificamente relacionadas com o fato de envelhecer?

		Você VIVENCIOU esta mudança?		'Em termos das mudanças que você VIVENCIOU: Acha que esta mudança está relacionada ou deve-se SOMENTE ao fato de você estar envelhecendo?	
		Sim	Não	Sim	Não
Id1	Problemas com o peso	1	0	1	0
Id2	Problemas com o sono	1	0	1	0
Id3	Problemas nas costas ou hérnia de disco	1	0	1	0
Id4	Dor nas articulações	1	0	1	0
Id5	Não ter mobilidade	1	0	1	0
Id6	Perda de equilíbrio	1	0	1	0
Id7	Perda de força	1	0	1	0
Id8	Redução no ritmo de vida	1	0	1	0
Id9	Câimbras	1	0	1	0
Id10	Problemas nos ossos ou articulações	1	0	1	0
Id11	Problemas cardíacos	1	0	1	0
Id12	Problemas de audição	1	0	1	0
Id13	Mudanças na visão	1	0	1	0
Id14	Problemas respiratórios	1	0	1	0
Id15	Problemas nos pés	1	0	1	0
Id16	Depressão	1	0	1	0
Id17	Ansiedade	1	0	1	0

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
NORMAS PARA DESCRIÇÃO DO ARTIGO

Formato:

Os textos devem ser digitados em programa Word for Windows, papel tamanho A4, margem de 2,5cm, espaço 1,5, letra Time News Roman 12. Todo o artigo deverá conter de 15 a 20 laudas (a contar da página da introdução até as referências).

Estrutura:

Resumo: Escrito com, no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, método, resultados/discussão e conclusões. Devem ser escritos em português e inglês (abstract).

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa. (Consulte o DeCs_Descriptores em Ciências da Saúde).

Corpo do texto: Sugere-se que a estrutura do texto seja organizada da seguinte forma: Introdução; Método; Resultados; Discussão e Conclusões.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto.

Figuras: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto e estarem em alta resolução (300dpi), em JPG ou TIF.

Citações e referências: Devem estar de acordo com as normas da ABNT (versão atualizada).

Observações:

- As páginas devem ser enumeradas a partir da folha de rosto.
- Caso o(s) autor(es) queiram, podem acrescentar apêndice(s) e/ou anexo(s) ao final da trabalho, tais como: parecer de aprovação do comitê de ética, instrumentos utilizados para coleta de dados.