

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELLA RIBEIRO DE PAULA

**A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO INDICADORA
PARA A CONDUÇÃO DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PARA IDOSOS NA COMUNIDADE**

GOIÂNIA, 2014

GABRIELLA RIBEIRO DE PAULA

**A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO INDICADORA PARA
A CONDUÇÃO DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA
IDOSOS NA COMUNIDADE**

*Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

GOIÂNIA, 2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):		Gabriella Ribeiro de Paula	
e-mail		gabidepaula_42@hotmail.com	
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não			
Vínculo empregatício do autor		Governo do Distrito Federal e Prefeitura Municipal de Goiânia	
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	Brasil	UF:GO	CNPJ:
Título:	A avaliação da qualidade de vida como indicadora para a condução de grupos de promoção da saúde para idosos na comunidade		
Palavras-chave:	Processos grupais; Idoso; Qualidade de vida; Serviços de saúde para idosos		
Título em outra língua:	The assessment of quality of life as an index to manage groups of health promotion for the elderly in the community		
Palavras-chave em outra língua:	Group Processes; Aged; Quality of Life; Health Services for the Aged.		
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à saúde humana		
Data defesa:	23/09/2014		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem		
Orientador (a):	Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira		
E-mail:	lizete.malagoni@gmail.com		

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

_____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) autor (a)

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Paula, Gabriella Ribeiro de

A avaliação da qualidade de vida como indicadora para a condução de grupos de promoção da saúde na comunidade [manuscrito] / Gabriella Ribeiro de Paula. - 2014.

91 f.: il.

Orientador: Prof. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui lista de tabelas.

1. Processos grupais. 2. Idoso. 3. Qualidade de vida. 4. Serviços de saúde para idosos. I. Oliveira, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante , orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GABRIELLA RIBEIRO DE PAULA

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO INDICADORA PARA A CONDUÇÃO DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA IDOSOS NA COMUNIDADE

*Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em 23 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira – Presidente da Banca
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Leidiene Ferreira Santos - Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade Federal do Tocantins

Prof^a Dr^a Virgínia Visconde Brasil – Membro Efetivo
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Cláudia Regina de Oliveira Zanini – Membro Suplente, Externo ao Programa
Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Maria Alves Barbosa – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

*À instituição que me transforma e me
alegra a cada dia: FAMÍLIA!
Meus pais, José Alonso e Angela Maria;
Minhas irmãs, Daniella e Graciella;
Meus cunhados, Marcelo Pontes e Arthur
Tibúrcio.*

Essa vitória é nossa!!!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Alonso de Paula e Angela Maria Ribeiro Paula, pelo amor incondicional, incentivo e carinho e por compartilhar os momentos de alegria e angústia vividos nesse período.

Às minhas queridas irmãs, Graciella Ribeiro de Paula e Daniella Ribeiro de Paula, em quem me espelhei durante toda a vida para ser sempre uma pessoa melhor.

Às minhas companheiras de todas as horas: Christiane Moreira, Marílya Rodrigues e Thaís Arvelos, que estiveram presentes durante todos os momentos de dificuldade, com apoio, preocupação, carinho e amizade. Ter amigos é ter verdadeiros tesouros!

À minha querida incentivadora, Dr^a Leídiene Ferreira Santos, que me apoiou e assumiu comigo este desafio.

À minha Orientadora, Dr^a Lízete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, que não apenas me guiou na construção do conhecimento, mas foi, acima de tudo, exemplo de profissional, de pesquisadora e de ser humano. Obrigada, principalmente pela sua paciência!

Às Professoras, Dr^a Maria Alves Barbosa, Dr^a Cláudia Regina de Oliveira Zanini e Dr^a Virgínia Visconde Brasil, pela disponibilidade e relevantes contribuições a este estudo no Exame de Qualificação.

Aos colegas e amigos da Turma de Mestrado 2012, pela amizade constituída ao longo desta jornada.

A todos os técnico-administrativos e docentes do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, pelos ensinamentos e presteza em nos atender.

Aos colegas da UPA do setor Jardim Itaipú e do SAMU-DF, pelo apoio e incentivo sempre.

Aos idosos que participaram deste estudo, possibilitando maior conhecimento sobre a saúde da população neste segmento da vida.

*À querida **Dona Zilda** (in memoriam), pela dedicação na coordenação do grupo “Nunca é tarde para começar” e auxílio durante a fase de coleta de dados.*

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente nessa jornada e compartilharam a imensa felicidade que sinto agora.

SUMÁRIO

	Pág
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
LISTA DE TABELAS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
RESUMEN	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 O idoso e o processo de envelhecimento humano: conceitos, transição demográfica e legislação	18
3.2 Atividades grupais na atenção primária: o grupo e a promoção da saúde	21
3.3 Qualidade de vida: conceituação e medidas de avaliação	25
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Local e população do estudo	31
4.3 Instrumentos de coleta dos dados	32
4.4 Coleta de dados	36

4.5 Análise dos dados	38
4.6 Aspectos éticos relacionados à pesquisa	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
Caracterização sociodemográfica dos participantes	40
Avaliação da qualidade de vida	44
6 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	
Apêndice 1	79
Apêndice 2	81
ANEXOS	
Anexo 1	82
Anexo 2	86
Anexo 3	91

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pág
Quadro 1: Domínios do instrumento WHOQOL-BREF	32
Quadro 2: Itens incluídos nas facetas do instrumento WHOQOL-OLD	33

LISTA DE TABELAS

	Pág
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de 46 idosos participantes de grupos de promoção da saúde. Goiânia-GO, 2013.	41
Tabela 2: Percepção sobre a QV e satisfação com a saúde de 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde. Goiânia-GO, 2013	44
Tabela 3: Média dos escores obtidos por 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde nos domínios do WHOQOL-BREF, Goiânia-GO, 2013	47
Tabela 4: Distribuição dos 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Físico do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013	48
Tabela 5: Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Psicológico do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013	50
Tabela 6: Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013	52
Tabela 7: Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões do domínio Meio Ambiente do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013	54
Tabela 8: Média dos escores obtidos por 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde nos domínios do WHOQOL-OLD, Goiânia-GO, 2013	57
Tabela 9: Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Funcionamento do sensório do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013	58
Tabela 10: Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Autonomia do WHOQOL-OLD. Goiânia, 2013	60

Tabela 11:	Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013	61
Tabela 12:	Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Participação social do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013	62
Tabela 13:	Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Morte e morrer do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013	63
Tabela 14:	Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Intimidade do WHOQOL-OLD. Goiânia, 2013	64

RESUMO

PAULA GR. **A avaliação da qualidade de vida como indicadora para a condução de grupos de promoção da saúde para idosos na comunidade** [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 91p.

As atividades com grupos têm se mostrado úteis e eficientes para intervenções educativas e de promoção da saúde nos serviços de saúde em geral e especialmente na atenção básica. Estratégia recomendada em diversos programas do Ministério da Saúde do Brasil, o trabalho com grupos ainda carece de instrumentos para avaliação de seus resultados. Assim, o objetivo dessa investigação foi analisar o uso da avaliação da qualidade de vida (QV) como norteador para a condução de grupos de promoção da saúde na comunidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada no município de Goiânia, Goiás, de 2012 a 2013, com 46 idosos (idade de 60 anos e mais) que participam de dois grupos (G1 e G2) de promoção da saúde na comunidade. Os sujeitos foram entrevistados individualmente em seus domicílios ou local acordado previamente para preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados: questionário sociodemográfico, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados foram digitados e submetidos a análise descritiva no *software* SPSS. Participaram do estudo 26 idosos do G1 e 20 do G2, sendo a maioria mulheres (84,6% e 90,0%, respectivamente), com menos de 80 anos (76,9% e 90,0%, respectivamente). A maior parte era de aposentados (78,3%), com renda individual de até um salário mínimo. No G1, 65,2% dos idosos tinham até 4 anos de escolaridade, enquanto no G2 80,0% informaram tempo de escolaridade superior a 4 anos. Em números absolutos, a maior média conseguida pelos participantes do G1 no WHOQOL-BREF foi no domínio "Relações sociais" (75,32) e a menor foi no domínio "Meio ambiente" (60,22), enquanto no G2, a maior foi no domínio "Psicológico" (69,25) e a menor também no domínio "Meio ambiente" (61,56). Os maiores escores médios em números absolutos atingidos no WHOQOL-OLD foram nas facetas "Participação social" (72,36) pelo G1 e "Atividades passadas, presentes e futuras" (69,25) pelo G2, enquanto o menor nos dois grupos foi na faceta "Morte e morrer" (56,73 e 44,06, respectivamente). A avaliação da QV em idosos mostrou-se valiosa para identificar o nível de satisfação dessa população com os diferentes aspectos que influenciam seu bem-estar e saúde, permitindo aos coordenadores de grupos para idosos identificar as necessidades dos participantes e, a partir delas, planejar atividades e estratégias mais adequadas para condução dos grupos de promoção da saúde para idosos, de modo a contribuir para a melhoria de sua vida em geral.

Palavras-chave: Processos Grupais; Idoso; Qualidade de Vida; Serviços de Saúde para Idosos

ABSTRACT

PAULA GR. **The assessment of quality of life as an index to manage groups of health promotion for the elderly in the community** [dissertation]. Goiânia: School of Nursing/UFG; 2014. 91p.

Group activities have shown to be useful and efficient to educational interventions and health promotion in health care in general, especially in basic care. Strategy recommended in several programs of the Brazilian Health Ministry, group work still lacks instruments of assessment of its outcomes. Thus, this study aimed at analyzing the use of assessment of quality of life (QL) as a guide to manage groups of health promotion in the community. This is a cross-sectional, quantitative, descriptive research study carried out in the municipality of Goiânia, Goiás, from 2012 to 2013, with 46 elderly people aged over 60 years who participated in two groups (G1 and G2) of health promotion in the community. The participants were interviewed individually in their home or places previously consented for filling and collecting data: sociodemographic questionnaire, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Data was typed and submitted to descriptive analysis in the SPSS Software. 26 elderly (G1) and 20 elderly (G2) participated in this study, mostly female (84.6% and 90.0%, respectively), under the age of 80 (76.9% and 90.0%, respectively). The majority were retired (78.3%), with individual income of up to the Brazilian minimum wage. In the G1, 65.2% of the elderly had up to 4 years of education, whereas in the G2, 80.0% reported having over 4 years of education. In absolute numbers, the highest score achieved by the participants in G1 in the WHOQOL-BREF was regarding the dominium "Social Relations" (75.32), and the lowest in the dominium regarding "Environment" (60.22), whereas in G2, the highest score was in the dominium "Psychologic" (69.25) and the lowest score also regarding the dominium "Environment" (61.56). Highest average scores in absolute numbers achieved in WHOQOL-OLD were reached on facets "Social Participation" (72.36) by G1, and "Past, Present and Future Activities" (69.25) by G2, whereas the facet "Death and Dying" had the lowest scores (56.73 and 44.06, respectively). The assessment of QL in the elderly was valuable to identify the level of satisfaction of this population with different aspects influencing their well-being and health, allowing coordinators of groups for the elderly to identify the needs of the participants, and then, plan activities more suitable to manage groups of health promotion for the elderly, so that they could contribute to better their lives in general.

Keywords: Group Processes; Aged; Quality of Life; Health Services for the Aged.

RESUMEN

PAULA GR. **La evaluación de la calidad de vida como indicadora para la conducción de grupos de promoción de la salud para ancianos en la comunidad** [disertación]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 91p.

Las actividades con grupos se han mostrado útiles y eficientes para intervenciones educativas y de promoción de la salud en los servicios de salud en general y especialmente en la atención básica. Estrategia recomendada en diversos programas del Ministerio de Salud del Brasil, el trabajo con grupos aún carece de instrumentos para la prueba de sus resultados. Así, el objetivo de esa investigación fue analizar el uso de la evaluación de la calidad de vida (CV) como orientador para la conducción de grupos de promoción de la salud en la comunidad. Se trata de una investigación descriptiva con delineamiento transversal y abordaje cuantitativo, realizada en el municipio de Goiânia, Goiás, de 2012 a 2013, con 46 ancianos (a partir de los 60 años) que participan de dos grupos (G1 y G2) de promoción de la salud en la comunidad. Los sujetos fueron entrevistados individualmente en sus domicilios o local acordado previamente para que se completen los instrumentos de la recogida de datos: cuestionario sociodemográfico, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Los datos fueron digitados y sometidos a análisis descriptivo en el *software* SPSS. Han participado del estudio 26 ancianos del G1 y 20 del G2, siendo la mayoría mujeres (el 84,6% y el 90,0%, respectivamente), con menos de 80 años (el 76,9% y el 90,0%, respectivamente). La mayor parte era de jubilados (el 78,3%), con un ingreso individual, como máximo, de un salario mínimo. En el G1, el 65,2% de los ancianos tenían como máximo 4 años de escolaridad, mientras que en el G2 80,0% informaron tiempo de escolaridad superior a 4 años. En números absolutos, el mayor promedio conseguido por los participantes del G1 en el WHOQOL-BREF fue en el dominio "Relaciones sociales" (75,32) y la menor fue en el dominio "Medio ambiente" (60,22), mientras que en el G2, la mayor fue en el dominio "Psicológico" (69,25) y la menor también en el dominio "Medio ambiente" (61,56). Los mayores puntajes promedios en números absolutos alcanzados en el WHOQOL-OLD fueron en los aspectos "Participación social" (72,36) por el G1 y "Actividades pasadas, presentes y futuras" (69,25) por el G2, mientras el menor en los dos grupos fue en el aspecto "Muerte y morir" (56,73 y 44,06, respectivamente). La evaluación de la CV (calidad de vida) en ancianos se ha mostrado valiosa para identificar el nivel de satisfacción de esa población con los diferentes aspectos que influyen su bienestar y salud, permitiendo a los coordinadores de grupos para ancianos que identifiquen las necesidades de los participantes y, a partir de ellas, planear actividades y estrategias más adecuadas para la conducción de los grupos de promoción de la salud para ancianos, de modo que contribuya para la mejora de su vida en general.

Palabras-clave: Procesos de Grupo; Anciano; Calidad de Vida; Servicios de Salud para Ancianos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e o Brasil se destaca nesse contexto. Atualmente o número de idosos chega a 23 milhões de brasileiros, segundo dados do último censo demográfico (IBGE, 2011) e estima-se que, até o ano de 2025, o total de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões (NETTO, 2007).

Paralelamente a essa transformação demográfica, doenças próprias ou potencializadas pelo envelhecimento ganham maior expressão na sociedade e na saúde pública (LIMA-COSTA, VERAS, 2003). A velhice aumenta a incidência de doenças crônicas que, em geral, são incuráveis, demandam tratamento contínuo e apresentam complicações que podem culminar em incapacidades funcionais (ALMEIDA, AGUIAR, 2011).

A primeira causa de morte em idosos brasileiros são as doenças cardiovasculares, com predomínio das doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração e uma das principais estratégias para a redução dessas doenças são as ações de promoção da saúde, por meio de atividades físicas regulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Diante desse panorama, observa-se, nas últimas décadas, crescente implantação e implementação de políticas públicas destinadas a essa população, dentre as quais destacam-se a Política Nacional do Idoso a Política Nacional de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa, que ressaltam os direitos e necessidade de promoção da saúde com ênfase no envelhecimento ativo e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A rede básica de atenção a saúde, por exemplo, tem ampliado a assistência ao idoso, realizando ações coletivas na comunidade, atividades de promoção da saúde e assistência humanizada, qualificada e contínua aos indivíduos idosos. Entende-se por ações de promoção da saúde estratégias que conferem visibilidade

aos fatores que colocam em risco a saúde da população, visando a redução das situações de vulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Essas ações têm como objetivo o envelhecimento ativo, que significa envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, baseando-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2010a).

De acordo com Assis (2005), as atividades comunitárias são campos centrais de promoção da saúde que compõem um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem estar na terceira idade. Mas, para isso, não basta apenas estimular e/ou induzir os idosos a condutas saudáveis, é importante considerar o contexto social, político, econômico, e cultural no qual estão envolvidos.

Atualmente, várias atividades da atenção básica têm sido realizadas por meio da prática de grupo, considerando que essa estratégia se configura em espaço promotor da saúde (ABRAHÃO, FREITAS, 2009; DIAS, SILVEIRA, 2009). Os grupos constituem alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais, atividades físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente, e o relacionamento interpessoal e social. Unem pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam o convívio social, fato de grande importância, visto que a solidão é queixa frequente entre os idosos (GARCIA *et al.*, 2006).

As atividades grupais são financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por serem consideradas ferramentas de ampliação do entendimento do usuário sobre seu problema de saúde e, conseqüentemente, favorecerem mudanças nos hábitos de vida (TONON, 2010).

Santos *et al.* (2006) definem Grupo de Promoção da Saúde (GPS) como uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. São compostos pelo conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de desenvolvimento que interagem a fim de realizar a tarefa de promoção da saúde.

Atividades grupais de educação em saúde com idosos têm alcançado resultados expressivos, contribuindo para a adesão terapêutica, diminuição do isolamento social e melhoria na qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2006; NOGUEIRA, 2012).

Embora participar de grupos seja uma experiência significativa na vida dos idosos, observa-se que várias atividades desenvolvidas nos programas de saúde e tidas como grupos não apresentam resultados tão bons em termos de adesão e participação dos seus integrantes. Esse desempenho insatisfatório tem sido atribuído à falta de preparo específico dos profissionais que conduzem esses grupos; à predominância de atividades de transmissão vertical de conhecimentos; à determinação das atividades realizadas no grupo de acordo com a percepção dos coordenadores, sem consultar as necessidades dos integrantes; à falta de estrutura adequada para seu funcionamento, entre outros aspectos (MUNARI, LUCCHESI, MEDEIROS, 2009; SANTOS *et al.*, 2010).

Para ser eficaz, o grupo deve funcionar como tal, isto é, precisa seguir os preceitos básicos da dinâmica de grupo. Isso significa que ele precisa ser mais do que o simples agrupamento de pessoas em um espaço comum. É preciso, inicialmente, que ele seja cuidadosamente planejado e, para tanto, seus coordenadores devem conhecer as reais necessidades dos potenciais participantes, de modo que o grupo possa atender ou contribuir para o atendimento dessas necessidades.

Outro fator a ser considerado é a avaliação do alcance dos objetivos do grupo, que indica sua efetividade. Esse *feedback* é muito importante para que o coordenador possa julgar se as estratégias adotadas têm se mostrado eficientes e se a condução do grupo tem contribuído para atingir seu objetivo (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Há diferentes modos de identificar os pontos fracos e fortes dos grupos e os coordenadores devem valer-se deles para direcionar suas atividades de replanejamento / reestruturação, de modo que eles se tornem mais eficientes para seus participantes. Alguns estudos indicam a identificação dos Fatores Terapêuticos (FT) presentes no grupo como estratégia útil para avaliação das intervenções grupais (OLIVEIRA *et al.*, 2009; NOGUEIRA, 2012; NOGUEIRA *et al.*, 2013;

SANTOS, 2010). Os FT correspondem a eventos significantes no curso dos grupos e auxiliam seus membros no processo de compreensão, adaptação e mudança do comportamento (YALOM, LESZCZ, 2006).

O pressuposto é que avaliações da QV podem proporcionar melhor compreensão sobre as reais necessidades das pessoas em diversos aspectos de sua vida (KLUTHCOVSK, KLUTHCOVSKY, 2009), com interesse científico e social na identificação das condições que favorecem uma boa QV na velhice. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou desvincular velhice de doença pode ajudar a compreender o envelhecimento, bem como os limites e alcances do desenvolvimento humano (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003). Os resultados dessa investigação poderão subsidiar os profissionais que atuam na atenção básica coordenando grupos de promoção da saúde nas atividades de planejamento / replanejamento grupal, de modo a reforçar os aspectos positivos e colaborar para o enfrentamento dos que interferem negativamente na QV de idosos.

No presente estudo, a proposta é avaliar a Qualidade de Vida (QV) como forma de estimar a efetividade de grupos de promoção da saúde de idosos promovidos em Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família e apontar o que precisa ser revisto ou alterado no funcionamento do grupo para a melhoria da QV de seus participantes.

2. OBJETIVO

Analisar o uso da avaliação da qualidade de vida como norteador para a condução de grupos de promoção da saúde na comunidade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O idoso e o processo de envelhecimento humano: conceitos, transição demográfica e legislação.

São considerados idosos, no Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). É válido destacar que envelhecer é uma experiência fisiológica, mas também subjetiva. Estudo realizado em Goiânia, investigando a percepção dos próprios idosos sobre o envelhecimento, mostrou que alguns entrevistados perceberam-se envelhecidos por volta de 40 anos (SILVA, *et al.*, 2006). Assim, o limite inferior de idade para o envelhecimento varia de sociedade para sociedade, porque depende não somente dos fatores biológicos, mas, também, de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO *et al.*, 2003).

Para a Organização Pan Americana de Saúde, o envelhecimento é definido como um processo sequencial, acumulativo, irreversível, universal, não patológico e de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torna menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente (OPAS, 2003). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, considerado como senescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2010a).

Independente do conceito utilizado, o fato é que o envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno irreversível mundialmente (VERAS, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010a). A proporção de pessoas idosas no mundo está crescendo mais rápido do que qualquer outra faixa etária e estima-se que, em 2025, existirá um total de aproximadamente dois bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 80% deles, habitantes de países em desenvolvimento (WHO, 2005).

O Brasil não foge a essa realidade, caminhando velozmente rumo a um perfil populacional cada vez mais envelhecido. Até na década de 1960, a população brasileira apresentou distribuição etária praticamente constante e constituída por

uma população extremamente jovem, com quase 52% abaixo de 20 anos, e menos de 3% (3 milhões) acima dos 65 anos (CARVALHO, GARCIA, 2003). Entretanto, o perfil demográfico atual é diferente já que o número de idosos vem crescendo progressivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A demografia do envelhecimento populacional no Brasil deu-se pelo efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade com ênfase no rápido e sustentável declínio da fecundidade o que tem produzido uma transformação no formato da pirâmide etária. O formato da pirâmide populacional, antes triangular, e com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide com base mais estreita e vértice mais largo, característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Essa mudança na estrutura etária é considerada um triunfo e pode ser atribuída à melhoria nas condições de vida das pessoas, em especial no que se refere ao acesso as novas tecnologias de atendimento à saúde (WHO, 2005). Entretanto, essa situação também é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública, pois esse processo acontece de forma rápida, exigindo uma reorganização social e dos serviços de saúde que favoreça o atendimento às demandas dessa nova população (KALACHE, 2008).

Os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e também os de seguridade social. Enfermidade não deve ser uma consequência da velhice. Envelhecimento pode estar associado a um bom nível de saúde, mas, para isso, faz-se necessário priorizar as estratégias prevenção e promoção da saúde (KALACHE, 2008), visando reduzir os investimentos em atenção secundária e terciária, tratamentos, reabilitação e institucionalização e favorecer um envelhecimento saudável e ativo (WHO, 2005).

Para isso, o Brasil vem investindo em diversas políticas públicas de atenção aos idosos. Tais programas representam grandes avanços por meio de ações programáticas que visam a proteção dos idosos, abordando aspectos sociais, políticos, ambientais, econômicos e especialmente em saúde, com a implementação de um sistema de saúde estruturado, abrangente e com participação social (MOURA, DOMINGOS, RASSY, 2010; VICTORA *et al.*, 2011).

Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1.848/96), objetivando assegurar os direitos sociais do idoso, dando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Mais tarde, no ano de 1999 o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria Ministerial no 1.395/99), determinando que os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com a saúde dos idosos promovessem a elaboração / readequação de seus planos, programas, projetos e atividades para a saúde integral dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Em 2002 foram implantadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) dividindo a gestão e responsabilidades dos serviços de atenção à saúde dos idosos. No ano seguinte (2003), foi sancionado o Estatuto do Idoso, destinado a regularizar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que é considerado um marco na conquista social e direitos dos idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; 2007; 2010a)

Três anos depois, em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399), incluindo a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. No mesmo ano, outro avanço foi identificado com a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS no 2.528), com um novo paradigma para a discussão sobre a saúde dos idosos e que incluiu, entre suas diretrizes, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, recomendada pela Organização das Nações Unidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Envelhecimento ativo é um conceito que começou a ser usado pela OMS no fim da década de 1990, para incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que interferem no envelhecimento, visando otimizar, além da saúde, sua qualidade de vida. Esse novo paradigma passa a reconhecer o idoso não mais como alvo passivo, mas como pessoa responsável e participativa nos vários aspectos de sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção,

segurança e cuidados adequados, quando necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; WHO, 2005).

A palavra “ativo” diz respeito à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2005). Nesse contexto, a atividade grupal destaca-se por constituir valiosa ferramenta para redução do isolamento social, melhora da adesão terapêutica, além de ir ao encontro da promoção do envelhecimento ativo (FERNANDES, 2007; SANTOS *et al.*, 2006; NOGUEIRA, 2012).

3.2 Atividades grupais na atenção primária: o grupo e a promoção da saúde

A promoção da saúde é considerada um paradigma para as políticas públicas no sentido de expandir o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além de controlar doenças (ASSIS, 2005). Com essa perspectiva, foi criada no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF possibilita uma atenção integral humanizada considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (SILVESTRE, NETO, 2003; ROSA, LABATE, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2010b).

O trabalho das ESF é restrito a uma área e suas ações são executadas principalmente nas UABSF (Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família), nos domicílios e nos espaços comunitários. A UABSF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com o progressivo aumento do contingente populacional de idosos em nosso país e a grande incidência / prevalência de doenças crônico-degenerativas, as equipes da ESF vêm desempenhando importante papel na assistência a essa clientela. A rede básica de atenção à saúde ampliou a assistência ao idoso, realizando ações coletivas na comunidade; atividades de educação em saúde; e assistência humanizada, qualificada e contínua, visando contribuir para recuperar,

manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; 2006; 2007).

Algumas questões são fundamentais para a manutenção do equilíbrio físico e mental do idoso e, por isso, devem ser consideradas pelas equipes ao se cuidar dessa população. Entre elas incluem-se as mudanças físicas normais e patológicas, os fatores de risco no domicílio e fora dele, as intervenções que contribuem para eliminar ou minimizar agravos à saúde e a recomendação para evitar a retirada da pessoa idosa do convívio familiar e social (SILVESTRE, NETO, 2003).

Nesse contexto, destacam-se as atividades com grupos, que são uma realidade no trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica. Os grupos são uma maneira eficiente para o oferecimento de apoio e a promoção de discussões sobre as situações experimentadas no cotidiano de seus participantes, além de favorecer o fortalecimento de vínculo entre seus integrantes e a equipe de saúde. Funcionam como espaço a mais para atendimento à clientela e são excelentes oportunidades para o compartilhamento de informações, oferecimento de orientações e realização de atividades de educação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Promovendo reflexões sobre questões pessoais, sociais e relacionadas à saúde, os grupos de promoção da saúde (GPS) exercitam a autonomia e favorecem o desenvolvimento de seus participantes. Com característica multidisciplinar, os podem ser úteis para o atendimento tanto à população em geral quanto a indivíduos que sentem os efeitos da exclusão social por diminuição da autonomia, como os idosos portadores de doenças crônico-degenerativas e com capacidade funcional reduzida (ROSA *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2006).

Pesquisas têm evidenciado que as atividades grupais influenciam as mudanças comportamentais para a educação-prevenção de danos à saúde, possibilita socialização entre as pessoas e promove suporte emocional (MAFFACCIOLLI, LOPES, 2005; TURAN, BASBAKKAL, OZBEK, 2008; FAVORETO, CABRAL, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Todavia, mesmo que amplamente usado no contexto da saúde coletiva, principalmente para ações educativas, a prática grupal quase sempre tem sua

abordagem mais focada no controle das doenças e problemas de saúde de usuários dos serviços do que na utilização do potencial do grupo enquanto agente de mudança e de promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos (SILVA *et al.*, 2003; SOUZA *et al.*, 2005; ABRAHÃO, FREITAS, 2009).

No entanto, os GPS devem atuar na perspectiva de saúde não como uma resposta reativa à fatalidade da doença, mas como uma meta a ser concretizada pela saúde pública e demais atores sociais, por meio de instrumentos metodológicos de intervenção na realidade (CASTRO, LEFEVRE, 2004). Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2008) aponta que, na maioria das vezes, a participação do sujeito em grupos promovidos pelas unidades de saúde é motivada por trocas simbólicas relacionadas à manutenção do tratamento, tais como receber medicamento, marcar exames e consultas.

Além disso, os grupos que acontecem no âmbito da atenção básica apresentam dificuldades quanto à sua estruturação, já que nem sempre são observadas as necessidades do grupo assistido, bem como à sua coordenação, pois não é incomum que os profissionais ingressem nesta atividade porque essa função lhes foi delegada por determinação superior e não por seu próprio desejo ou habilidade (SILVA *et al.*, 2003).

Assim, um dos desafios para o uso do grupo como ferramenta de assistência na atenção básica é assegurar a promoção da saúde e, ao mesmo tempo, estimular a reflexão e ampliar a capacidade dos membros do grupo para solucionar problemas (ABRAHÃO, FREITAS, 2009). Para o idoso, o atendimento em grupo apresenta-se com uma ferramenta potencializadora da promoção da saúde, contemplando dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e colaborando para alcançar um envelhecimento saudável (RAMOS, 2003; GARCIA *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; VICTOR *et al.*, 2007; MORAIS, 2009).

As atividades grupais com a população idosa têm se concretizado por meio do Programa HIPERDIA (para portadores de hipertensão arterial e diabetes), grupos comunitários, grupos para a realização de atividade física, bem como grupos de convivência que utilizam atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas (GARCIA *et al.*, 2006; TAHAN-SANTOS, CARDOSO, 2008).

Entretanto, para se alcançar os benefícios esperados nesse tipo de atividade, o grupo deve funcionar de modo a favorecer o estabelecimento de novos canais de comunicação entre os membros e a equipe de saúde e proporcionar mudanças de comportamento, com ampliação do círculo de amizades, visando romper situações de solidão (GARCIA *et al.*, 2006; VICTOR *et al.*, 2007). A experiência em grupo favorece a vivência de um estado de plenitude e bem-estar, que possibilita reforço no sentido existencial humano, ajudando os idosos a perceberem o futuro como uma história em construção (SILVA *et al.*, 2003).

Ao participar de grupos, os idosos têm a oportunidade de expandir as fronteiras de seu valor pessoal, vivenciar novas perspectivas de vida e realizar atividades prazerosas, fazer novos projetos de vida e adquirir e/ou manter estratégias para enfrentar o processo de envelhecimento (MORAIS, 2009).

A participação em grupos promove a transformação de vivências pessoais em coletivas, possibilitando o aprendizado de novos hábitos a partir das experiências compartilhadas e dos esclarecimentos feitos pelos integrantes do grupo (FAVORETO, CABRAL, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A prática de grupo na atenção básica pode ser usada para monitorar a situação de saúde dos usuários, sendo uma ferramenta de racionalização do trabalho dos profissionais, pois diminui a demanda por consultas (SANTOS *et al.*, 2006; ACIOLI, 2008; HORTA *et al.*, 2009), otimiza recursos financeiros e o trabalho dos profissionais e pode potencializar a utilização, de cada pessoa, de seus próprios recursos na busca por viver melhor (SILVEIRA, RIBEIRO, 2005).

Diante do exposto, percebe-se que o grupo, utilizado como recurso de assistência a saúde dos idosos, pode oferecer amplos benefícios que podem influenciar na melhoria da QV dos seus membros.

3.3 Qualidade de vida: conceituação e medidas de avaliação

QV é um termo utilizado em dois contextos diferentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral e profissionais de diversas áreas e no contexto da pesquisa científica nas áreas de economia, sociologia, educação e saúde (ROGERSON, 1995; SEIDL, ZANNON, 2004). Mesmo considerando apenas a

área da pesquisa, observa-se que a falta de consenso sobre o conceito de QV é marcante (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).

A busca pelo significado do termo não é recente e os vários significados atribuídos à QV foram relacionados a perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas, ambientais e de saúde pública (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; BELASCO, SESSO, 2006). À medida em que o termo foi sendo usado, a noção de QV foi sendo ampliada, estendendo-se também para o âmbito social. Nas últimas décadas, o conceito tem-se associado a visões mais subjetivas, com a valorização de fatores relacionados à satisfação pessoal, sentimentos e comportamentos (TAVARES, ARAÚJO, DIAS, 2011).

A QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo envolve vários significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas, espaços e histórias e está relacionado ao que a sociedade considera como padrão de conforto e bem estar (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Há duas tendências quanto à conceituação de QV na área de saúde, sendo que a primeira diz respeito a um conceito mais genérico e a segunda relaciona QV à saúde (SEIDL, ZANNON, 2004; BELASCO, SESSO, 2006). No conceito genérico, QV apresenta um sentido mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos, não fazendo referência a disfunções ou agravos. Já o termo QV relacionada à saúde implica em aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Seidl e Zannon (2004) identificaram alguns conceitos de QV relacionada à saúde. Guiteras e Bayés (1993) conceituaram como a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida de acordo com o seu estado atual de saúde. Para Cleary *et al.*, (1995) QV refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são influenciados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida. Ebrahim (1995) aponta que Patrick e Erickson conceituam como valor atribuído à duração da vida, modificado pelos

prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são afetados por doença, agravo, tratamento ou políticas de saúde.

A falta de consenso pela definição reflete-se de forma incipiente nas publicações. Em estudo de revisão sobre QV na área da saúde, somente em 15% dos 75 artigos pesquisados havia definição conceitual desse termo, fator essencial para se deixar claro qual enfoque está se seguindo (GIL, FEISNTEIN, 1994).

É importante destacar que sem uma base conceitual clara não há como correlacionar o que está sendo medido com o que deveria ser medido; assim a criação de instrumentos para avaliar a QV se torna tarefa muito complexa, pois é difícil definir construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais (FLECK, 2000; BELASCO, SESSO, 2006).

Na busca por sintetizar a complexidade da QV e de sua relatividade cultural e social, vários instrumentos têm sido construídos. Alguns abordam saúde como parte integrante de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, seu objeto propriamente dito (MINAYO, HARTZ, BRUSS, 2000).

Atualmente, vários instrumentos são usados a fim de avaliar a QV entre as mais diversas populações, considerando diversos conceitos sobre QV e seguindo diferentes metodologias (WHO, 1996; FLECK, 2000; MINAYO, HARTZ, BRUSS, 2000; BELASCO, SESSO, 2006).

Assim, vale destacar que, quando se deseja avaliar QV, independente da população investigada, alguns cuidados devem ser tomados na escolha do instrumento, como: verificar se há estudos que revelem suas propriedades psicométricas (sensibilidade, especificidade e confiabilidade); se foram realizados estudos pilotos; se o instrumento foi padronizado para cultura, grau educacional e grupo étnico a ser pesquisado; se o instrumento é exequível (tempo de aplicação, clareza e número de questões, entre outras); e se há referências sobre o tamanho da amostra e sobre a interpretação e relato dos resultados no manual do instrumento (BLAY, MERLIN, 2006).

Os instrumentos para avaliação da QV variam de acordo com a abordagem e os objetivos da pesquisa (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012). Eles podem ser classificados como genéricos quando incluem várias dimensões que compõem a

QV; ou específicos, à medida que se concentra em um aspecto particular (BELASCO, SESSO, 2006).

Os instrumentos genéricos podem ser usados na população em geral e não é preciso ter características ou condições específicas de doença ou outros aspectos especiais. Há vários instrumentos com essa característica, como o Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) e World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100) (BLAY, MERLIN, 2006).

A ausência de instrumentos capazes de avaliar QV em uma perspectiva internacional e transcultural, fez com que a o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (grupo WHOQOL), em associação com diversos países desenvolvessem o WHOQOL-100 (WHO, 1996).

Esse instrumento foi desenvolvido com a participação de 15 centros em localizações geográficas diferentes, com situações socioeconômicas, de desenvolvimento social e de contextos culturais distintos. Tais centros estiveram presentes em todas as etapas de desenvolvimento do instrumento desde a definição de QV, à construção dos domínios, redação e seleção de questões, da derivação das escalas de respostas, do teste de campo e tradução. Após a elaboração, vários outros centros foram admitidos, entre os quais o brasileiro (FLECK *et al.*, 2008)

Para criar o WHOQOL-100, primeiramente foi necessário definir QV, pois não havia consenso sobre sua definição. Assim, após discussões de especialistas de várias partes do mundo, a OMS em 1994 definiu QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural, de sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos traçados, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1996).

Esta definição evidencia a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. Vale destacar que não está em questão a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou familiar avalia essas dimensões; nessa perspectiva, será avaliada a percepção do entrevistado (FLECK, 2000).

O instrumento WHOQOL-100 é formado por 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, e cada uma destas é composta por quatro perguntas. O instrumento possui, além das 24 facetas específicas, uma 25ª faceta composta por perguntas gerais sobre QV (FLECK *et al.*, 1999).

O uso crescente do WHOQOL-100 passou a apontar características positivas e também algumas limitações do questionário. Se, por um lado, suas propriedades psicométricas se mostram robustas, em parte devido ao número de itens constantes, por outro, demonstra limitações em função de sua extensão, podendo ser muito longo para algumas populações (FLECK, *et al.*, 2008)

Surgiu, assim, a necessidade de adaptá-lo para um instrumento mais curto, que exigisse menor tempo em seu preenchimento, mas que preservasse características psicométricas satisfatórias. Assim, o grupo WHOQOL, novamente com a colaboração de vários países, desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (WHO, 1996; FLECK, 2000).

O WHOQOL-BREF contém 26 questões, sendo que, 24 representam as facetas que compõem o WHOQOL-100, e duas são questões gerais sobre QV. Enquanto no instrumento original cada uma das 24 facetas é avaliada por quatro questões, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão (WHO, 1996).

O instrumento WHOQOL-BREF tem sido usado em vários países para avaliar a QV das pessoas (MORENO *et al.*, 2006; KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009). É uma alternativa de instrumento genérico de curta extensão, aplicável a uma larga variedade de populações e tem apresentado características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2007; FLECK *et al.*, 2008; KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2009).

Apesar do grupo WHOQOL ter desenvolvido instrumentos para avaliar a QV em uma perspectiva internacional e transcultural, considerando como características fundamentais o caráter subjetivo da QV (abordando aspectos positivos e negativos),

e sua natureza multidimensional (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) (WHO, 1996; FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003), algumas lacunas ficaram abertas em relação ao uso desse instrumento para avaliar QV da pessoa idosa.

Quando se trata de avaliar a QV nessa população específica, algumas questões precisam ser revistas. Não é possível garantir que instrumentos adequados para avaliar o domínio relacionado à saúde física em populações de adultos jovens, sejam apropriados para populações de adultos idosos, considerando que há especificidades conforme a faixa etária (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

Avaliar a QV de idosos é tarefa complexa e implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural e vários aspectos devem ser considerados, tais como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, renda, status social, continuidade de papéis familiares (NERI, 2007).

Nesse sentido, o grupo WHOQOL deu início ao projeto WHOQOL-OLD, com o objetivo de criar um módulo a partir do instrumento WHOQOL-100, para ser usado em associação ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF, em adultos idosos.

A construção do módulo WHOQOL-OLD foi feita por 22 centros, incluindo o Centro Brasileiro de Qualidade de Vida da OMS. Segue uma perspectiva transcultural e internacional, contando com a participação de vários países para sua construção e validação. A versão final do módulo WHOQOL-OLD contém seis facetas com quatro itens cada (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

Estudo realizado por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006), que objetivou descrever o desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD, considerou que se constitui uma ferramenta adicional ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF para a investigação de qualidade de vida em adultos mais velhos, incluindo aspectos relevantes não abrangidos pelos instrumentos originalmente projetados para populações de não idosos.

Estudos recentes vêm utilizando o instrumento WHOQOL-OLD para avaliação da QV de idosos (BAJOTTO, GOLDIN, 2011; SERBIM, FIGUEIREDO, 2011; TAVARES *et al.*, 2011).

Além do WHOQOL-OLD, há vários instrumentos destinados a avaliar a QV de idosos, como o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária - AVD (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007); o EASYcare, que avalia QV e bem estar do idoso; o Índice de Barthel, usado para avaliar a capacidade funcional do idoso para a realização de atividades de vida essenciais (ARAÚJO *et al.*, 2007); entre outros.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Pesquisa descritiva de delineamento transversal (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003) com abordagem quantitativa, em que algumas informações foram abordadas qualitativamente, visando enriquecer e permitir a compreensão dos resultados do estudo (MINAYO, HARTZ, BRUSS, 2000).

4.2 Local e população

A investigação foi realizada no período de 2012 a 2013, no município de Goiânia - Goiás com idosos que participam de dois grupos de promoção da saúde (GPS) na comunidade, selecionados por funcionarem seguindo os pressupostos básicos da dinâmica de grupo e apresentarem elevadas adesão, coesão e satisfação dos integrantes.

O Grupo 1 (G1) é coordenado por profissionais de saúde de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF) do Distrito Sanitário Leste. Existe há 13 anos e conta com 50 pessoas matriculadas, das quais 26 são idosas (idade igual ou superior a 60 anos) com participação regular. Oferecem atividades de educação em saúde, exercícios físicos, recreação, comemorações e passeios em parques e cidades próximas a Goiânia. Os encontros são semanais, ocorrem pela manhã em um ginásio de esportes próximo à UABSF e têm duração de aproximadamente 90 minutos. O grupo geralmente se inicia com a aferição da pressão arterial, seguida de atividades de alongamento e, posteriormente, uma atividade recreativa. Depois, com os membros posicionados em círculo, é oferecida uma atividade de educação em saúde, como palestras proferidas por profissionais convidados, exibição de filmes educativos e outras, dando a oportunidade para todos os participantes se pronunciarem, encerrando o encontro sempre com uma oração.

A coordenação do Grupo 2 (G2) é feita por uma idosa da comunidade. Funciona há 6 anos e conta com 42 pessoas matriculadas, das quais 35 são idosos e 23 com participação regular. Embora não seja considerado um grupo da Unidade

de Saúde, recebe todo o apoio dos profissionais de uma UABSF do Distrito Sanitário Campinas/Centro, incluindo enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, educador físico e acadêmicos de educação física que oferecem outras atividades além das oferecidas pela UABSF. Os encontros acontecem em uma praça pública três vezes na semana (segundas, quartas e sextas-feiras), no período matutino, com duração de aproximadamente 60 minutos.

Seus encontros iniciam-se com atividades de caminhada e alongamento físico; em seguida, os participantes se reúnem na praça para atividades como cantar, dançar, orar, ouvir palestras e socializar. Às sextas-feiras são realizados medida da pressão arterial e teste glicêmico dos participantes.

As principais diferenças entre os dois grupos são os objetivos (primordialmente de educação em saúde no G1 e de atividades físicas no G2), tempo de duração dos encontros (90 e 60 minutos, respectivamente), a coordenação (feita por profissionais da UABSF no G1 e por uma pessoa da própria comunidade no G2) e o local dos encontros (mais privativo para o G1 por ocorrer em ginásio de esportes e praça pública para o G2).

Foram convidados a participar do estudo todos os membros dos dois GPS que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser cadastrado na respectiva UABSF; demonstrar estar orientado no tempo e no espaço e ser capaz de comunicar-se verbalmente; não apresentar limitações físicas ou psíquicas que pudessem resultar em constrangimentos ou desconfortos; e participar regularmente dos encontros do grupo há pelo menos três meses. Foram excluídos os idosos que, tendo aceitado participar do estudo e agendado a entrevista, não foram encontrados em seu domicílio à época da coleta de dados após três tentativas.

Todos os idosos que aceitaram participar do estudo manifestaram seu aceite assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Apêndice 1).

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Foram usados três instrumentos para a coleta dos dados: um formulário com dados sociodemográficos dos sujeitos (Apêndice 2) e dois questionários para

avaliação da sua qualidade de vida: WHOQOL-BREF (Anexo 1) e WHOQOL-OLD (Anexo 2).

Os dados sociodemográficos incluem questões sobre idade, sexo, tempo de escolaridade, morar com companheiro(a), morar com filhos e ou netos, ser aposentado, renda individual, participar da renda familiar, renda familiar e número de pessoas que contribuem para ela e número de pessoas na casa.

A avaliação da QV foi feita por meio de dois instrumentos criados pela Organização Mundial de Saúde. Por orientação do próprio Grupo WHOQOL, os dois instrumentos devem ser usados em conjunto, uma vez que suas informações são complementares (WHO, 2006).

Tanto o WHOQOL-BREF quanto o WHOQOL-OLD foram validados na língua portuguesa brasileira (FLECK *et al.*, 2000; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), apresentam características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. (FLECK *et al.*, 2000; FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006; CASTRO *et al.*, 2007; KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2009).

O WHOQOL-BREF é usado para avaliação detalhada das diferentes facetas individuais que compõem a qualidade de vida das pessoas. Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais (uma sobre a percepção geral do indivíduo sobre sua qualidade de vida e outra sobre avaliação geral da pessoal sobre sua saúde) e que devem ser examinadas separadamente, e 24 relativas aos quatro domínios que o compõem, apresentados no Quadro 1 (FLECK *et al.*, 2000).

Este questionário resulta em um perfil da qualidade de vida. Os domínios são construídos na direção positiva, isto é, os maiores escores indicam melhor qualidade de vida e, por isso, as questões construídas negativamente (03, 04 e 26) devem ser recodificadas para ficarem na mesma direção das demais. Os escores médios dos itens dentro de cada domínio são usados para calcular o escore no domínio. Os escores médios devem ser multiplicados por 4, para torná-los comparáveis com os escores usados no WHOQOL-100. Os escores podem ser expressos em uma escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, ou

convertidos para uma escala que varia de 0 a 100 e expressa o escore do domínio em percentagem (WHO, 1996).

O quadro 1 descreve os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas referentes a cada domínio.

Domínios	Questões	Facetas incorporadas nos domínios
Saúde Física	Questões 03, 04, 10, 15, 16, 17 e 18	• Atividade da vida diária • Dependência de medicamentos e cuidados médicos • Energia e fadiga • Mobilidade • Dor e desconforto • Sono e repouso • Capacidade para o trabalho
Psicológico	Questões 05, 06, 07, 11, 19 e 26	• Imagem corporal e aparência • Sentimentos negativos • Sentimentos positivos • Autoestima • Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais • Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Relações Sociais	Questões 20, 21 e 22	• Relações pessoais • Suporte social • Atividade sexual
Meio Ambiente	Questões 08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25	• Recursos financeiros • Liberdade, segurança física e proteção • Saúde e cuidado social: acessibilidade e qualidade • Ambiente doméstico • Oportunidade para obter novas informações e habilidades • Participação em e oportunidades de recreação / lazer • Ambiente físico (poluição / barulho / trânsito / clima) • Transporte

Quadro 1: Domínios do instrumento WHOQOL-BREF (WHO, 1996).

O tempo médio de aplicação do WHOQOL-BREF depende de vários fatores, tais como a escolaridade e a condição do respondente, assim como da forma de administração do instrumento. O questionário pode ser respondido

independentemente do nível de escolaridade do entrevistado e, em geral, não demanda muito tempo (FLECK *et al.*, 2008).

O módulo WHOQOL-OLD, desenvolvido para aplicação em idosos, pode ser usado em adição tanto ao WHOQOL-100 quanto ao WHOQOL-BREF. É constituído por seis facetas (Quadro 2): “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT). Cada faceta conta com quatro itens, totalizando 24 perguntas cujas respostas devem ser escolhidas em uma escala tipo Likert, variando de 1 a 5. Portanto, o escore obtido em cada faceta pode variar de 4 a 20, caso todos os itens da faceta tenham sido respondidos. A pontuação pode ser feita pelos escores obtidos em cada faceta separadamente e por um escore total baseado na somatória dos 24 itens do instrumento (WHO, 2006).

Facetas	Itens
Funcionamento do Sensório	01, 02, 10 e 20
Autonomia	03, 04, 05 e 11
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	12, 13, 15 e 19
Participação Social	14, 16, 17 e 18
Morte e Morrer	06, 07, 08 e 09
Intimidade	21, 22, 23 e 24

Quadro 2: Itens incluídos nas facetas do instrumento WHOQOL-OLD (WHO, 2006)

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o quanto as perdas sensoriais interferem na vida do idoso. A capacidade do idoso para realizar suas atividades de maneira independente e tomar suas próprias decisões de vida é avaliada na faceta “Autonomia”. Os itens da faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” avaliam como o idoso se sente em relação à sua vida passada e presente e o que espera do futuro. A faceta “Participação Social” aprecia o modo de participação do idoso nas atividades do dia-a-dia, particularmente na comunidade onde vive. As preocupações, sentimentos e medos em relação à própria finitude são avaliados nos itens da faceta

“Morte e Morrer” e, por último, a faceta “Intimidade” refere-se à avaliação da capacidade para estabelecer relacionamentos pessoais e íntimos (WHO, 2006).

A soma dos itens de uma mesma faceta (Quadro 2) resultará no escore bruto da faceta, que pode variar entre 4 (quando cada um dos quatro itens da faceta é pontuado com o mais baixo valor – 1) e 20 (se todos os itens da faceta foram avaliados com o mais alto valor – 5). A média do escore na faceta pode ser obtido dividindo-se o escore bruto da faceta por 4 (número de itens da faceta), se todos os itens tiverem sido respondidos, e pode resultar em um número decimal entre 1 e 5. Também pode ser obtido um escore transformado (obtido multiplicando-se 6,25 pelo resultado do escore bruto na faceta menos 4), que expressa o escore da faceta em percentagem e, portanto, pode variar de 0 a 100. O escore total no módulo OLD resultará da adição dos escores obtidos em todos os 24 itens do questionário e também pode ser expresso como escore bruto total, um escore médio total ou um escore transformado total (WHO, 2006).

Considerando sua especificidade, o módulo WHOQOL-OLD pode ser usado na avaliação de serviços sociais e de saúde oferecidos a adultos com idade igual ou superior a 60 anos, permitindo a identificação de aspectos determinantes da QV desse grupo populacional e o planejamento de intervenções dirigidas para as áreas que requerem maior investimento para melhorar a QV dos indivíduos (WHO, 2006).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados com os idosos participantes do G1 foi realizada de junho a dezembro de 2012, por três pesquisadoras e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) especificamente treinados para esse fim, em dois encontros promovidos na própria UABSF. No primeiro, foram apresentados o projeto e os instrumentos a serem usados na coleta dos dados, oferecendo todas as orientações e recomendações para sua aplicação. Foram entregues cópias dos dois instrumentos, solicitando que eles tentassem aplicá-los com dois ou mais idosos que não fizessem parte da população do estudo, a fim de se familiarizarem com os questionários e apontarem possíveis dúvidas e dificuldades, a serem solucionadas no próximo encontro.

O segundo encontro foi realizado para esclarecer as dúvidas sobre o uso dos instrumentos e reforçar os cuidados na sua aplicação recomendados pelo Grupo WHOQOL. Todos os 26 idosos desse grupo que atendiam aos critérios de inclusão foram entrevistados.

Com os participantes do G2, a coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2013, pela própria investigadora, seguindo os mesmos pressupostos da coleta feita no G1. No total, dos 23 sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão, um desistiu de participar depois de ter sido entrevistado e dois se recusaram a receber o entrevistador em sua casa, alegando motivos de segurança pessoal. Assim, foram incluídos 20 idosos deste grupo.

Nos dois grupos, os idosos eram abordados durante os encontros do grupo e convidados a participar. Em caso de aceite, a pesquisadora ou os ACS agendavam o melhor dia e horário para a entrevista no domicílio, objetivando maior conforto e privacidade para a atividade. A entrevista tinha início com a exposição dos objetivos da pesquisa e leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), oferecendo as informações solicitadas para clarear seu entendimento e, em seguida, solicitando sua assinatura no TCLE. Dando prosseguimento, a entrevistadora preenchia as informações sociodemográficas e aplicava o WHOQOL-BREF. A entrevistadora fazia a leitura de cada questão do instrumento e apresentava as alternativas de resposta, registrando a escolhida pelo sujeito. Por último, era aplicado o WHOQOL-OLD, seguindo o mesmo procedimento.

Embora os dois instrumentos que avaliam QV tenham sido construídos para serem preenchidos pelo próprio sujeito, considerando a idade e possíveis limitações visuais e/ou motoras dos participantes, os questionários foram preenchidos pelo entrevistador na presença do sujeito.

4.6 Análise dos dados

Os dados dos três instrumentos foram digitados em planilha eletrônica usando o software SPSS versão 15.0. Os dados relativos aos instrumentos de avaliação da QV (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) foram analisados seguindo as instruções do Centro WHOQOL do Brasil.

As variáveis independentes foram: idade (em anos), sexo (masculino / feminino), tempo de escolaridade (< 4 anos / ≥ 4 anos), morar com companheiro(a) (sim / não), morar com filhos e ou netos (sim / não), ser aposentado (sim / não), renda individual (até 1 salário mínimo / mais que 1 salário mínimo), participar da renda familiar (sim / não), número de pessoas que contribuem na renda familiar (até 2 / mais que 2), número de pessoas na casa (até 2 / mais que 2).

As duas variáveis de desfecho foram os escores obtidos pelos idosos nos quatro domínios do WHOQOL-BREF (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e nas seis facetas do WHOQOL-OLD (Funcionamento do Sensorio, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade).

Os domínios do WHOQOL-BREF são construídos na direção positiva, isto é, os maiores escores indicam melhor qualidade de vida e, por isso, as questões construídas negativamente (03, 04 e 26) foram recodificadas para ficarem na mesma direção das demais. Os escores médios dos itens dentro de cada domínio foram usados para calcular o escore no domínio. Os escores médios foram multiplicados por 4, para torná-los comparáveis com os escores usados no WHOQOL-100. Os escores foram convertidos para uma escala que varia de 0 a 100 e expressa o escore do domínio em percentagem (WHO, 1996).

O questionário WHOQOL-OLD é pontuado de acordo com a resposta que o indivíduo escolheu para cada item e, de modo geral, quanto mais altos os escores, melhor a qualidade de vida. Considerando que a maioria dos itens são expressos positivamente, antes de fazer a pontuação de alguns itens que foram construídos negativamente (itens número 01, 02, 06, 07, 08, 09 e 10), foi necessário recodificá-los, de modo que os valores atribuídos sejam invertidos (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) e os valores mais altos também passem a expressar uma qualidade de vida mais elevada (WHO, 2006).

Os resultados são apresentados em tabelas de frequência absoluta e relativa. Foi realizada análise descritiva dos dados, explorando as variáveis numéricas por medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) e as variáveis categóricas por frequências simples absolutas e percentuais. O nível de significância adotado foi de 95%.

4.7 Aspectos éticos relacionados à pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 036/2011 (ANEXO 3). A todos os participantes foi garantido o sigilo e anonimato, bem a possibilidade de seu consentimento a qualquer tempo sem nenhuma penalização. Após receberem informações sobre a pesquisa, seus objetivos e instrumentos para coleta dos dados, eles assinaram ou imprimiam sua digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), em atendimento as exigências da Resolução CONEP n. 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), posteriormente revogada pela Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Os dados sociodemográficos dos 46 idosos participantes do estudo mostram que, tanto no G1 quanto no G2, a maioria dos idosos tinha menos de 80 anos e era do sexo feminino (Tabela 1). A faixa etária predominantemente abaixo dos 80 anos provavelmente decorre do próprio envelhecimento, no qual limitações de natureza variada vão surgindo à medida que a idade avança, aumentando o grau de dependência, a prevalência de incapacidade funcional e a presença de comorbidades, limitando, assim, a participação dos considerados muito idosos em atividades fora do lar (BARRETO *et al.*, 2003; LOYOLA, UCHOA, LIMA-COSTA, 2006).

Outro aspecto a ser considerado é a diminuição numérica da população que se segue ao aumento na idade. De acordo com o censo demográfico de 2010, no Brasil, enquanto mais de 17 milhões de pessoas estavam na faixa etária de 60 a 79 anos de idade, as que tinham 80 anos e mais eram pouco menos de três milhões (IBGE, 2011). Tais aspectos precisam ser levados em conta no planejamento de atividades que visem promover a saúde de idosos. Além de atender seus reais interesses, é fundamental identificar suas necessidades e prever a adequação de horários, locais, tempo de duração, meios de deslocamento e outros recursos que possam colaborar para diminuir suas dificuldades e promovam seu acolhimento com segurança (DIAS, 2010).

Em relação ao gênero, o predomínio absoluto de mulheres em ambos os grupos (mais de 2/3 dos sujeitos) também tem sido observado em outros estudos com idosos (BARRETO *et al.*, 2003; RAMOS, 2003; GARCIA *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2007; CELICH, 2008) e provavelmente resulta do processo de feminização do envelhecimento. Os dados do último censo demográfico do Brasil confirmam que, entre as pessoas com 60 anos e mais, há 2.278.375 de mulheres mais do que homens (IBGE, 2011). Um dos fatores que determinam essa desigualdade é a maior expectativa de vida das mulheres, produzindo mortalidade diferencial por sexo que

prevalece há muito tempo na população brasileira. As mulheres estão morrendo mais tardiamente, por apresentarem comportamentos menos agressivos, menor exposição a riscos durante o trabalho, maior procura por serviços de saúde e atribuição de mais importância às doenças. Há que se considerar, ainda, as condições estruturais e socioeconômicas que influenciam a renda individual, as relações familiares e a saúde dos idosos (BERQUÓ, 1998; PASCHOAL, 2002; NICODEMO, GODÓI, 2010).

Tabela1: Caracterização sociodemográfica de 46 idosos participantes de grupos de promoção da saúde. Goiânia-GO, 2013.

	Grupo				Total	
	G1		G2			
	N	%	n	%	N	%
Faixa etária						
< 80 anos	20	76,9	18	90,0	38	82,6
≥ 80 anos	6	23,1	2	10,0	8	17,4
Sexo						
Feminino	22	84,6	18	90,0	40	87,0
Masculino	4	15,4	2	10,0	6	13,0
Tempo de escolaridade						
≤ 4 anos	18	69,2	4	20,0	22	47,8
> 4 anos	8	30,8	16	80,0	24	52,2
Mora com companheiro						
Sim	11	42,3	05	25,0	16	34,8
Não	15	57,7	15	75,0	30	65,2
Mora com filhos e ou netos						
Não	9	34,6	6	23,6	15	32,6
Sim	17	65,4	14	76,4	31	67,4
Aposentado						
Sim	17	65,4	19	95,0	36	78,3
Não	9	34,6	1	5,0	10	21,7
Renda individual						
> 1 salário mínimo	6	23,1	8	40,0	14	30,5
Até 1 salário mínimo	15	57,7	11	55,0	26	56,5
Sem renda	5	19,2	1	5,0	6	13,0
Contribui nas despesas familiares						
Sim	20	76,9	19	95,0	39	84,9
Não	6	23,1	1	5,0	7	15,2
Quantos contribuem na renda familiar						
Até duas pessoas	26	100,0	15	75,0	41	89,1
Mais de duas pessoas	0	0,0	5	20,0	5	10,9
Renda familiar						
> 1 salário mínimo	15	68,2	17	85,0	32	76,2
Até 1 salário mínimo	7	31,8	3	15	10	23,8

A pouca frequência dos homens às UABSF faz com que as informações relativas a eles sejam ainda menos completas, contribuindo para sua invisibilidade no contexto da atenção primária e, em consequência, maior dificuldade em dar atendimento às suas demandas e necessidades básicas (COUTO *et al.*, 2010). O planejamento de estratégias destinadas a grupos de idosos deve considerar a hegemonia feminina e suas particularidades, mas também estabelecer alternativas de atração aos homens, favorecendo o lazer, a prática de atividade física, a convivência social e a QV (BORGES *et al.*, 2008).

Em relação ao tempo de escolaridade, a diferença entre os dois grupos é expressiva. Enquanto cerca de 2/3 dos sujeitos (65,2%) do G1 informaram ter até 4 anos de escolaridade, no G2 80,0% afirmaram possuir tempo de escolaridade superior a 4 anos. A baixa escolaridade dos idosos também foi característica de idosos em outros estudos (DIAS, 2006; BORGES *et al.*, 2008; CELICH, 2008), provavelmente em consequência da desigualdade nas chances de acesso à educação que, no Brasil, sempre aconteceram e estão no centro das condições de pobreza e dependência que caracterizam a maioria dos idosos do país (CAMARANO, 2006).

Conhecer o nível de escolaridade predominante entre os participantes do grupo possibilita aos coordenadores a seleção e uso de estratégias adequadas ao nível de compreensão de todos, a fim atingir os objetivos propostos.

Outra característica marcante dos idosos pesquisados é que a maioria (57,7% no G1 e 75,0% no G2) deles não mora com um(a) companheiro(a). O fato de não viver com companheiro(a) pode ser incentivo à adesão e permanência no grupo, na busca de reduzir os sentimentos de solidão e isolamento social e de ocupar o tempo que a falta do(a) companheiro(a) deixa ocioso na vida diária. Os coordenadores de grupos para idosos precisam estar atentos a esse aspecto da vida dos participantes, para que sejam oferecidas alternativas para uso útil do seu tempo livre, reduzindo as chances de que eles sintam-se inúteis ou incapazes.

Embora a maioria não viva com um(a) companheiro(a), mais de 2/3 (67,4%) do total de idosos incluídos no estudo moram com filhos e/ou netos, corroborando com os achados de Pereira *et al.* (2003). Esse resultado indica necessidade de proposição de atividades que incluam os demais integrantes da casa e o

envolvimento das famílias nos grupos como forma de melhorar a relação do idoso com seus familiares (BORGES et al., 2008). A família é fundamental na vida e bem estar do idoso, sendo a principal fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. Assim, a atuação dos profissionais de saúde deve ser no sentido de orientar os familiares sobre as necessidades de cuidados dos idosos, suas limitações físicas e cognitivas e como eles podem ajudar a melhorar sua QV (ALVES-SILVA, SCORSOLINI-COMIN, SANTOS, 2013).

Mais de 2/3 do total de idosos (78,3%) são aposentados, mas merece destaque o fato de que, no G1, há nove (34,6%) sujeitos que não são aposentados, enquanto que no G2, esse número se resume a um (5,0%). Apesar do percentual elevado de aposentados, em mais da metade (56,5%) dos casos a renda individual é de até um salário mínimo, havendo seis (13,0%) idosos que informam não ter renda pessoal. Considerando a baixa escolaridade observada entre os sujeitos, especialmente no G1, a baixa renda individual não surpreende, uma vez que, sem terem tido muitas chances de um bom trabalho remunerado durante sua vida produtiva, em função da falta de formação específica, a maioria dos idosos fica refém dos benefícios mínimos de aposentadoria pelas agências oficiais do governo (CAMARANO, 2006).

No que se refere ao número de idosos com renda individual superior a um salário mínimo, observou-se mais diferença entre os dois grupos. Enquanto no G1 apenas 23,1% informaram esse rendimento, no G2 havia 40,0% na mesma situação. Esse aspecto deve ser levado em conta na avaliação da QV de idosos uma vez que, na percepção do idoso, um dos aspectos que contribuem para a melhor QV no envelhecimento é possuir renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano (CELICH, 2008).

Com relação à participação nas despesas familiares, 84,9% dos idosos relataram contribuir financeiramente na renda familiar, apesar de sua baixa renda. A maioria dos idosos (100,0% no G1 e 75,0% no G2) vivia em lares onde a renda familiar era predominantemente superior a um salário mínimo (68,2% no G1 e 85,0% no G2) e contava com a participação de, no máximo, duas pessoas.

Avaliação da Qualidade de Vida

Na primeira questão do WHOQOL-BREF, sobre a avaliação de sua própria QV, a média dos escores obtidos pelos participantes dos dois grupos foi semelhante ($4,0 \pm 0,693$ para o G1 e $4,1 \pm 0,553$ para o G2). Na Tabela 2, observa-se que, nos dois grupos, a maioria dos participantes avaliou sua QV como “boa” e “muito boa”. Entretanto, o escore médio obtido quanto à percepção de sua saúde foi significativamente maior ($p = 0,000$) no G2 ($4,0 \pm 0,775$) do que no G1 ($2,15 \pm 0,881$). Enquanto no G1 46,2% dos idosos estão “insatisfeitos” com sua saúde, no G2, 85% deles estão “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com ela.

Tabela 2. Avaliação da QV e satisfação com a saúde dos 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde. Goiânia-GO, 2013.

	G 1	G 2	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?				0,600
Nem ruim nem boa	6 (23,1)	2 (10,0)	8 (17,4)	
Boa	14 (53,8)	14 (70,0)	28 (60,9)	
Muito boa	6 (23,1)	4 (20,0)	10 (21,7)	
Q2- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?				0,000
Insatisfeito	6 (23,1)	0 (0,0)	6 (13,0)	
Insatisfeito	12 (46,2)	1 (5,0)	13 (28,3)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (23,1)	2 (10,0)	8 (17,4)	
Satisfeito	2 (7,7)	13 (65,0)	15 (32,6)	
Muito satisfeito	0 (0,0)	4 (20,0)	4 (8,7)	

Um aspecto que pode ajudar a compreender a diferença relativa à satisfação dos participantes com sua saúde pode ser o fato de que o G1 foi inicialmente criado para ser um grupo para idosos diabéticos e ou hipertensos e, só posteriormente, foi aberto a outros participantes, portadores ou não dessas patologias, com o objetivo de promover a saúde de idosos. Assim, além de ter mais idosos com idade maior que 79 anos (23,1%), o que por si só já indica maior predisposição a doenças

crônico-degenerativas que podem influenciar em sua percepção sobre a própria saúde, muitos deles já são sabidamente portadores de uma ou mais doenças. Por outro lado, no G2, apenas 10,0% dos participantes tem 80 anos ou mais e o grupo congrega idosos que participam originalmente movidos pelo desejo de fazer exercícios e atividades físicas e não necessariamente por serem portadores de alguma patologia que interfira diretamente em suas atividades diárias ou hábitos de vida.

Qualquer que seja o resultado é importante que ele seja conhecido e considerado pela coordenação dos grupos, para que possa ser trabalhado adequadamente. Os participantes não precisam ficar insatisfeitos com sua saúde exclusivamente pelo fato de se saberem portadores de uma doença, uma vez que a maioria delas pode ser controlada com o diagnóstico e tratamentos indicados, reduzindo ao mínimo sua influência negativa sobre a QV do indivíduo. Da mesma forma, as pessoas não devem demonstrar satisfação com esse aspecto simplesmente por ignorar ser portador de doenças.

Em ambos os casos, por meio de intervenção adequada, é possível aos coordenadores colaborar para o ajuste da percepção do idoso sobre sua situação de saúde. É importante oferecer as informações necessárias aos que já se reconhecem adoecidos para que eles se conscientizem sobre a necessidade de aderir ao tratamento e às medidas de controle de sua(s) patologia(s), de maneira a reduzir sua interferência negativa nos vários aspectos de sua vida.

É igualmente recomendável oferecer a devida orientação àqueles que, ignorando sua condição, deixam de tomar os devidos cuidados com sua saúde. Nesse caso, os coordenadores podem incentivar e esclarecer os participantes quanto à necessidade de fazer avaliação e acompanhamento médicos periódica e regularmente, à medida que a idade avança, devido à grande prevalência de doenças crônicas e degenerativas nos idosos. A instituição de tratamento adequado ajuda não só a melhorar a saúde como prevenir as possíveis complicações. Entretanto, ele só pode ser implementado quando o diagnóstico ocorre em tempo hábil.

De qualquer maneira, uma coordenação referendada e aceita pelos participantes pode exercer papel fundamental no conhecimento dos idosos sobre as

patologias mais frequentes na idade avançada, seu diagnóstico, tratamento e modos de prevenir suas possíveis complicações, contribuindo de forma significativa para que sua condição de saúde seja melhor avaliada pelos idosos do grupo.

Em relação aos quatro domínios do WHOQOL-BREF, os dois grupos não apresentaram escore médio significativamente maior ou menor em nenhum deles. Em números absolutos, os maiores escores médios obtidos foram nos domínios “Relações Sociais” pelo G1 e “Psicológico” pelo G2, e o menor foi no domínio “Meio Ambiente” nos dois grupos.

Na comparação entre os dois grupos, a Tabela 3 mostra que também não houve diferença significativa entre os escores médios obtidos em três dos quatro domínios (Físico, Psicológico e Meio Ambiente). Apenas no domínio Relações Sociais os idosos do G1 obtiveram média significativamente ($p = 0,036$) maior ($75,32 \pm 15,36$) do que os do G2 ($66,25 \pm 12,23$). É interessante destacar que estudo anterior realizado com o grupo G1 (NOGUEIRA, 2012) evidenciou que o desenvolvimento de técnicas de socialização foi um dos fatores terapêuticos mais presentes nos seus encontros. Esse fator está relacionado a conversas, resolução de conflitos, libertação da sua condição de solidão, entre outros (YALOM, LESZCZ, 2006). O destaque do G1 nesse domínio provavelmente se deve ao fato de que o objetivo do grupo é principalmente a socialização dos seus membros, incluindo a prática de atividades de lazer e sociais e promoção de espaço para compartilhamento de experiências de vida, potencializando esse aspecto da vida dos idosos.

Nesse sentido, não surpreende o fato de os participantes do G2 terem obtido menor média nesse domínio, uma vez que seu objetivo principal é a promoção de atividades físicas, como caminhadas e alongamento físico. Logo, nesse grupo, o escore obtido pelos participantes no domínio Relações Sociais pode estar relacionado com convívio grupal em si e não como resultado do investimento dos coordenadores nesse tipo de atividade. Por outro lado, vale lembrar a importância de incentivar e promover situações que promovam o desenvolvimento de habilidades sociais nesse tipo de grupo, uma vez que elas contribuem grandemente para diminuir os sentimentos de solidão, exclusão e isolamento sociais, tão comumente observados entre pessoas na terceira idade.

Tabela 3. Média dos escores obtidos por 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde nos domínios do WHOQOL-BREF, Goiânia-GO, 2013.

Domínios do WHOQOL-BREF (escala de 0 a 100)	Grupo	Média	Sd	p
Físico	G 1	66,76	11,19	0,424
	G 2	63,75	14,11	
Psicológico	G 1	67,95	11,17	0,679
	G 2	69,25	9,60	
Relações sociais	G 1	75,32	15,36	0,036
	G 2	66,25	12,23	
Meio ambiente	G 1	60,22	11,20	0,693
	G 2	61,56	11,65	

Observando as questões incluídas em cada domínio do WHOQOL-BREF separadamente, é possível identificar possíveis efeitos que os grupos de promoção da saúde produzem na QV de seus participantes e que aspectos podem se beneficiar com intervenção dos seus coordenadores.

Em relação às questões que constituem o domínio Físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), mais da metade (54,4%) dos idosos consideram que sua dor física os impede “bastante” e “mais ou menos” de fazer o que precisam. Porém, boa parcela deles (73,9%) necessita apenas “mais ou menos” ou “muito pouco” de algum tratamento médico para levar sua vida diária. A maioria (70,2%) sente que tem “muita” e “média” energia para seu dia-a-dia, é capaz de se locomover “bem” (60,9%), está “satisfeita” (52,2%) com a sua capacidade para desempenhar suas atividades e “satisfeita” (54,3%) com sua capacidade para o trabalho (Tabela 4).

Apenas a satisfação com seu sono e repouso apresentou mais diferença entre os dois grupos (Tabela 3). Embora a diferença no escore médio dos dois grupos desse domínio não seja significativa, a análise isolada dessa questão (Tabela 4) mostra que 26,9% dos participantes do G1 estavam “muito satisfeitos” com seu sono, enquanto no G2 45,0% deles estavam “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos”.

Tabela 4. Distribuição dos 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Físico do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q3- Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?			
Bastante	2 (7,7)	2 (10,0)	4 (8,7)
Mais ou menos	13 (50,0)	8 (40,0)	21 (45,7)
Muito pouco	6 (23,1)	7 (35,0)	13 (28,3)
Nada	5 (19,2)	3 (15,0)	8 (17,4)
Q4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?			
Extremamente	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)
Bastante	5 (19,2)	5 (25,0)	10 (21,7)
Mais ou menos	14 (53,8)	6 (30,0)	20 (43,5)
Muito pouco	6 (23,1)	8 (40,0)	14 (30,4)
Q10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?			
Completamente	5 (19,2)	3 (15,0)	8 (17,4)
Muito	9 (34,6)	9 (45,0)	18 (39,8)
Médio	12 (30,8)	6 (30,0)	14 (30,4)
Muito pouco	0 (0,0)	2 (10,0)	6 (13,0)
Q15- Quão bem você é capaz de se locomover?			
Muito bom	7 (26,9)	3 (15,0)	10 (21,7)
Bom	15 (57,7)	13 (65,0)	28 (60,9)
Nem ruim nem bom	4 (15,4)	3 (15,0)	7 (15,2)
Ruim	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,2)
Q16- Quão satisfeito você está com o seu sono?			
Muito satisfeito	7 (26,9)	4 (20,0)	10 (23,9)
Satisfeito	5 (19,2)	4 (20,0)	9 (19,6)
Nem satisfeito nem insatisfeito	9 (3,6)	3 (15,0)	12 (26,1)
Insatisfeito	4 (15,4)	7 (35,0)	11 (23,9)
Muito insatisfeito	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,5)
Q17- Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades?			
Muito satisfeito	9 (34,6)	2 (10,0)	11 (23,9)
Satisfeito	10 (38,5)	14 (70,0)	21 (52,2)
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (26,9)	4 (20,0)	11 (23,9)
Q18- Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?			
Muito satisfeito	6 (23,1)	2 (10,0)	8 (17,4)
Satisfeito	13 (50,0)	12 (60,0)	25 (54,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (23,1)	5 (25,0)	11 (23,9)
Insatisfeito	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)

Assim, em relação aos aspectos que compõem o domínio Físico, os coordenadores dos dois grupos precisam atentar para as questões relativas à dor física que impede ou atrapalha metade ou mais dos idosos de fazer as atividades que precisam. Além disso, a assessoria médica ou de outro profissional qualificado para tanto poderia ajudar a identificar formas de lidar com a média ou pouca energia de mais de 40,0% dos idosos para o seu dia-a-dia, de modo que eles tenham mais disposição, tanto para as atividades do grupo como para suas atividades domésticas e pessoais. Os idosos não apontaram dificuldades relacionadas à sua locomoção, requerendo apenas o acompanhamento dessa necessidade por parte da sua coordenação, a fim de mantê-los satisfeitos com esse aspecto de suas vidas.

A questão do sono deve ser trabalhada pelos coordenadores, considerando que os distúrbios do sono são comuns nessa faixa etária e podem afetar sua vida diária, interferindo significativamente em sua QV (MARIN *et al.*, 2008). Para tanto, é importante contar com o apoio de profissionais especializados para a proposição de estratégias que favorecem o sono e repouso, tais como evitar a ingestão de bebidas ricas em álcool, cafeína e cola (QUINHONES, GOMES, 2011), reformulação de alguns hábitos de vida e até mesmo de lazer e a prática regular de atividades físicas, entre outros. Outras informações que podem ajudá-los a melhorar sua qualidade de sono são o estabelecimento de rotina para dormir, uso de técnicas de relaxamento, banhos mornos antes de deitar-se, refeição mais leve antes de ir para a cama e evitar o uso de medicação que promova a diurese no período noturno. São similarmente valiosas as orientações quanto ao ambiente onde os idosos dormem, que deve ser seguro, tranquilo e minimamente confortável, com adequadas iluminação e ventilação, sem ruídos desnecessários ou desagradáveis.

A Tabela 5 apresenta a percepção dos idosos que integram os dois grupos em relação as seis facetas que compõem o domínio Psicológico. De modo geral, mais da metade (56,5%) considera que aproveita “bastante” ou “extremamente” sua vida e que sua vida tem sentido (76,1%) o “bastante” ou “extremamente”. Quase todos (91,1%) consideram que sua capacidade de se concentrar varia de “mais ou menos” a “extremamente” e são capazes de aceitar sua aparência física com intensidade de “média” a “completamente” (95,7%), estando “satisfeitos” e “muito satisfeitos” consigo mesmos (80,5%). Também foi grande o percentual de idosos que referiu ter sentimentos negativos apenas “algumas vezes” e “nunca” (73,9%).

Tabela 5. Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Psicológico do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q5- O quanto você aproveita a vida			
Extremamente	0 (0,0)	2 (10,0)	2 (4,3)
Bastante	14 (53,8)	10 (50,0)	24 (52,2)
Mais ou menos	10 (38,5)	5 (25,0)	15 (32,6)
Muito pouco	2 (7,7)	3 (15,0)	5 (10,9)
Q6- Em que medida você acha que sua vida tem sentido?			
Extremamente	6 (23,1)	5 (25,0)	11 (23,9)
Bastante	12 (46,2)	12 (60,0)	24 (52,2)
Mais ou menos	6 (23,1)	3 (15,0)	9 (19,6)
Muito pouco	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Q7- O quanto você consegue se concentrar?			
Extremamente	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (6,7)
Bastante	13 (50,0)	6 (30,0)	19 (42,2)
Mais ou menos	11 (42,3)	8 (40,0)	19 (42,2)
Muito pouco	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,7)
Nada	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Q11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?			
Completamente	9 (34,6)	3 (15,0)	12 (26,1)
Muito	5 (19,2)	7 (35,0)	12 (26,1)
Médio	12 (46,2)	8 (40,0)	20 (43,5)
Muito pouco	0 (0,0)	2(10,0)	2 (4,3)
Q19- Quão satisfeito você está consigo mesmo?			
Muito satisfeito	9 (34,6)	4 (20,0)	13 (28,3)
Satisfeito	12 (46,2)	12 (60,0)	24 (52,2)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (15,4)	4 (20,0)	8 (17,4)
Insatisfeito	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Q26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			
Sempre	3 (11,5)	0 (0,0)	5 (6,5)
Muito frequentemente	2 (7,7)	1 (5,0)	3 (6,5)
Frequentemente	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)
Algumas vezes	12 (46,2)	13 (65,0)	25 (54,3)
Nunca	6 (23,1)	3 (15,0)	9 (19,6)

O que merece ser tomado em conta pelos coordenadores dos grupos quanto ao domínio Psicológico é o alto percentual de idosos insatisfeitos com o quanto aproveitam a vida (43,5%), com o sentido de sua vida (23,9%), com sua aparência física (47,8%), consigo mesmo (19,6%) e o fato de 26,0% deles terem sentimentos

negativos “frequentemente”, “muito frequentemente” e “sempre”. Analisados em conjunto, esses aspectos parecem remeter a um quadro de insatisfação geral, talvez até de depressão, doença comum em idosos, que frequentemente fica sem diagnóstico e tratamento e precisa receber atenção de profissionais especializados, por ser causa de sofrimento emocional e diminuição da QV (OLIVEIRA, GOMES, OLIVEIRA, 2006; MAIA, DURANTE, RAMOS, 2013).

Embora sejam aspectos da QV observados no domínio Psicológico, há evidências de que os sintomas depressivos e de ansiedade podem ser reduzidos pela prática regular de atividades físicas. Um programa regular de exercícios pode, ainda, melhorar significativamente as habilidades cognitivas da pessoa, contribuindo para melhorar sua autoestima e sensação de bem estar. Portanto, esse é um cuidado que pode ser proporcionado pelos grupos de promoção da saúde para idosos, desde que possam contar com o apoio de profissionais da área que ofereçam atividades adequadas à faixa etária e com os cuidados necessários (MAIA, DURANTE, RAMOS, 2013).

No domínio Relações Sociais, onde os idosos do G1 apresentaram escore médio significativamente ($p = 0,036$) maior que os do G2, as facetas incluem as relações pessoais, o suporte social e a atividade sexual (Tabela 6). A satisfação com a vida sexual foi a que mais influenciou nessa diferença entre os grupos, uma vez que, enquanto 61,6% dos idosos do G1 se consideram “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com sua vida sexual, 70,0% dos participantes do G2 afirmaram estar “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos” com esse aspecto.

Considerando que a maioria dos participantes do G1 é portador de hipertensão e ou diabetes e que muitos dos medicamentos usados no tratamento das duas doenças podem interferir na libido e ou potência sexual, pode ser que esses idosos não sintam falta da atividade sexual a ponto de se considerarem insatisfeitos com isso.

Porém, a sexualidade na velhice ainda é tema pouco estudado e o melhor conhecimento a esse respeito poderá ajudar os gestores no planejamento de ações nas questões ligadas à saúde e à sexualidade no âmbito da atenção básica, bem como aos profissionais de saúde que atendem a clientela idosa a refletir sobre seus conceitos e práticas, contribuindo para a aceitação da sexualidade dos idosos

(SILVA *et al.*, 2012). Entendendo a sexualidade dos idosos, os profissionais de saúde que atendem idosos poderão incluir nas atividades de educação em saúde não só as possibilidades e alternativas de satisfação sexual, como também as questões sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na terceira idade, frequentemente omitidas quando se trata de usuários idosos (BATISTA *et al.*, 2011).

Tabela 6. Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas apresentadas nas questões incluídas no domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q20- Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?			
Muito satisfeito	10 (38,5)	12 (80,0)	22 (47,8)
Satisfeito	13 (50,0)	8 (40,0)	11 (45,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (11,5)	(0,0)	3 (6,5)
Q21- Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?			
Muito satisfeito	4 (15,4)	1 (5,0)	5 (10,9)
Satisfeito	12 (46,2)	0 (0,0)	12 (26,1)
Nem satisfeito nem insatisfeito	5 (19,2)	5 (25,0)	10 (21,7)
Insatisfeito	3 (11,5)	9 (45,0)	12 (26,1)
Muito insatisfeito	2 (7,7)	5 (25,0)	7 (15,2)
Q22- Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?			
Muito satisfeito	11 (42,3)	6 (30,0)	17 (37,0)
Satisfeito	13 (50,0)	12 (60,0)	25 (54,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,5)
Muito insatisfeito	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)

No domínio Meio Ambiente, todas as oito perguntas apresentaram escores médios semelhantes entre os dois grupos (Tabela 7). Mais de 60% dos idosos se sentem “bastante” ou “extremamente” seguros em sua vida diária, mas merece atenção por parte dos coordenadores de grupos para idosos o fato de que uma proporção considerável dos membros do G1 (46,1%) e do G2 (30,0%) sente-se “muito pouco” e “mais ou menos” seguro em sua vida. Esse aspecto pode estar

relacionado a diferentes fatores, dentre os quais incluem-se as prováveis limitações físicas impostas pela própria idade (perda de força física, vitalidade e diminuição da coordenação corporal) e muitas vezes potencializadas por doenças comuns aos idosos e os baixos rendimentos pessoais e familiares que dificultam o acesso a serviços e facilidades que poderiam minimizar as barreiras físicas e mesmo ambientais para oferecer mais segurança no lar e na comunidade, entre outros.

Tabela 7. Distribuição de idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões do domínio Meio Ambiente do WHOQOL-BREF. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Q8- Quão seguro você se sente em sua vida diária?			
Extremamente	2 (7,7)	1 (5,0)	3 (6,5)
Bastante	12 (46,2)	13 (75,0)	25 (54,3)
Mais ou menos	11 (42,3)	4 (20,0)	15 (32,6)
Muito pouco	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,5)
Q9- Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?			
Extremamente	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (6,5)
Bastante	11 (42,3)	9 (45,0)	20 (43,5)
Mais ou menos	10 (38,5)	5 (25,0)	15 (32,6)
Muito pouco	4 (15,4)	3 (15,0)	7 (15,2)
Nada	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Q12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?			
Completamente	3 (11,5)	6 (30,0)	9 (19,6)
Muito	2 (7,7)	6 (30,0)	8 (17,4)
Médio	12 (46,2)	7 (35,0)	19 (41,3)
Muito pouco	7 (26,9)	1 (5,0)	8 (17,4)
Nada	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Q13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa para o seu dia-a-dia?			
Completamente	3 (11,5)	4 (20,0)	3 (6,5)
Muito	6 (23,1)	7 (35,0)	13 (28,5)
Médio	13 (50,0)	7 (35,0)	22 (47,8)
Muito pouco	2 (7,7)	2 (10,0)	5 (10,9)
Nada	2 (7,7)	0 (0,0)	3 (6,5)
Q14- Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?			
Completamente	2 (7,7)	4 (20,0)	6 (13,0)
Muito	6 (23,1)	7 (35,0)	15 (32,6)

Questões	G1	G2	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Médio	14 (53,8)	7 (35,0)	21 (45,7)
Muito pouco	2 (7,7)	2 (10,0)	4 (8,7)
Q23- Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?			
Muito satisfeito	8 (30,8)	5 (25,0)	13 (28,3)
Satisfeito	9 (34,6)	7 (35,0)	16 (34,8)
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (26,9)	3 (15,0)	10 (21,7)
Insatisfeito	1 (3,8)	5 (25,0)	6 (13,0)
Muito insatisfeito	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Q24- Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?			
Muito satisfeito	4 (15,4)	2 (10,0)	6 (13,0)
Satisfeito	16 (61,5)	7 (35,0)	26 (50,0)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (7,7)	6 (30,0)	8 (17,4)
Insatisfeito	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)
Muito insatisfeito	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,5)
Q25- Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?			
Muito satisfeito	4 (15,4)	1 (5,0)	5 (10,9)
Satisfeito	14 (53,8)	7 (35,0)	21 (45,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	0 (0,0)	7 (35,0)	7 (15,2)
Insatisfeito	5 (19,2)	2 (10,0)	7 (15,2)
Muito insatisfeito	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)

À medida em que vão perdendo gradativamente sua capacidade de adaptação, os idosos vão se tornando mais sensíveis aos aspectos relacionados ao meio ambiente, exigindo cuidados não só dos familiares como também dos profissionais de saúde envolvidos com a saúde dos idosos. É preciso estimular o idoso a praticar sua independência e autocuidado e, caso isso não seja possível, garantir que suas necessidades sejam atendidas (ROSANETO *et al.*, 2005).

A interação harmoniosa com o ambiente é fundamental para o bem estar na velhice; entretanto, o que se observa na maioria das cidades brasileiras é que elas foram projetadas para uma população jovem, sem qualquer dificuldade de locomoção ou com a mobilidade mantida. As calçadas quase sempre são irregulares, com buracos, degraus e árvores atrapalhando a passagem de pedestres e dificultando mais ainda o acesso a serviços como drogarias, postos de saúde,

supermercados e áreas de lazer. Mesmo assim, metade dos idosos estudados considera seu ambiente físico “bastante” ou “extremamente” saudável.

Destaca-se aqui a diferença na opinião dos participantes dos dois grupos em relação a ter dinheiro suficiente para suas necessidades. Enquanto 80,8% dos participantes do G1 afirmaram ter “médio”, “muito pouco” e “nada”, 95,0% dos idosos do G2 informam tê-lo de “médio” a “completamente”. Sobre esse aspecto, vale lembrar que, na percepção do idoso, ter renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano é um dos aspectos que contribuem para a melhor QV no envelhecimento (CELICH *et al.*, 2010).

A maioria dos integrantes dos dois grupos consideraram que as informações necessárias para o seu dia-a-dia estão de “médio” a “completamente” disponíveis (82,8%), assim como as oportunidades de lazer (91,3%) e estão “satisfeitos” e “muito satisfeitos” (63,1%) com as condições do local onde moram. Entretanto, os coordenadores precisam considerar que 65,4% dos membros do G1 e 45,0% dos do G2 consideram que as informações necessárias estão disponíveis apenas “médio”, “muito pouco” e “nada”. Nesse sentido, há muito a ser feito para melhorar o acesso e compreensão dessas informações pelos idosos, especialmente as relacionadas aos cuidados com sua saúde física e mental, objetivo principal dos grupos de promoção da saúde. É importante ouvir a opinião desses usuários sobre que informações eles consideram mais importantes ou desejam e a melhor forma de disponibilizá-las para que eles tenham acesso a elas quando precisarem.

De maneira semelhante, como 61,5% dos integrantes do G1 e 45,0% dos do G2 consideram ter “médio” e “muito poucas” atividades de lazer disponíveis, a coordenação dos grupos tem papel fundamental no oferecimento de mais atividades de lazer compatíveis com os interesses e capacidades dos idosos.

Outra faceta incluída nesse domínio é a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, uma vez que limitação física e dificuldade de locomoção são comuns nessa população. Na Tabela 7, observa-se que os participantes do G1 estão mais satisfeitos com esse aspecto (76,9% “satisfeitos” e “muito satisfeitos”) do que os do G2 (55,0% de “muito insatisfeitos” a “nem satisfeito nem insatisfeito”). Esses dados indicam que podem ser necessárias mudanças no esquema dos serviços de saúde oferecidos para os idosos que frequentam o G2. Para tanto, é necessário conhecimento sobre os aspectos que estão gerando a insatisfação dos

idosos e o replanejamento das atividades e serviços, usando o potencial do serviço e dos profissionais para melhorar a disponibilidade dos serviços e o acesso dos idosos aos que eles consideram necessários.

Mais de dois terços dos participantes do G1 (69,2%) também se mostraram “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com seu meio de transporte, enquanto 60,0% dos idosos do G2 referiram estar de “muito insatisfeitos” a “nem satisfeito nem insatisfeito”. Considerando que os dois grupos funcionam em locais diferentes na cidade, essa diferença pode estar relacionada com os serviços de transporte público oferecidos no setor pelas empresas responsáveis. Quanto a isso, a gestão pode ser apenas no sentido de reivindicar as melhorias necessárias junto a esses órgãos.

A Tabela 8 mostra que houve diferença significativa entre os dois grupos em três das seis facetas do WHOQOL-OLD (funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer). O escore médio obtido pelos participantes do G1 nas facetas “Funcionamento do sensório” (70,0) e “Morte e morrer” (56,73) foi maior que o dos idosos do G2 (55,31 e 44,06, respectivamente), enquanto os do G2 atingiram maior média de escore na faceta “Autonomia” (66,88 no G2 e 58,41 no G1).

Tabela 8. Média dos escores obtidos por 46 idosos participantes dos grupos de promoção da saúde nos domínios do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Domínios do WHOQOL-OLD (escala de 0 a 100)	Grupo	Média	Sd	p
Funcionamento do sensório	G 1	70,00	18,13	0,005
	G 2	55,31	14,66	
Autonomia	G 1	58,41	14,89	0,031
	G 2	66,88	9,31	
Atividades passadas, presentes e futuras	G 1	69,71	11,68	0,914
	G 2	69,38	8,34	
Participação social	G 1	72,36	11,20	0,128
	G 2	66,25	15,20	
Morte e morrer	G 1	56,73	19,52	0,023
	G 2	44,06	16,03	
Intimidade	G 1	67,31	20,33	0,135
	G 2	59,06	17,26	
Escore total	G 1	66,13	8,25	0,013
	G 2	60,16	6,98	

Na faceta Funcionamento do Sensório (Tabela 9), os idosos dos dois grupos consideram que as perdas nos sentidos afetam “bastante” e “mais ou menos” sua vida diária (65,4% no G1 e 65,0% no G2). Da mesma forma, não houve muita diferença entre os dois grupos no tocante à avaliação que eles fazem do funcionamento de seus sentidos, considerada “boa” e “muito boa” por 59,0% dos participantes do G1 e 50,0% dos do G2.

Entretanto, as respostas às outras duas perguntas dessa faceta (questões 2 e 10) foram marcadamente diferentes entre os dois grupos. Enquanto no G1 apenas 26,9% dos idosos consideram que sua capacidade de participação em atividades é “bastante” e “mais ou menos” afetada pela perda nos sentidos, no G2 esse percentual foi de 75,0%. A discrepância repetiu-se com relação à interferência da perda nos sentidos sobre sua capacidade de interagir com outras pessoas, que foi “média” e “muita” para 32,0% dos idosos do G1, enquanto no G2 esse percentual mais que dobrou (70,0%).

As respostas a esses dois itens indicam que, para muitos idosos, a perda nos sentidos consequente à idade avançada nem sempre exerce influência significativa sobre sua capacidade de participar em diferentes atividades e de interagir com as pessoas. Esse resultado sugere que tais pessoas lidam com a redução em seus sentidos como algo natural e com o que eles conseguem conviver sem sentir tanto seus efeitos. Nesse sentido, parece que os idosos do G1 convivem melhor com as limitações impostas pelo envelhecimento e perda nos sentidos.

Considerando que a diminuição na acuidade auditiva, visual, gustativa, olfativa e tátil é comum nessa fase da vida e tida como um processo natural no envelhecimento, mas que pode dificultar ou mesmo impedir a participação do idoso no grupo, é recomendável que os coordenadores de grupos para idosos façam um levantamento prévio das limitações sensoriais dos participantes, de modo que as atividades sejam planejadas de maneira a não excluir alguém exclusivamente por ela não ter a habilidade sensorial necessária para participar.

A proposição de atividades para grupos de idosos precisam considerar as diferentes incapacidades ou redução nas habilidades sensoriais, bem como seus variados graus. No G2, por exemplo, onde as principais atividades desenvolvidas são exercícios físicos, os déficits motor, auditivo e visual devem ser levados em

conta, especialmente quando associados a barreiras do meio ambiente, como irregularidades das calçadas, sinalização de trânsito mal conservada ou inexistente, ausência de rampas alternativas a degraus, iluminação inadequada e outras, pelo aumento no risco de quedas (MENEZES, BACHION, 2008).

Tabela 9. Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde, quanto às respostas das questões da faceta Funcionamento do Sensório do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q01- Até que ponto as perdas nos seus sentidos (visão, audição, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária?			
Bastante	6 (23,1)	3 (15,0)	9 (19,6)
Mais ou menos	11 (42,3)	10 (50,0)	21 (45,7)
Muito pouco	4 (15,4)	7 (35,0)	11 (23,9)
Nada	5 (19,2)	0 (0,0)	5 (10,9)
Q02- Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?			
Bastante	4 (15,4)	6 (30,0)	10 (21,7)
Mais ou menos	3 (11,5)	9 (45,0)	12 (26,1)
Muito pouco	2 (7,7)	5 (25,0)	7 (15,2)
Nada	17 (65,4)	0 (0,0)	17 (37,0)
Q10- Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?			
Muito	2 (8,0)	3 (15,0)	5 (11,0)
Médio	6 (24,0)	11 (55,0)	17 (37,8)
Muito pouco	3 (12,0)	4 (20,0)	7 (15,6)
Nada	14 (56,0)	2 (10,0)	16 (35,6)
Q20- Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?			
Muito boa	4 (15,4)	0 (0,0)	4 (4,3)
Boa	9 (43,6)	10 (50,0)	19 (41,3)
Nem ruim nem boa	9 (34,6)	9 (45,0)	18 (39,1)
Ruim	3 (11,5)	1 (5,0)	4 (4,3)
Muito ruim	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)

Mesmo atividades restritas a recintos fechados, mas que exigem destreza manual e ou acuidade visual (bordar, costurar, pintar, desenhar, cozinhar, cortar etc.) devem ser planejadas prevendo as adaptações e substituições necessárias para evitar tanto o constrangimento das pessoas que não conseguem realizá-las, como sua exposição desnecessária a riscos variados.

A Tabela 10 mostra as respostas dos idosos aos itens que compõem a faceta Autonomia. Nos dois grupos, a maior parte dos idosos (65,4% no G1 e 95,0% no G2) sente bastante e extrema liberdade de tomar as próprias decisões (questão 3). A diferença também não foi tão grande quanto ao sentimento de controle sobre seu futuro (questão 4), que 84,6% dos participantes do G1 e 75,0% dos do G2 afirmaram ser de “mais ou menos” a “extremamente”. Porém, os coordenadores do G1 precisam atentar para o fato de 34,6% dos idosos do G1 afirmarem ter média ou pouca liberdade para tomar as próprias decisões. Nesse aspecto, há diferentes questões envolvidas, indo desde independência ou suficiência financeira do idoso até sua capacidade para gerir seus rendimentos e para o autocuidado. Quando o idoso depende de outras pessoas para se manter, seja para pagamento de suas despesas pessoais ou para o atendimento de suas necessidades básicas do dia a dia, sua autonomia para tomar as próprias decisões geralmente fica prejudicada.

Nessa faceta, as principais diferenças foram observadas nas respostas às questões relativas à percepção dos idosos quanto ao respeito de sua liberdade por outras pessoas (questão 5) e ao quanto eles conseguem fazer o que gostariam de fazer (questão 11). Contrastando com 19,2% (cinco idosos) dos participantes do G1, apenas um participante (5,0%) do G2 considerou que as pessoas ao seu redor respeitam “muito pouco” e “nada” a sua liberdade.

Uma das possíveis explicações para esse resultado pode estar no perfil dos participantes dos dois grupos, apontando que, no G2, 80,0% dos idosos possuem mais de quatro anos de escolaridade, 95,0% são aposentados e contribuem com a renda familiar, que é superior a um salário mínimo em 85,0% dos casos. Juntas, essas variáveis podem proporcionar um sentimento de maior controle sobre as próprias decisões e fazer com que sua liberdade seja mais respeitada pelas pessoas à sua volta, além de lhes permitir fazer as coisas que ele realmente gostaria de fazer. Nesse contexto, não surpreende o fato de os integrantes do G2 terem obtido maior escore médio na faceta Autonomia.

Tabela 10. Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Autonomia do WHOQOL-OLD. Goiânia, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q3- Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?			
Extremamente	6 (23,1)	3 (15,0)	9 (19,6)
Bastante	11 (42,3)	16 (80,0)	27 (58,7)
Mais ou menos	7 (26,9)	1 (5,0)	8 (17,4)
Muito pouco	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Q4- Até que ponto você sente que controla o seu futuro?			
Extremamente	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,2)
Bastante	6 (23,1)	5 (25,0)	11 (23,9)
Mais ou menos	16 (61,5)	9 (45,0)	25 (54,3)
Muito pouco	3 (11,5)	4 (20,0)	7 (15,2)
Nada	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)
Q5- O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?			
Extremamente	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)
Bastante	12 (46,2)	13 (65,0)	25 (54,3)
Mais ou menos	6 (23,1)	3 (15,00)	9 (19,6)
Muito pouco	2 (7,7)	1 (5,0)	3 (6,5)
Nada	3 (11,5)	0 (0,0)	3 (6,5)
Q11- Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?			
Completamente	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Muito	7 (26,9)	14 (70,0)	21 (45,7)
Médio	12 (46,2)	5 (25,0)	17 (37,0)
Muito pouco	6 (23,1)	1 (5,0)	7 (15,2)
Nada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Considerando que não há muito a ser feito pela coordenação dos grupos em relação às variáveis sociodemográficas dos participantes, a principal recomendação é não perder de vista o comportamento dos idosos e procurar trabalhar, na medida do possível e com a ajuda de profissionais qualificados, aqueles aspectos que mais chamarem a atenção e que podem contribuir para melhorar o sentimento de autonomia sobre a própria vida dessas pessoas.

A frequência das respostas dos idosos às questões que compõem a faceta

Atividades Passadas, Presentes e Futuras está apresentada na Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q12- Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?			
Completamente	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)
Muito	12 (46,2)	16 (80,0)	28 (60,9)
Médio	10 (38,5)	3 (15,0)	13 (28,3)
Muito pouco	3 (11,5)	0 (0,0)	3 (6,5)
Q13- O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?			
Completamente	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)
Muito	13 (50,0)	9 (45,0)	22 (47,8)
Médio	9 (34,6)	7 (35,0)	16 (34,5)
Mais ou menos	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)
Q15- Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?			
Muito satisfeito	9 (34,6)	3 (15,0)	12 (26,2)
Satisfeito	13 (50,0)	14 (70,0)	27 (58,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (11,5)	2 (10,0)	5 (10,9)
Insatisfeito	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Muito insatisfeito	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,2)
Q19- Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?			
Muito feliz	8 (30,8)	1 (5,0)	9 (19,6)
Feliz	13 (50,0)	16 (80,0)	29 (63,0)
Nem feliz nem infeliz	5 (19,2)	3 (15,0)	8 (17,4)

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras e as quatro perguntas que a compõem tiveram frequência de respostas aproximadas entre os grupos. A maior diferença foi observada nas respostas à questão 12, sobre quão satisfeitos eles estavam com as oportunidades para novas realizações em suas vidas. Enquanto 85,0% dos idosos do G2 se sentiam “muito” e “completamente” satisfeitos, no G1 esse número foi de 50,0%, estando a outra metade “médio” e “muito pouco” satisfeita, indicando que muitos deles não têm muita perspectiva de futuras

realizações em sua vida. Esse aspecto pode ser trabalhado pela coordenação dos grupos para idosos, especialmente nas comunidades onde prevalecem o menor tempo de escolaridade e mais baixas rendas, ajudando-os a encontrar novas formas de realização pessoal e a lidar melhor com as limitações nesse sentido impostas pela idade avançada.

Em ambos os grupos, cerca de metade dos participantes sentia ter recebido o reconhecimento que merece na vida, mais de 80,0% sentiam-se “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com o que haviam alcançado na vida e estavam “felizes” e “muito felizes” com o que podiam esperar da vida. Quanto a receber o reconhecimento que merece, o que pode ser feito pela coordenação parece estar restrito a ajudar aqueles que mais se ressentem disso a lidar melhor com o fato, de maneira que ele produza o menor sofrimento possível e, assim, influencie menos negativamente em sua qualidade de vida. Da mesma forma, algumas atividades podem ser propostas visando despertar ou reforçar o sentimento de satisfação com o que já haviam realizado na vida, ajudando os idosos a identificar e reconhecer seus feitos positivos e a aceitar o fato de que se não haviam alcançado algo que queriam, certamente não tinha sido por falta de esforço pessoal, mas por fatores ligados à própria existência, onde não importa o quanto se tente, nem tudo pode ser conseguido.

Na maioria das questões da faceta Participação Social (Tabela 12), o número de respostas em cada alternativa foi semelhante nos dois grupos, com predomínio de respostas variando entre médio e muito satisfeito. No G1, 88,4% dos participantes sentem que têm “médio”, “muito” e “completamente” o suficiente para fazer em cada dia (questão 14) e, no G2, esse percentual atingiu os 100,0%. Os participantes estão “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, “satisfeitos” e “muito satisfeitos” tanto com a maneira com a qual usam o tempo (questão 16, com 96,2% no G1 e 75,0% no G2), como com seu nível de atividade (questão 17, com 96,1% no G1 e 55,0% no G2) e com as oportunidades que têm para participar de atividades da comunidade (questão 18, com 96,0% no G1 e 75,0% no G2). Entretanto, no G2 45,0% de participantes estão “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos” com seu nível de atividade e 25,0% “insatisfeitos” com as oportunidades para participar de atividades da comunidade. Para os coordenadores desse grupo, esse resultado indica a necessidade de maior investimento na proposição de atividades especificamente

dirigida a idosos, de maneira a ocupar seu tempo e incentivar sua participação em acontecimentos sociais.

Tabela 12. Distribuição de 46 idosos participantes de dois grupos de promoção à saúde quanto às respostas das questões da faceta Participação social do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q14- Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?			
Completamente	1 (3,8)	4 (20,0)	5 (10,9)
Muito	7 (26,9)	9 (45,0)	16 (34,8)
Médio	15 (57,7)	7 (35,0)	22 (47,8)
Muito pouco	3 (11,6)	0 (0,0)	3 (6,5)
Q16- Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?			
Muito satisfeito	5 (19,2)	2 (10,0)	7 (15,2)
Satisfeito	16 (61,5)	9 (45,0)	25 (54,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (15,4)	4 (20,0)	8 (17,4)
Insatisfeito	0 (0,0)	5 (25,0)	5 (10,9)
Muito insatisfeito	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Q17- Quão satisfeito você está satisfeito com o seu nível de atividade?			
Muito satisfeito	11 (42,3)	6 (30,0)	17 (37,0)
Satisfeito	13 (50,0)	0 (0,0)	13 (28,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	1 (3,8)	5 (25,0)	6 (13,0)
Insatisfeito	1 (3,8)	8 (40,0)	9 (19,6)
Muito insatisfeito	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,2)
Q18- Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?			
Muito satisfeito	7 (26,9)	15 (75,0)	22 (47,8)
Satisfeito	16 (61,5)	0 (0,0)	16 (34,8)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Insatisfeito	1 (3,8)	5 (25,0)	6 (13,0)

Na faceta Morte e Morrer (Tabela 13), onde os participantes do G1 alcançaram escore médio significativamente ($p=0,023$) maior que os do G2 (56,73 e 44,06, respectivamente), a maior diferença na frequência de respostas foi observada nas questões 6, 7 e 8. Enquanto metade dos idosos do G1 estava “nada”

preocupada com a maneira pela qual irá morrer (questão 6), no G2 60,0% deles estavam “mais ou menos”, “bastante” e “extremamente” preocupados com isso. Entretanto, metade dos participantes do G1 e apenas 20,0% dos do G2 tinham “muito pouco” e “nada” de medo de não poder controlar sua própria morte e 53,0% no G1 e 75,0% no G2 tinham “mais ou menos” e “bastante” medo de morrer.

Tabela 13. Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Morte e Morrer do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q6- Quão preocupado você esta com a maneira pela qual irá morrer?			
Extremamente	1 (3,8)	1 (5,0)	2 (4,3)
Bastante	7 (26,9)	3 (15,0)	10 (21,7)
Mais ou menos	5 (19,2)	8 (40,0)	13 (28,3)
Muito pouco	0 (0,0)	7 (35,0)	7 (15,2)
Nada	13 (50,0)	1 (5,0)	14 (30,4)
Q7- O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?			
Extremamente	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (2,2)
Bastante	7 (26,9)	9 (45,0)	16 (34,8)
Mais ou menos	5 (19,2)	7 (35,0)	12 (26,1)
Muito pouco	3 (11,5)	4 (20,0)	7 (15,4)
Nada	10 (38,5)	0 (0,0)	10 (21,7)
Q8- O quanto você tem medo de morrer?			
Bastante	11 (42,3)	9 (45,0)	20 (43,5)
Mais ou menos	2 (7,7)	6 (30,0)	8 (10,9)
Muito pouco	1 (3,8)	4 (20,0)	5 (17,4)
Nada	12 (46,5)	1 (5,0)	13 (28,3)
Q9- O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?			
Extremamente	2 (7,7)	4 (20,0)	6 (13,0)
Bastante	17 (65,4)	10 (50,0)	27 (58,7)
Mais ou menos	5 (19,2)	3 (15,0)	8 (17,4)
Muito pouco	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (6,5)
Nada	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)

Esses resultados confirmam o mito envolvido na questão da finitude humana e do processo de morrer para a população em geral e que parece se acentuar à medida em que a idade avança, pela certeza da sua proximidade. Mais ainda, que o medo é principalmente relacionado à possibilidade de sofrimento e dor antecedendo a morte e da dependência física e psíquica (CÓTICA, 2011).

Vale lembrar que os objetivos e tipo de atividades oferecidas aos integrantes do G1 são mais direcionados para a promoção da saúde e socialização e, provavelmente eles já tinham tido mais oportunidades de conversar sobre isso com profissionais habilitados para ajudá-los no enfrentamento da própria morte. É possível que as orientações e esclarecimentos recebidos tenham influenciado positivamente a percepção dos idosos em relação à forma como irão morrer.

Os idosos do G1 têm menos medo de morrer, estão menos preocupados com a maneira pela qual irão morrer e tem menos medo de não poder controlar a sua morte, quando comparados aos idosos do G2. Neste sentido, há a necessidade de abordagem do tema “morte” para que os idosos tenham mais contato com este assunto e possam ter seus medos superados.

A Tabela 14 apresenta as frequências de respostas dos idosos do G1 e G2 às questões incluídas na faceta Intimidade mostrando que, embora a diferença entre os dois grupos não tenha sido estatisticamente significativa, os participantes do G1 apresentaram maior frequência de respostas nos dois níveis de intensidade mais altos. Observa-se que 59,4% dos idosos do G1 e 35,0% do G2 afirmaram ter sentimento de companheirismo entre “bastante” e “extremamente”, 88,5% do G1 e 65,0% do G2 sentiam “bastante” e “extremamente” amor em sua vida, 73,1% do G1 e 60,0% do G2 tinham “muita” e “completamente” oportunidade para amar e 53,8% do G1 e 45,0% do G2 sentiam ter “muita” e “completamente” oportunidade para ser amado.

O que chama a atenção nesses resultados é o fato de a maioria dos participantes do G1, onde as atividades oferecidas, além das educativas, são preponderantemente as de socialização apresentar as alternativas de maior intensidade como respostas às quatro questões. Merece destaque o fato de que, embora estejam incluídas na faceta Intimidade, todas as quatro perguntas envolvem um relacionamento com outra(s) pessoa(s). Como os participantes do G1

alcançaram escore médio significativamente ($p = 0,036$) maior ($75,32 \pm 15,36$) que os do G2 ($66,25 \pm 12,23$) no domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF e também mais elevados ($p=0,128$) na faceta Participação Social do WHOQOL-OLD, talvez isso possa explicar para esses resultados. Os participantes do grupo onde as atividades de socialização são mais enfatizadas conseguem se relacionar melhor com outras pessoas, fazendo com que eles percebam mais companheirismo, amor e oportunidades para amar e ser amado.

Tabela 14. Distribuição de 46 idosos participantes dos dois grupos de promoção da saúde quanto às respostas das questões da faceta Intimidade do WHOQOL-OLD. Goiânia-GO, 2013.

Questões	G1	G2	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Q21 - Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?			
Extremamente	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Bastante	15 (51,7)	7 (35,0)	22 (47,8)
Mais ou menos	6 (23,1)	9 (45,0)	15 (32,6)
Muito pouco	1 (3,8)	4 (20,0)	5 (10,9)
Nada	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)
Q22 - Até que ponto você sente amor em sua vida?			
Extremamente	8 (30,8)	1 (5,0)	9 (19,6)
Bastante	15 (57,7)	12 (60,0)	27 (58,7)
Mais ou menos	3 (11,5)	3 (15,0)	6 (13,0)
Muito pouco	0 (0,0)	4 (20,0)	4 (8,7)
Q23 - Até que ponto você tem oportunidades para amar?			
Completamente	6 (23,1)	2 (10,0)	8 (17,4)
Muito	13 (50,0)	10 (50,0)	23 (50,0)
Médio	3 (11,5)	4 (20,0)	7 (15,2)
Muito pouco	1 (3,8)	4 (20,0)	5 (10,9)
Nada	3 (11,5)	0 (0,0)	3 (6,5)
Q24 - Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?			
Completamente	3 (11,5)	2 (10,0)	5 (10,9)
Muito	11 (42,3)	7 (35,0)	18 (39,1)
Médio	6 (23,1)	6 (30,0)	12 (26,1)
Muito pouco	4 (15,4)	5 (25,0)	9 (19,6)
Nada	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (4,3)

Nesse sentido, os coordenadores de grupos para idosos precisam levar em conta que, ao delinear os objetivos do grupo, os aspectos sociais da vida dos

participantes precisam ser trabalhados continuamente, a fim de minimizar os efeitos dos sentimentos de solidão e isolamento social, tão comuns nessa fase da vida. Mesmo que os objetivos sejam, como os do G2, predominantemente de proporcionar atividades físicas, seus coordenadores podem planejar o desenvolvimento secundário de atividades que promovam a socialização dos idosos, com formação de laços de amizade e espaço para escuta e compartilhamento de informações, além das atividades de educação em saúde.

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados desse estudo, foi possível confirmar que a avaliação da QV fornece parâmetros seguros à coordenação dos grupos de promoção da saúde para idosos na comunidade para nortear o planejamento e o desenvolvimento das atividades no grupo. A análise das respostas dos idosos a cada faceta dos quatro domínios do WHOQOL-BREF e às 24 perguntas das seis facetas do WHOQOL-OLD permite à coordenação desses grupos uma visão geral do perfil dos participantes, bem como a identificação dos aspectos positivos a serem reforçados e dos pontos negativos que devem ser mais fortemente trabalhados para que a QV dos idosos possa ser melhorada sempre.

Os idosos do G1 apresentaram maiores escores médios nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” do instrumento WHOQOL-BREF e no WHOQOL-OLD a predominância foi nas facetas “Funcionamento do Sensório”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Os maiores escores encontrados no G2 foram nos domínios “Psicológico” e “Meio Ambiente” do WHOQOL-BREF e nas facetas “Autonomia” e “Participação Social” do WHOQOL-OLD.

O planejamento das atividades a serem oferecidas para cada grupo deve considerar a análise dos escores encontrados nos dois instrumentos. No G1, como as atividades são predominantemente de lazer e socialização, já era esperado maiores escores nos aspectos psicológico e das relações sociais. Todavia, considerando que o G2 é um grupo voltado predominantemente para a atividade física, eram esperados os melhores resultados no domínio Físico, o que não ocorreu.

É necessário que os profissionais de saúde e, em especial, os coordenadores de grupos de promoção da saúde para idosos repensem as práticas de educação em saúde oferecidas nos grupos para idosos, não somente em relação ao seu conteúdo (se atende as necessidades dos participantes), mas também às

estratégias usadas para o oferecimento das informações e orientações (se elas estão sendo compreendidas pelos idosos).

A investigação sobre a QV em idosos é uma estratégia importante para descrever o nível de satisfação dessa população com aspectos gerais de sua vida e mostrou-se um indicador adequado que pode auxiliar na definição de estratégias para boa condução dos grupos de promoção da saúde. Os resultados deste estudo demonstraram que os idosos participantes dos dois grupos possuem particularidades sociodemográficas e de qualidade de vida que devem ser conhecidas pelos coordenadores dos grupos no sentido de um planejamento cada vez melhor das estratégias utilizadas durante as atividades.

REFERÊNCIAS

- Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(3):436-41.
- Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enf*. 2008;61(1):117-21.
- Almeida ABA, Aguiar MGG. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. *Rev Eletr Enf*. 2011;13(1):42-9.
- Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol. Reflex. Crit*. 2013;26(4):820-30.
- Assis. M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para ações educativas com idosos. *Revista APS*. 2005;8(1)15-24.
- Awad G, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull* 2000;26(3):557-64.
- Bajotto AP, Goldim JR. A avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2011;14(4):753-761
- Batista AFO, Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas *Rev. bras. Geriatr. Gerontol*. 2011;14(1):39-48.
- Barreto KML, Carvalho EMF, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003;3(3):339-54.
- Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz, DP, Schor, N, editors. *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. Barueri: Manole; 2006. p. 1-10.
- Berquó, E. Pirâmide da solidão. *Anais do quinto encontro nacional de estudos populacionais*. Águas de São Pedro: ABEP. 1998.
- Blay SL, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Diniz, DP, Schor, N, editors. *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. Barueri: Manole; 2006. p. 19-30.
- Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008;24(12):2798-2808.
- Bowling BJ. Quality of life in social science and medicine- introduction. *SocSci Med*. 1995;41:1337-8.

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):725-33.

Castro MG, Oliveira MS, Miguel AC, Araujo RB. Propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF em uma amostra de tabagistas. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(3):254-7.

Castro CGJ, Lefèvre AMC. A promoção de saúde e o planejamento estratégico. In: Lefèvre F, Cavalcanti AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 75-84.

Celich K.L.S. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade. [thesis]. Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2008. 107p.

Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. Rev. Min. Enferm. 2010;14(2): 226-32.

Cleary PD, Wilson PD, Fowler FJ. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 191-204.

CóticaCS. Percepção de envelhecimento e finitude no final da vida adulta tardia. Geriatria & Gerontologia. 2011;5(4):201-13.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu. 2010;14(33):257-70.

Dias FA. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais [dissertation]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2010. 139 p.

Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev APS. 2009;12(2):221-7.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.

Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. Soc Sci Med. 1995;41(2):1383-94.

Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28):7-18.

Fernandes MTO. Trabalho com grupos na saúde da família: concepções, estruturas e estratégias para o cuidado transcultural [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/ Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. p.179.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):33-8.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Públ*. 2000;34(2):178-83.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module *Rev Saúde Públ*. 2006;40(5):785-91.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Públ*. 2003;37(6):793-9.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Públ*. 2000;34(2):178-83.

Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre. Artmed; 2008.

Garcia MAA, Hiroshi Yagi G, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(2):175-82.

Gil TM, Feinstein ARA critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.

Guiterras AF, Bayés R. Desarrollo de uninstrument para la medida de da calidad de vida em enfermedades crónicas. In: Forns I Santancana M, AngueraArgilaga MT, editors. Aportacionesrecientes a laevaluaciónpsicologica. Barcelona: Universitat; 1993.p 175-95

Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2009;12(3):293-301.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2006. 162p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total - Goiás. Contagem da População 2010. Censos, 2010. Brasília (Brasil): IBGE; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro (Brasil). IBGE; 2008.

Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc saúde coletiva*; 2008;13(4):1107-11.

Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3 Suppl 0).

Lima e Costa MF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):23-41.

Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003;12(4):189-201.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-1.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2006; 22:2657-67.

Maia L, Durante A, Ramos L. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Rev Saude Pública*. 2004;38(5):650-6.

Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):439-45.

Marin JS, *et al*. Diagnósticos de enfermagem de idosos carentes de um programa de saúde da família (PSF). *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):278-84.

Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud interdiscip envelhec*. 2007;11:35-54.

Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. Ciênc. saúde coletiva. 2008;13(4):1209-1218.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Bruss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc saúde coletiva. 2000;5(1):7-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2000.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde Resolução 196/96. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de Dezembro de 1999 -Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso, 2010a).

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010b [cited 2014 Jul 22]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2011.

Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (BR): Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2012.

Ministério do Desenvolvimento Social. Lei nº 8.842. Política Nacional do Idoso. Brasília (Brasil): 1994. <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-norma-atualizada-pl.pdf>

Morais ONP. Grupo de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicolciênc prof.* 2009;29(4):846-55.

Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2585-97.

Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):848-855.

Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Ciência, Cuidado e Saude.* 2009;8 Supl:S148-154.

Netto, M.P. Tratado de gerontologia, 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.* 2010;6(1):40-53, 2010.

Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisas. In: Neri, AL, editor. *Qualidade de vida e idade madura.* Campinas: Papirus; 2007. p. 9-57.

Nogueira ALG. O grupo é o nosso remédio: lições de um grupo de promoção da saúde de idosos. [dissertation]. Goiânia. Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás; 2012. 113 p.

Nogueira AL, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Fatores terapêuticos de um grupo de Promoção da Saúde de Idosos. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013;47(6):1350-6.

Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 219 p.

Oliveira DAAP, Gomes SL, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40(4):734-6.

Oliveira LMAC, Medeiros M, Brasil VV, Oliveira PMC, Munari DB. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):432-8.

Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):558-65

Oliveira LMAC, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PMC, Munari DB. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo

como estratégia para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):429-36.

Organização Mundial de Saúde; Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Porto Alegre: Grupo WHOQOL; 1998.

OrganizaciónPanamericana de La Salud. Guia clínica para atención primaria a las personas mayores. 3. ed. Washington: OPAS; 2003.

Paschoal, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPÁLEO NETTO, M. Gerontologia a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens conceitos e avaliação. Rev. Bras Educ Fís Esporte. 2012;26(2):241-50.

Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. Textos Envelhecimento. 2003;6:43-59.

Quinhones MS, Gomes MM. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. Rev Bras Neurol. 2011;47(1):31-42.

Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em residentes em centro urbanos: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública, 2003;19(3):793-798

Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. SocSci Med. 1995;41:1373-82

Rosa FN, Matsudo SMM, Liposcki DB, Vieira GF. Estudo dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2005;13(4):7-15.

Rosa TEC, Benicio MHA, Latorre MRDO, Ramos LR.Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):40-8.

Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(6):1027-34.

Santos LF. Cuidado à família de crianças hospitalizadas por meio de intervenção grupal. [dissertation]. Goiânia. Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás; 2010. 133 p.

Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Públ. 2006;40(2):346-52.

Santos LM, Oliveira EM, Crepaldi MA, Aurélio; Da Ros M. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. *Rev Saúde Públ.* 2010;44(1):177-84.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-8.

Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica.* 2011; 21(4):166-172.

Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'Lourenzo VM. Grupo com possibilidade de desenvolver educação em saúde. *Texto contexto Enferm.* 2003;12(1):97-103.

Silva V XL, Marques AO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde soc.* 2012;21(1):171-80.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu).* 2005;9(16):91-104.

Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):839-47.

Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. 2005;26(2):147-53.

Tahan-Santos E, Cardoso CL. Experiências de participantes em um Grupo de Promoção de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Psico.* 2008;39(4):410-17.

Tonon G. La utilización de indicadores de calidad de vida para ladección políticas públicas de Revista de La Universidad Bolivariana. 2010;26(2):361-370.

Turan T, Basbakkal Z, Ozbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2008;17(21):2856-66.

Tavares DMS, Gárvea Júnior AS, Dias FA, Santos, NMF, Oliveira PB. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Ver René Fortaleza.* 2011;(12): 895-903.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Públ.* 2009;43(3):548-54.

Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *RevEscEnferm USP.* 2007;41(4):724-30.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Health in Brazil.The Lancet.* 2011:90-101

Yalom, I.D. & Leszcz M. Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa – Porto Alegre: Artmed, 2006.

World Health Organization; World Health Forum. What quality of life? Genebra;1996.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WHO. World Health Organization. WHOQOL-OLD – Manual. Copenhagen: WHO, 2006.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é **Gabriella Ribeiro de Paula**, sou enfermeira e membro de uma equipe de pesquisadores responsáveis por essa pesquisa. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo (**Gabriella Ribeiro de Paula**), no telefone (62)9694-5196, ou com uma das professoras responsáveis pela pesquisa, Dra Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, no telefone (62)9977-3541. Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título: Comparação entre qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de atividades grupais.

Os responsáveis pela aplicação desse termo de consentimento são uma enfermeira pesquisadora (Leidiane Ferreira Santos – telefone (62) 8585-2248), ou uma auxiliar de pesquisa, que é estudante do último ano do curso de Graduação em Enfermagem da UFG e foi especialmente treinada para esse fim (Gabriella Ribeiro de Paula – telefone (62) 96945196).

O objetivo geral da pesquisa é comparar a qualidade de vida entre idosos participativos e não participativos de atividades grupais oferecidas por equipes da Estratégia de Saúde da Família dos Distritos Sanitários Leste e Noroeste de Goiânia - GO. Os objetivos específicos são: identificar o perfil sócio-demográfico dos idosos que participam e dos que não participam das atividades grupais nas equipes da ESF dos referidos distritos; avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de atividades grupais que funcionam seguindo recomendações da dinâmica de grupo, bem como os que não funcionam seguindo tais recomendações, realizadas também pelas equipes dos distritos supracitados e avaliar a qualidade de vida entre os idosos que participam e não participam de atividades grupais.

Para participar da pesquisa você deverá consentir a sua participação neste estudo mediante a assinatura deste documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você será convidado(a) a participar de uma entrevista individual com a pesquisadora responsável ou com uma das estudantes auxiliares de pesquisa. A data, local e horário para que ocorra a entrevista serão estabelecidos de acordo com sua preferência.

Tendo em vista os objetivos do presente estudo, consideramos que os riscos decorrentes da sua participação será, no máximo, desconforto, decorrente de alguma pergunta. Em todo caso, se você se sentir prejudicado de alguma maneira em decorrência da sua participação no estudo, é direito seu pleitear indenização.

Sua participação nessa pesquisa como um todo é voluntária e não está vinculada a qualquer benefício material. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira e nem implicará em despesas.

Considerando a prática de atendimento em grupo importante ferramenta de assistência em saúde e seu crescente uso na atenção básica, os resultados podem contribuir para melhorar o uso desse recurso, visando maximizar seus benefícios em prol da melhoria da QV dos idosos atendidos.

A coleta de dados dar-se-á nos meses de junho de 2012 a outubro de 2012 e cada entrevista terá duração, aproximada, de 30 minutos. Todas as informações fornecidas pelos participantes desta pesquisa serão mantidas no mais absoluto sigilo quanto a qualquer detalhe que permita sua identificação e serão usadas exclusivamente para esta pesquisa.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa, você tem total liberdade para não aceitar participar, sem qualquer penalidade ou prejuízo e, mesmo depois de aceitar e assinar esse Termo de Consentimento, você poderá retirar seu consentimento, sem sofrer qualquer penalidade.

Gabriella Ribeiro de Paula - Pesquisadora

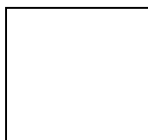
CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF/nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo sobre qualidade de vida entre idosos participantes e não participantes de atividades grupais, sob a responsabilidade da Enfermeira **Leidiane Ferreira Santos**, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação na mesma. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a sofrer qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura Dactiloscópica:



Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo : ☐ masculino ☐ femininoAnos de escolaridade: ☐ até 4 anos ☐ mais de 4 anos

Endereço: _____

Trabalha: ☐ sim. ☐ nãoPossui aposentadoria? ☐ sim ☐ não

Renda individual: _____

Mora com companheiro: ☐ sim ☐ nãoMora com filhos e ou netos: ☐ sim ☐ nãoContribui para a renda familiar: ☐ sim ☐ não

Renda familiar: _____

Número de pessoas contribuem que para a renda familiar: _____

Número de pessoas que vivem na mesma casa: _____

ANEXO 1

WHOQOL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

WHOQOL-OLD

**WHOQOL-OLD**Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

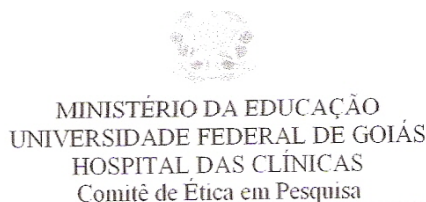
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 3

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 036/2011

Goiânia, 12/05/2011

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Enfª. Leidiene Ferreira Santos

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Drª. Virginia Visconde Brasil; Enfª. Nara Elizia Souza de Oliveira; Enfª. Lizete Malagoli de Almeida Cavalcante Oliveira; Enfª. Maria Alves Barbosa; Enfª. Myrian Karla Ayres Veronez Peixoto; Acad. De Enfermagem. Gabriela Ribeiro de Peixoto

TÍTULO- “Comparação entre qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de atividade grupais.”

Área Temática: Grupo III

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/ Enfermagem

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem /UFG

Local de Realização: Distritos Sanitários Leste e Noroeste

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa **analisou** e **aprovou** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões).

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG

