



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LEIDIENE FERREIRA SANTOS

**PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

**Goiânia
2014**

LEIDIENE FERREIRA SANTOS

**PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Goiás para obtenção do Título Doutor
em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr^a. Maria Alves Barbosa

**Goiânia
2014**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Leidiene Ferreira Santos

Orientadora: Dr^a. Maria Alves Barbosa

Membros:

1. **Prof^a. Dr^a. Maria Alves Barbosa** - Presidente.
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.
2. **Prof^a. Dr^a. Glaucea Maciel de Farias** - Membro externo.
Departamento Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
3. **Prof^a. Dr^a. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira** - Membro interno. Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.
4. **Prof^a. Dr^a. Neuma Chaveiro** – Membro interno.
Faculdade de Letras - Universidade Federal de Goiás.
5. **Prof^a. Dr^a. Dra Virginia Visconde Brasil** - Membro interno.
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.
- 6- **Prof^a. Dr^a. Ruth Minamisava** - Membro suplente.
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.
- 7- **Prof. Dr. Luiz Carlos da Cunha** – Membro suplente.
Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Goiás.

Data: 28 de março de 2014

*Dedico esta pesquisa a todos
os profissionais de saúde
compromissados não
somente em acrescentar anos
à vida, mas vida aos anos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de realizar o sonho de me titular como doutora e também por ter me dado forças para superar todas as dificuldades encontradas nessa caminhada. A Ele toda honra e toda glória!

Aos meus amados pais, Vera Lúcia e Clodoaldes, pelo apoio, carinho e zelo. Vocês não mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos. Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada por terem feito de mim uma pessoa melhor.

Ao meu amado esposo, Giliard, seu companheirismo, dedicação e amor incondicional me deram forças para chegar até aqui. Obrigada por existir em minha vida. Essa vitória é nossa! Eu te amo...

À minha amada irmã e seu esposo, Christiene e Marcelo, pelo apoio, motivação e, especialmente, por me mostrarem que é preciso viver a vida, a família e os amigos, e não somente os livros. Se não fossem vocês teria enlouquecido.

À minha amada amiga Daniella Pires Nunes, por estar comigo nos melhores momentos e também nos mais difíceis. Dedico a conclusão dessa pesquisa a você, que não mediu esforços para que eu alcançasse essa vitória. Obrigada, minha amiga irmã.

À minha orientadora, Dra Maria Alves Barbosa, por ter acreditado em mim e nos meus sonhos e por ter compartilhado todo seu conhecimento e, acima de tudo, sua benevolência, generosidade, humildade e simplicidade. A senhora agregou valores que nenhum livro poderia fazer.

À Dra Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, por ter caminhado ao meu lado e por me ajudar a superar minhas limitações. A senhora tornou minha caminhada muito mais leve e prazerosa. Obrigada por ser fonte de calma, em que inúmeras vezes pude me refugiar.

À Dra Ruth Minamisava, por sua disponibilidade, atenção e por compartilhar seu conhecimento. Suas contribuições foram fundamentais para condução dessa pesquisa.

À Dra Virginia Visconde Brasil. Suas considerações foram fundamentais para conclusão dessa pesquisa e sua doçura para acalmar meu coração.

Ao Dr Celmo Celeno Porto e Dr Luis Carlos por terem compartilhado seu tempo e experiência profissional. Suas contribuições abrilhantaram esse estudo.

À Dra Glaucea Maciel de Farias e à Dra Neuma Chaveiro pela disponibilidade, atenção e por compartilharem seu conhecimento e precioso tempo.

Às minhas amigas Vanessa, Katiane e Larissa por me permitir compartilhar alegrias, risos e, principalmente, meus medos e anseios. Obrigada por terem entendido minha ausência em momentos tão importantes na vida de vocês e por sempre estarem comigo, mesmo que eu estivesse longe.

Aos meus colegas e amigos, professores da Universidade Federal do Tocantins, em especial Danielle Seipel, Giselle, Allison, Araújo, Tiago e Danielle Rosa, por terem tornado minha nova morada, UFT/Palmas-TO, um ambiente familiar e acolhedor.

À Leonora Rezende Pacheco, que o destino se encarregou de colocar em minha vida novamente, por sua amizade, companheirismo, apoio e, especialmente, por estar sempre disponível para me ajudar. Você fez com que essa nova etapa profissional da minha vida se tornasse, de fato, um presente de Deus.

Às minhas amigas Myrian Karla, Alyne Leite, Gabriella Ribeiro, Selma Montefusco, Karina Siqueira e Brenda Nogueira, por terem me incentivado, apoiado e por acreditarem em mim.

À minha madrinha Zilda Alves, por ser uma mulher em quem eu sempre me espelhei, por seu dinamismo e inteligência. Obrigada por sempre me incentivar e me mostrar caminhos que me fazem melhor.

À minha querida sogra Zilene, que cuidou e cuida de mim como filha. Obrigada pelo apoio, orações e, principalmente, pelo carinho.

À toda minha família, em especial tia Janeth e tia Marilda, por suas orações e apoio incondicional.

À secretária do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Izabete Silva Ataíde, por sua atenção, gentileza e colaboração.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e da Faculdade de Enfermagem pela atenção, apoio e disponibilidade.

Aos pastores da igreja Batista Renascer, pelas orações e pelas palavras que, inúmeras vezes, curaram minha alma.

Aos idosos que participaram desse estudo, por compartilharem suas experiências e histórias de vida, com as quais aprendi muito.

A todos os funcionários da UABSF, especialmente aos agentes comunitários Nilvanete e Carlos, pelo apoio na realização dessa pesquisa e pelo respeito e zelo com que cuidam dos idosos cadastrados nessa Unidade de Saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

“E o Senhor te guiará continuamente, e fartará a tua alma em lugares áridos, e fortificará os teus ossos; e serás como um jardim regado, e como um manancial, cujas águas nunca faltam”. Isaías 58:11

SUMÁRIO

QUADRO E TABELAS

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação Inicial	20
1.2 Envelhecimento populacional: desafios e perspectivas	23

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Qualidade de vida da pessoa idosa e sua avaliação	32
3.2 Estratégia Saúde da Família e promoção da saúde do idoso	38
3.3 Dinâmica de grupo: contribuições para o coordenador de grupos	41
3.4 O uso do grupo como estratégia para promoção da saúde.	55

4 MÉTODO

4.1 Delineamento	62
4.2 Local e participantes da pesquisa	62
4.3 Variáveis de exposição	62
4.4 Variáveis dependentes.....	64
4.4.1 Instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF	64
4.4.2 Instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD	65
4.5 Critérios de inclusão.....	66
4.6 Critérios de Exclusão	66

4.7 Coleta dos dados	66
4.8 Análise estatística dos dados.....	68
4.9 Aspectos éticos	70

5 RESULTADOS

5.1 Consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD	72
5.2 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos.....	72
5.3 Qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD	74
5.4 Descrição dos idosos segundo participação em grupo de promoção da saúde.....	81
5.5 Qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF, facetas do WHOQOL-OLD e participação em grupo de promoção da saúde	83
5.6 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF	92
5.6.1 Fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF	92
5.6.2 Fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF	93
5.6.3 Fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF	95
5.6.4 Fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF	97
5.7 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo as facetas do WHOQOL-OLD	99
5.7.1 Fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD	99
5.7.2 Fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD	101
5.7.3 Fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD	103
5.7.4 Fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD	105
5.7.5 Fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD	106
5.7.6 Fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD	108
5.8 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD	109

6 DISCUSSÃO

6.1 Satisfação com a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa: aspectos biopsicossociais.....	112
6.1.1 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente físico	113
6.1.2 Qualidade de Vida da pessoa idosa: componente psicológico	116
6.1.3 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente relações sociais ..	119
6.1.4 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente meio ambiente	122
6.1.5 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente habilidades sensoriais.....	125
6.1.6 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente autonomia.....	127
6.1.7 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente atividades passadas, presentes e futuras	129
6.1.8 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente participação social	130
6.1.9 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente morte e morrer	132
6.1.10 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente intimidade	134
6.2 Qualidade de vida de idosos: aspectos biopsicossociais e participação em atividades grupais.....	135
6.2.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e participação em grupo de promoção da saúde	135
6.2.2 Qualidade de vida da pessoa idosa: diferenças entre participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde.....	136
6.2.3 Fatores que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa	137

7 CONCLUSÃO.	148
-------------------	-----

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
------------------------------	-----

REFERÊNCIAS.....	154
------------------	-----

ANEXO A	177
---------------	-----

ANEXO B	181
---------------	-----

ANEXO C	186
---------------	-----

APÊNDICE A 188

APÊNDICE B 190

QUADRO E TABELAS

Quadro 01. Fatores associados aos escores de qualidade de vida no WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD na análise múltipla. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012... 111

Tabela 1. Consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 72

Tabela 2. Características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116)..... 73

Tabela 3. Escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116). 74

Tabela 4. Avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116)..... 75

Tabela 5. Média dos escores de qualidade de vida de cada questão que compõe os domínios do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116). . 76

Tabela 6. Média dos escores de qualidade de vida de cada questão que compõe as facetas do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116) 79

Tabela 7. Diferenças entre as características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012..... 82

Tabela 8. Diferenças entre os escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012 84

Tabela 9. Diferenças entre a avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012 85

Tabela 10. Diferenças entre as médias de qualidade de vida de cada questão que compõe os domínios do WHOQOL-BREF de idosos

cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116). 87

Tabela 11. Diferenças entre as médias de qualidade de vida de cada questão que compõe as facetas do WHOQOL-OLD de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116). 90

Tabela 12. Fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 92

Tabela 13. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 93

Tabela 14. Fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 94

Tabela 15. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 95

Tabela 16. Fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 96

Tabela 17. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 97

Tabela 18. Fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 98

Tabela 19. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012..... 99

Tabela 20. Fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 100

Tabela 21. Análise múltipla dos fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012..... 101

Tabela 22. Fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	102
Tabela 23. Análise múltipla dos fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	103
Tabela 24. Fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	104
Tabela 25. Análise múltipla dos fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.	104
Tabela 26. Fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	105
Tabela 27. Análise múltipla dos fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	106
Tabela 28. Fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	107
Tabela 29. Análise múltipla dos fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	107
Tabela 30. Fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	108
Tabela 31. Análise múltipla dos fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012	109

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde.

DP= Desvio Padrão.

ESF- Estratégia Saúde da Família.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IC- Intervalo de Confiança.

NEPAQ- Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida.

NEPEGETS- Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PACS- Programa Agentes Comunitários de Saúde.

QV- Qualidade de Vida.

SUS- Sistema Único de Saúde.

UABSF- Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família.

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life.

WHOQOL 100- World Health Organization Quality of Life-100.

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life-Bref.

WHOQOL-OLD- World Health Organization Quality of Life-Old.

RESUMO

INTRODUÇÃO: o crescimento da população idosa configura-se um fenômeno mundial. Nesse cenário é imprescindível o estabelecimento de estratégias que considerem as características da velhice e sejam direcionadas à manutenção da saúde biopsicossocial e qualidade de vida do idoso. Pesquisas recomendam o uso de atividades grupais como ferramenta que favorece a aprendizagem, possibilita a socialização, viabiliza relações interpessoais, contribui para adaptação e mudança nos hábitos de vida dos idosos. Mas, para tanto, essa atividade deve atender a pressupostos da dinâmica de grupo e ser implementada em resposta às necessidades dos integrantes do grupo. **OBJETIVO GERAL:** analisar a participação em grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida de idosos. **METODOLOGIA:** pesquisa de abordagem quantitativa, realizada com idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, participantes (G1) e não participantes (G2) de grupo de promoção da saúde. Os dados foram coletados nos meses de junho a outubro de 2012, por meio de um instrumento com questões sociodemográficas, e pelos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Posteriormente, foram digitados e analisados no software Stata versão 11.0. Para avaliar os fatores associados à QV utilizou-se a regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de $\leq 5\%$. **RESULTADOS:** os idosos do grupo G1 obtiveram maiores médias de escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF, não sendo estatisticamente significante somente o resultado obtido no domínio psicológico. A menor pontuação para os dois grupos, G1 e G2, no WHOQOL-BREF, foi obtida no domínio “meio ambiente” (G1: 60,2 e $\pm 11,2$; G2: 50,5 $\pm 12,2$). O grupo G1 também apresentou escores médios mais altos e estatisticamente significantes nas facetas “Atividades passadas, presentes e futuras” (G1: 69,7 $\pm 11,7$; G2: 59,2 ± 0) e “participação social” (G1: 72,4 $\pm 11,2$; G2: 55,6 $\pm 16,3$). Participar do grupo foi significativamente associado a melhores escores de QV nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente”, e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social. **CONCLUSÃO:** A participação em grupo de promoção da saúde favorece melhorias em diversos aspectos da QV dos idosos, especialmente os relacionados a inclusão social e estabelecimento/manutenção de relacionamento interpessoal. Sendo assim, o grupo é um recurso que pode ser usado por profissionais da saúde para promoção e proteção da saúde do idoso, pois permite romper com situações de solidão e oportuniza estabelecer novos vínculos de amizade e redes sociais de apoio. **DESCRIPTORIOS:** Qualidade de vida; Idosos; Estrutura de grupo; Promoção da saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the growth of the elderly population set up a worldwide phenomenon. In this scenario it is essential the establishment of strategies that consider the characteristics of old age and are aimed at maintaining the biopsychosocial health and quality of life of the elderly. Searches recommend the use of group activities as a tool that promotes learning that encourage socialization, make possible interpersonal relationships, contributes to adaptation and change in living habits of the elderly. But for that, this activity must meet the assumptions of group dynamics, ie, being implemented in response to the needs of the group members. **GENERAL OBJECTIVE:** to analyze the participation in group of health promotion as a strategy to improve the quality of life in elderly. **METHODS:** quantitative research approach, performed with elderly enrolled in a Primary Care Unit Family Health, participants (G1) and nonparticipants (G2) of group health promotion. Data were collected from June to October 2012, using an instrument with sociodemographic questions, and the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Subsequently were entered and analyzed in software Stata version 11.0. To evaluate factors associated with QoL, were used multiple linear regression. The level of significance was set at $\leq 5\%$. **RESULTS:** the elderly group G1 had higher mean of QoL scores in all domains of the WHOQOL-BREF, not being statistically significant only the result obtained in the psychological domain. The lowest score for the two groups, G1 and G2, in the WHOQOL-BREF, was obtained in the field "environment" (G1: 60.2 ± 11.2 , G2: 50.5 ± 12.2). The G1 group also had higher mean scores and statistically significant in facets "Past, present and future activities" (G1: 69.7, SD: 11.7, G2: 59.2, SD: 15.0) and "Social participation" (G1: 72.4 ± 11.2 , G2: 55.6 ± 16.3). Join group was significantly associated with better QoL scores in the "physical", "social relations" and "environment" domains, and the facets "Past, present and future activities" and "Social participation". **CONCLUSION:** participation in group of health promotion supports improvements to various aspects of QoL of the elderly, especially those related to social inclusion and establishment/maintenance of interpersonal relationships. Thus the group is a resource that should be used by health professionals to promote and protect the health of the elderly because it allows break situations of loneliness and gives opportunity to forge new bonds of friendship and social support networks. **DESCRIPTORS:** Quality of life; Elderly; Group Structure; Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

*“Não te mandei Eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não pases, nem te espantes: porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares”.
(Salmos 18:30)*

1.1 Apresentação inicial

Esta pesquisa foi elaborada e articulada aos trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde (NEPEGETS/FEN/UFG) e Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida (NEPAQ/FEN/UFG), especificamente vinculada aos estudos direcionados à avaliação do atendimento em grupo como recurso de atenção à saúde e como ferramenta para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

O atendimento em grupo, como ferramenta para assistência em saúde, teve início a partir do século XX, quando um médico chamado Pratt usou o contexto grupal como estratégia para alcançar resultados terapêuticos em pacientes com tuberculose, tais como mudanças nos hábitos de vida (OSORIO, 2007).

Atualmente, dados os benefícios do atendimento em grupo na vida de seus membros, como aumento da socialização, mudanças nos hábitos de vida, aprendizagem, entre outros (SANTOS; NUNES, 2013), esse recurso tem sido amplamente empregado como ferramenta para assistência aos usuários do sistema de saúde na atenção básica (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009a; FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011; NOGUEIRA et al., 2013; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2013).

Sendo assim, considerando o crescimento da população idosa no Brasil (BRASIL, 2011) e no mundo (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011), destaca-se o uso do grupo como recurso para assistir essa clientela, pois pesquisas indicam que ele favorece a promoção do envelhecimento ativo e contribui para preservar a capacidade e o potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2010a; NOGUEIRA, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

O atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de atividades em grupo é uma prática recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2010c), entretanto pesquisas indicam que essa estratégia não tem alcançado todo seu potencial (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; DIAS; SANTOS; NUNES, 2013) e também não

tem colaborado para melhorar a qualidade de vida de seus participantes (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu ao se identificar que idosos participativos de atividades educativas grupais apresentavam menores escores de Qualidade de Vida (QV), comparados aos não participativos (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Esse achado difere das experiências vivenciadas pelas pesquisadoras, enquanto coordenadoras de grupos, e também de várias pesquisas que apontam a tecnologia de grupo como recurso que contribui para melhorar a QV de seus integrantes (EKBLAD; ASPLUND, 2013; SANTOS; NUNES, 2013; URZÚA et al., 2011).

Muitos autores sugerem que a não eficácia - capacidade de se obter o efeito desejado (MARINHO; FAÇANHA, 2001), das atividades grupais pode ser reflexo da estrutura e funcionamento adotados, porque nem sempre são consideradas as necessidades do grupo assistido, com ênfase dada somente aos aspectos relacionados a doenças (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; DIAS, 2010; SANTOS; NUNES, 2013).

Nota-se que, para fazer uso mais assertivo do grupo, é importante conhecimento acerca da dinâmica de grupo. Essa expressão está relacionada ao estudo da natureza do grupo e papel do coordenador, bem como de seu funcionamento, movimentos básicos e interações entre seus membros (ANDALÓ, 2006; LEWIN, 1948; MAILHIOT, 1978; MINICUCCI, 2009; OSORIO, 2007).

Assim, considerando o potencial transformador do grupo, seu uso como instrumento de assistência em saúde e o estudo da dinâmica de grupo, a seguinte questão norteou o desenvolvimento dessa pesquisa: **há diferença entre a QV de idosos que participam de atividades educativas grupais que funcionam na perspectiva da dinâmica de grupo, e de idosos que não participam?**

A hipótese dessa pesquisa é representada pela seguinte suposição: participar de grupos de promoção da saúde que atendem a pressupostos da dinâmica de grupo influencia positivamente diversos aspectos da vida das pessoas e, conseqüentemente, favorece melhores escores de qualidade de vida.

Optou-se, então, por realizar essa investigação com idosos participantes de um grupo de promoção da saúde que atende a pressupostos da dinâmica de grupo. Ele possui mais de doze anos de existência, é coordenado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) vinculadas à Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), localizada no Distrito Sanitário Leste, município de Goiânia-Goiás, Brasil. Os encontros ocorrem, semanalmente, às quintas-feiras, das 07:00 às 10:00 horas da manhã (NOGUEIRA, 2012).

No grupo pesquisado, há planejamento das atividades desenvolvidas no contexto grupal, de modo a atender às demandas dos seus membros. Além disso, cada sessão é organizada para contemplar as fases de acolhimento, realização de tarefas, processamento da experiência grupal e, ao final de cada sessão, há avaliação da vivência grupal. Todas essas ações são recomendadas por estudiosos da dinâmica de grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005; YALOM; LESZCZ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

Sendo assim, percebe-se que o grupo de promoção da saúde atende a pressupostos da dinâmica de grupo e, como consequência de sua estrutura e funcionamento, apresenta alta coesão, adesão e satisfação de seus membros (NOGUEIRA, 2012).

O grupo investigado tem como foco de atenção a promoção da saúde dos idosos, realiza tarefas como alongamento, pintura, dança, gincanas, apresentação de poesia e música. Também há baixa taxa de evasão e permanente renovação das atividades propostas, sem que o vínculo dos seus membros esteja atrelado, necessariamente, a um benefício como oferta de medicamentos, consultas e outros (NOGUEIRA, 2012).

Além do grupo pesquisado atender à pressupostos da dinâmica de grupo, a UABSF é campo de atividades teórico-práticas da Faculdade de Enfermagem/UFG e, dessa maneira, os resultados dessa pesquisa podem colaborar para:

- ✓ Aproximar discentes e docentes da realidade dos idosos cadastrados na UABSF, por meio do conhecimento dos escores que mais comprometem a QV dessas pessoas;
- ✓ Desenvolver estratégias voltadas para o atendimento das reais necessidades da população idosa desse local;

✓ Despertar nos docentes, discentes e outros profissionais de saúde, a necessidade de reorientar a prática da atividade grupal, de maneira que esse atendimento não se baseie no uso indiscriminado de técnicas e estratégias, mas no compartilhamento de experiências, valorização do indivíduo e na humanização da assistência.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa podem contribuir para potencializar o uso do atendimento em grupo na atenção básica, ao evidenciar que essa estratégia contribui para melhorar a QV de seus participantes, desde que ela seja planejada e executada segundo pressupostos da dinâmica de grupo.

1.2 Envelhecimento populacional: desafios e perspectivas

Entende-se por envelhecimento o processo sequencial, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, assim, aumente sua possibilidade de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002; UNITED STATES, 2011).

É uma experiência vital singular, própria de cada indivíduo, regulada por padrões socioculturais que definem sua significação. Tempo de vida de cada um, que se esgota na finitude objetiva da morte biológica (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Apesar de se constituir em processo natural, para muitos a palavra envelhecimento arrasta consigo uma série de fatores depreciativos (ANDRADE et al., 2013). Sendo assim, torna-se evidente que essa experiência não é homogênea para todos os indivíduos, sofrendo influência de aspectos relacionados à discriminação e exclusão, associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (CARVALHO; GARCIA, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O crescimento da população idosa configura-se fenômeno mundial (BRASIL, 2011; UNITED NATIONS, 2012; VERAS, 2009b) e é resposta a

mudanças de alguns indicadores de saúde, em especial, à queda da fecundidade e mortalidade e aumento da esperança de vida (CARVALHO; GARCIA, 2003; UNITED NATIONS, 2012). Essa mudança na estrutura etária da população, também pode ser atribuída a melhorias nas condições de vida das pessoas, em especial, no que se refere ao acesso às novas tecnologias de atendimento à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Todavia, é importante ressaltar que há diferenças que precisam ser consideradas em relação ao processo de envelhecimento nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento, já que enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu de maneira lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo de maneira rápida, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

No Brasil, o processo de transição demográfica relacionado com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade tem provocado rápida variação na estrutura etária brasileira, com diminuição da proporção de crianças e jovens e aumento da população idosa (BRASIL, 2011), pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Para se ter ideia do que ocorre, o número de idosos, no Brasil, passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002; houve aumento de 500% em quarenta anos. Estima-se que esses números alcançarão 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). A previsão é que no ano de 2050 haverá, no Brasil e em todo o mundo, mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nesse novo cenário, é importante compreender que o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (STIVALI, 2011; UNITED NATIONS, 2012; VERAS, 2009b), configurando-se em grande desafio aos sistemas de saúde e de seguridade social (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; STIVALI, 2011; VERAS, 2009b).

A população idosa está exposta a várias alterações biopsicossociais, tais como incapacidades, perda da utilidade social, esquecimento, raciocínio lento, desgaste físico, redução da resistência física, doenças, demência, senilidade, degeneração mental, inatividade, declínio da imagem, aparecimento de rugas, preconceito, desrespeito, assexualidade, dependência, inutilidade, exclusão dos prazeres da vida, rejeição familiar, isolamento, abandono, solidão, tristeza, depressão, institucionalização e proximidade da morte (GUERRA; CALDAS, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

Além disso, os profissionais de saúde que assistem idosos devem considerar que não é incomum essa parcela da população estar exposta a situações de violência física e psicológica. Nessa perspectiva, apontam-se, como principais perpetradores dos maus tratos a essa clientela, sua família e, como local de maior ocorrência de violência, o ambiente doméstico (OLIVEIRA et al., 2012).

Também chama a atenção, para essa faixa etária do ciclo evolutivo humano, o risco de quedas. Esse agravamento à saúde do idoso pode ser ocasionado por diversos fatores, tais como dificuldade para caminhar, fraqueza muscular, tonturas/vertigem, déficits sensoriais e/ou cognitivos que comprometem a estabilidade do idoso, presença de pisos irregulares, escorregadios, entre outros (LIRA et al., 2011).

Frequentemente, o idoso é acometido por Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis/DANTs, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). Essas condições crônicas podem gerar processos incapacitantes, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de maneira independente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; VERAS, 2009b).

Percebe-se que a terapêutica para as DANTs é um desafio para os profissionais de saúde por envolver tanto a dimensão física quanto a psicossocial, já que, por seu caráter permanente, comumente exige mudanças nos hábitos de vida de seus portadores (GUSMÃO et al., 2009; VIEIRA et al., 2011).

Nesse cenário, é imprescindível o estabelecimento de políticas públicas que considerem as características da velhice e que sejam direcionadas à manutenção da saúde biopsicossocial do idoso (ANDRADE et al., 2013; FERNANDES; SOARES, 2012).

De modo geral, investir em QV de idosos para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo é fundamental para reduzir a necessidade de investimentos na atenção secundária e terciária, ou seja, em tratamentos, reabilitação e institucionalização (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Nota-se, entretanto, que a sociedade não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a QV não tem acompanhado essa evolução (CABRAL et al., 2013).

Frente a essa realidade, o governo brasileiro tem criado várias políticas de saúde voltadas para o processo de envelhecimento (ANDRADE et al., 2013), como o Estatuto do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Contudo, ainda se faz necessário discutir questões que afetam a vida dos idosos, tais como diferenças impostas pelas aposentadorias, dificuldades ao acesso à cultura, à educação e serviços de saúde, falta de respeito nos transportes públicos entre outras questões (ANDRADE et al., 2013).

Considerando que as alterações biopsicossociais ocasionadas pelo envelhecimento comprometem de maneira significativa a QV dos idosos (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011; VERAS, 2009b), é preciso encontrar meios para incorporá-los na sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com criatividade e resolutividade, a fim de se alcançar, de maneira justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no mundo (ANDRADE et al., 2013; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; LIMA-COSTA; VERAS, 2003; SANTOS; NUNES, 2013; UNITED NATIONS, 2012).

Atualmente pesquisas têm demonstrado a efetividade de estratégias de educação e promoção da saúde, como mecanismo que favorece o envelhecimento ativo e saudável (BROVOLD; SKELTON; BERGLAND, 2013; CAMPOS et al., 2012; HARIPRASAD et al., 2013; SAMPAIO; ITO, 2012; SANTOS; NUNES, 2013). Autores recomendam o uso de atividades grupais como ferramenta que melhora a aprendizagem, proporciona espaço para o compartilhamento de sentimentos, possibilita socialização entre as pessoas, promove suporte emocional, estimula a integração, viabiliza relações interpessoais, favorece a adaptação e mudança nos hábitos de vida. Sendo assim, essa atividade pode ser usada para favorecer o envelhecimento ativo (SAMPALIO; ITO, 2012; SANTOS; NUNES, 2013; URZÚA et al., 2011; YALOM; LESZCZ, 2006).

Entretanto, é indispensável que sociedade, governo, família e profissionais de saúde atuem conjuntamente, reconhecendo as potencialidades e o valor das pessoas idosas, a fim de contribuir para que elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com qualidade e dignidade (ARAI et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

Percebe-se, então, que modificar conceitos arraigados é um dos desafios das políticas públicas brasileiras, especialmente, em relação à saúde do idoso. Nessa perspectiva, idosos, sociedade e gestores, nas várias esferas de governo, precisam continuamente discutir as necessidades de saúde dessa população, nas diferentes regiões do Brasil, visando à organização e integração das redes de atenção em sistemas para a manutenção da saúde (FERNANDES; SOARES, 2012).

O envelhecimento populacional representa uma conquista que resulta em demandas vinculadas à parcela idosa, no âmbito dos sistemas de saúde e também previdenciário. Certamente o envelhecimento é uma grande conquista da humanidade, porém, somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com dignidade, bem-estar e QV (STIVALI, 2011; UNITED NATIONS, 2012).

O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar em políticas específicas para esse grupo. Porém, a assistência ao idoso exige diferentes

níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar alicerçada em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

2 OBJETIVOS

“O Senhor guardará a tua saída e a tua entrada, desde agora e para sempre”.
(Salmos 121:8)

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a participação em grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida de idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e a qualidade de vida de idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família;
- Comparar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde;
- Identificar fatores associados à qualidade de vida dos idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família;
- Verificar se a participação em grupo de promoção da saúde está associada à qualidade de vida de idosos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Aquietem-se e saibam que Eu sou Deus”.
(Salmos 46:10)

O referencial teórico dessa pesquisa está alicerçado em quatro objetos principais:

- Qualidade de vida da pessoa idosa e sua avaliação;
- Estratégia Saúde da Família e promoção da saúde do idoso;
- Dinâmica de grupo: contribuições para o coordenador de grupos;
- O uso do grupo como estratégia para promoção da saúde.

3.1 Qualidade de vida da pessoa idosa e sua avaliação

A busca pelos significados do termo Qualidade de Vida (QV) é muito antiga, e os vários significados atribuídos a ela estão relacionados a perspectivas econômicas, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública (BELASCO; SESSO, 2006; MINAYO; HARTZ; BRUSS, 2000).

Todavia, 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. Está relacionada à capacidade de efetuar uma síntese cultural dos elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BRUSS, 2000).

O termo QV envolve vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam, em diferentes épocas, espaços e histórias sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BRUSS, 2000).

Na área da saúde há duas tendências quanto à conceituação de QV: a primeira diz respeito a um conceito mais genérico, a segunda relaciona QV à saúde (QV relacionada à saúde) (BELASCO; SESSO, 2006; SEIDL; ZANNON, 2004).

No primeiro caso, a QV apresenta um sentido mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos e não faz 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. Assim, nos instrumentos de mensuração da QV relacionada à

saúde, a ênfase habitualmente recai sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Todavia, ainda que considere a QV em seu sentido mais amplo ou relacionada à saúde, criar instrumentos capazes, efetivamente, de avaliá-la é uma tarefa muito complexa, pois é difícil definir construtos subjetivos influenciados por características temporais (época) e culturais (BELASCO; SESSO, 2006; FLECK, 2000; TURNER et al., 2007).

Assim, 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).

Inúmeros instrumentos podem ser usados para avaliar a QV nas mais variadas populações, considerando diferentes conceitos sobre QV e seguindo diversas metodologias (BELASCO; SESSO, 2006; FLECK, 2000; MINAYO; HARTZ; BRUSS, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b). Entretanto, cada um possui algumas características/objetivos que o diferencia dos demais.

Dessa maneira os instrumentos de avaliação da QV podem ser classificados como genéricos, quando incluem várias dimensões que compõem a QV; ou específicos, à medida que se concentram em um aspecto particular (BELASCO; SESSO, 2006).

Salienta-se que os instrumentos genéricos são aqueles que podem ser usados na população em geral, ou seja, não é preciso ter características ou condições específicas de doença ou outros aspectos especiais (BELASCO; SESSO, 2006). Há vários instrumentos com essa característica, tais como Medical Outcomes Study SF-36 (CICONELLI et al., 1999; COLLEEN et al., 1993; WARE; SHERBOURNE, 1992), Spitzer Quality of Life Index (EYPASCH et al., 1995; TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008), Quality of Well-Being Scale (QWB) (KAPLAN et al., 1998), Health-Related Quality of Life (HRQOL) (CDC, 2000; HULLMANN et al., 2011), entre outros.

Contudo, a necessidade de avaliar a QV, em uma perspectiva internacional e transcultural, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (grupo WHOQOL), em associação com

diversos países, desenvolvesse instrumento denominado WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1995).

Para criar esse instrumento, primeiramente foi necessário definir QV, pois não havia consenso sobre tal definição. Assim, após discussões de especialistas de várias partes do mundo, a Organização Mundial de Saúde/OMS definiu QV como: *“percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL, 1999, p. 3).

Essa definição evidencia a natureza subjetiva da QV 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, deve-se avaliar a percepção do entrevistado (FLECK, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996a).

Para construção do WHOQOL-100, vários países com diferentes perfis industriais, de disponibilidade de serviços de saúde, de religiosidade entre outras características, participaram de todas as etapas desse processo, da definição de QV à construção dos domínios, redação e seleção de questões, da derivação das escalas de respostas, do teste de campo e tradução do instrumento (FLECK et al., 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

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/aspectos, sendo cada uma dessas composta por quatro perguntas. O instrumento possui, além das 24 facetas específicas, uma vigésima quinta faceta composta por perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK et al., 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

Vale salientar que o WHOQOL-100 é um instrumento extenso, por isso, surgiu a necessidade de adaptá-lo para uma versão reduzida 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 o WHOQOL-BREF, a versão abreviada do WHOQOL-100 (FLECK, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

O WHOQOL-BREF contém, ao total, 26 questões, sendo que dessas, 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

Esse instrumento tem sido usado em vários países para avaliar a QV das pessoas (VALENTI et al., 2013; WON et al., 2013), inclusive no Brasil (AZEVEDO et al., 2013a; MACIEL et al., 2013; FARIAS; MENDONÇA, 2009) e apresentado características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (CASTRO et al., 2007; FLECK et al., 2000; FU et al., 2013; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Apesar do grupo WHOQOL ter desenvolvido instrumentos (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) 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 (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996a, b), algumas lacunas ficaram abertas em relação ao uso desses instrumentos para avaliar a QV da pessoa idosa.

Quando se trata de avaliar a QV nessa população específica, algumas questões precisam ser revistas. Para exemplificar, não é possível garantir que instrumentos adequados para avaliar o domínio 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).

De modo geral é importante conhecer o que, para a maioria das pessoas idosas, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, ou seja, à QV nessa faixa etária. Percebe-se a existência de três grupos de idosos segundo sua definição de QV: o primeiro prioriza questões afetivas e a família, faz referências ao relacionamentos interpessoais,

equilíbrio emocional e boa saúde; o segundo prioriza o prazer e o conforto, faz menção a hábitos saudáveis, atividades de lazer e bens materiais; o terceiro grupo identifica como QV conseguir colocar em prática o seu ideário de vida, faz referência à espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, conhecimento e ambientes favoráveis (VECCHIA et al., 2005).

Avaliar a QV de idosos é uma tarefa complexa e implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; MILTE et al., 2013) e, assim, requer a análise de vários aspectos, tais como relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional, boa saúde, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais, espiritualidade, trabalho, longevidade, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, renda, status social e continuidade de papéis familiares (MILTE et al., 2013; NERI, 2007; VECCHIA et al., 2005).

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. Todo processo para elaboração do módulo WHOQOL-OLD seguiu uma perspectiva transcultural e internacional em que, novamente, houve participação de vários países. A versão final do módulo WHOQOL-OLD contém seis facetas com quatro itens cada (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Além do WHOQOL-OLD, vários outros instrumentos podem ser usados para avaliar a QV e condições que favorecem uma boa QV às pessoas idosas, tais como o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) (MATHUR et al., 2013), a Escala de Qualidade de Vida para adultos jovens (EQV) (RUFINE et al., 2013), o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (Index AVD) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007) e o Índice de Barthel (PINILLOS-PATIÑO; PRIETO-SUÁREZ, 2012), entre outros.

Os instrumentos de avaliação da QV permitem identificar aspectos que interferem na QV das pessoas e, assim, favorecem a tomada de decisão dos profissionais de saúde, de modo a direcionar a prática assistencial às reais demandas dos sujeitos (LOW; MOLZAHN; SCHOPFLOCHER, 2013).

A exemplo, pesquisa com idosas revelou que os domínios relações sociais, participação social e intimidade apresentaram os menores escores

médios de QV (VAGETTI et al., 2013). Esse resultado indica a necessidade de se realizar intervenções em saúde direcionadas à socialização da população idosa (VAGETTI et al., 2013; WICHMANN et al., 2013).

Estudo comparou a percepção da QV entre idosos da comunidade e idosos em situação de institucionalização, e revelou que o fato de o idoso ser institucionalizado não influenciou na sua percepção da QV, mas, sim, as características sociodemográficas e de saúde (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013). Nota-se que a faixa etária, classe econômica, escolaridade, estado civil e situação ocupacional, bem como condições de saúde (classificação do índice de massa corporal, problemas de saúde e uso de medicamentos), influenciam a QV dos idosos (VAGETTI et al., 2013; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Investigações sobre condições que favorecem uma boa QV na velhice, bem como as variações que a idade comporta, são de grande interesse científico e social (MILTE et al., 2013; UNITED NATIONS, 2012). Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar ou desvincular velhice de doença, poderá contribuir para compreender o envelhecimento e os limites e alcances do desenvolvimento humano (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Contudo, é importante o uso de instrumentos capazes, efetivamente, de avaliar o que eles se propõem a avaliar (FREI et al., 2011). Assim destaca-se que, independente da população investigada, alguns cuidados devem ser tomados na escolha do instrumento de mensuração da QV, tais como verificar se:

- foram realizados estudos pilotos;
- há estudos que revelem suas propriedades psicométricas (sensibilidade, especificidade e confiabilidade);
- o instrumento foi padronizado para a cultura, o grau educacional e o grupo étnico a ser pesquisado;
- a exequidade do instrumento é possível (tempo de aplicação, clareza e número de questões, entre outras);
- há referências sobre o tamanho da amostra e sobre a interpretação e relato dos resultados no manual do instrumento (BLAY; MERLIN, 2006).

Considerando todos esses aspectos (BLAY; MERLIN, 2006) e que o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a QV do idoso em uma perspectiva multidimensional, por meio dos aspectos de natureza biológica, psicológica e sociocultural, optou-se por usar o WHOQOL-BREF em associação ao WHOQOL-OLD.

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

3.2 Estratégia Saúde da Família e promoção da saúde do idoso

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no Brasil em 1994 com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2012; ROSA; LABATE, 2005).

A primeira etapa para sua implantação teve início em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, teve início a formação das primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários e profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil. A partir de então, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que iria estruturar os sistemas municipais de saúde. Além disso a palavra “programa” foi substituída, pois remetia a uma ação temporária e não de caráter permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Atualmente, cada equipe que atua na ESF é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As equipes que atuam na ESF também podem contar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento: médico, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As equipes do NASF devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes da ESF e das equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada. Parte do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação e pode intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de maneira a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, 2012).

É importante enfatizar que a ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está alicerçada sobre três grandes pilares: família, território e a responsabilização (CECCON et al., 2013; MARQUI et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Assim, a ESF, apesar de apresentar fragilidades relacionadas à infraestrutura, condições de trabalho, dificuldades de acesso aos serviços prestados e à atenção especializada, entre outras (GIOVANELLA et al., 2009; MARQUI et al., 2010; PEREZ et al., 2013), configura-se em importante política pública de saúde no Brasil, tendo obtido resultados exitosos desde a sua implementação (CECCON et al., 2013). Destacam-se como aspectos positivos, na percepção dos usuários do sistema de saúde, a visita domiciliar, a boa relação entre comunidade e profissionais e o foco na saúde da família (PEREZ et al., 2013).

Considerando o aumento significativo do número de idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) no Brasil (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), é válido destacar que a ESF se consolida como ferramenta para melhorar a assistência à saúde dessa clientela e, assim, poderá contribuir para o envelhecimento saudável e para maior expectativa de vida, com mais qualidade aos anos adicionais vividos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Nessa perspectiva, a rede básica de atenção à saúde tem ampliado a assistência ao idoso, realizando ações coletivas na comunidade, atividades de educação e promoção da saúde, assistência humanizada, qualificada e contínua, visando contribuir para recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2010a).

Todavia, as limitações físicas e/ou cognitivas, desencadeadas pelo próprio processo de envelhecimento, podem comprometer significativamente a qualidade de vida do idoso, especialmente daqueles mais velhos (IMHOF et al., 2012; JUNIOR; TRINDADE, 2013).

Por consequente, a equipe de saúde deve considerar questões como mudanças físicas normais, patológicas e alterações psicossociais e intervir de maneira eliminar ou minimizar agravos à saúde do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; NERI et al., 2013; PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012; SILVESTRE; NETO, 2003b).

Configuram-se em fatores que comprometem, significativamente, a saúde da pessoa idosa as quedas (FHON et al., 2013; MIZUKAMI et al., 2013; PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013), o sedentarismo (GUEDES et al.,

2012), uso de cigarro, consumo excessivo de álcool, hipertensão e obesidade (LIMA et al., 2011; NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011), isolamento social e solidão (BRITO; PAVARINI, 2012; DICKENS et al., 2011; STEPTOE et al., 2013), dentre outros.

É importante compreender que o idoso, estando debilitado, tende a enfraquecer a interação e os contatos afetivos e a colocar em risco o apoio social recebido que se sustenta numa relação de reciprocidade. Dessa maneira, as doenças e incapacidades corroboram o isolamento social da pessoa idosa por limitar a sua participação na comunidade. A rede social reduzida, por sua vez, pode exacerbar a incapacidade original ou impor novas limitações no estilo de vida dessa população (GEIB, 2012).

As estratégias de educação em saúde com a população idosa têm alcançado resultados expressivos, contribuindo para adesão terapêutica (OLIVEIRA et al., 2013), redução do isolamento social (DICKENS et al., 2011) e em melhorias na sua qualidade de vida (FERNANDES, 2007; SAMPAIO; ITO, 2012; SANTOS; NUNES, 2013; URZÚA et al., 2011; VICTOR et al., 2007).

Mas, para tanto, a prática educativa, atividade que deve ser implementada pelos profissionais da saúde, especialmente os que atuam na atenção básica (FORTUNA et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c), deve ir além da relação ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica; supõe uma relação dialógica pautada na horizontalidade entre sujeitos; não é uma atividade formal de ensino, mas parte da realidade do ser humano, valorizando suas experiências e expectativas frente ao processo saúde-doença (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

De maneira geral, os cuidados direcionados às pessoas idosas, realizados pelos profissionais que atuam na ESF, devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa, junto aos seus familiares e à comunidade, com o máximo possível de independência funcional e autonomia (SILVESTRE; NETO, 2003b).

3.3 Dinâmica de grupo: contribuições para o coordenador de grupos

Atualmente diversos autores têm indicado o uso do atendimento em grupo como estratégia para assistência em saúde; alguns apresentam claro delineamento para a implementação desse recurso, outros fazem somente menção a seu uso.

O trabalho com grupos deve ser subsidiado por conceitos e referenciais teóricos próprios, possibilitando, aos profissionais de saúde, o alcance de objetivos no contexto grupal, bem como potencializar o uso do grupo como ferramenta transformadora na busca por mudanças de comportamento e estratégias de enfrentamento, nos mais diversificados cenários.

Percebe-se que, errônea e comumente, conjuntos de pessoas são chamados de grupos. Nesse contexto, é necessário, primeiramente, que o profissional de saúde compreenda que não basta reunir determinado número de sujeitos para se ter realmente um grupo; para tanto, é necessário, dentre outros aspectos, a construção de relações interpessoais autênticas e permanente processo de reciprocidade entre seus participantes.

Além do erro conceitual de denominar de grupo algo que não é, observa-se, também, um preocupante processo de banalização em relação à implementação e condução de atividades grupais na área da saúde, em uma perspectiva claramente tecnicista, dando a falsa impressão de que coordenar grupos é uma tarefa simples que não requer conhecimento teórico, mas somente o domínio de alguns jogos e técnicas, geralmente aplicados sem se considerar às necessidades das pessoas envolvidas nessa atividade (ANDALÓ, 2006; SANTOS et al., 2012c).

Para coordenar grupos, além de competência técnica, também são necessárias a competência interpessoal, a flexibilidade perceptiva, a capacidade de assumir riscos, a atitude experimental e, principalmente, a responsabilidade ética, pois a condução do grupo pode afetar a vida das pessoas envolvidas nesse processo, com consequências, muitas vezes, danosas e irreversíveis (MOSCOVICI, 2010).

Entre as características que precisam ser desenvolvidas nos profissionais de saúde que desejam coordenar grupos, incluem-se a paciência, a empatia, a intuição, a discriminação, a ética, o respeito, a comunicação, o senso de humor, o amor às verdades, a coerência, o papel de continente e a capacidade de integração e a de síntese (ZIMERMAN,

2000).

Para que um conjunto de pessoas se torne, de fato, um grupo, são indispensáveis três requisitos básicos, sendo que a existência de um desses requisitos depende da presença dos outros:

- Primeiro - objetivo em comum, esse é o responsável por motivar a participação do indivíduo no grupo;
- Segundo - múltiplos intercâmbios entre os participantes, em outras palavras, interação psicológica, relações interpessoais autênticas;
- Terceiro - existência própria, ou seja, ter seus problemas, dificuldades, fracassos, sucessos, alegrias, entre outros (AUBRY; ARNAUD, 1978; LEWIN, 1948).

As relações interpessoais decorrem do processo de interação humana que, por sua vez, refere-se às interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não, expressas pelo indivíduo na presença de outro(s). O processo de interação humana é complexo e ocorre continuamente entre as pessoas, sob forma de comportamentos manifestos e não manifestos, reações mentais e/ou físico corporais (MOSCOVICI, 2010).

Para que pessoas reunidas se tornem verdadeiramente um grupo, é preciso que elas tomem consciência de que buscam um objetivo comum e que haja, entre elas, uma inter-relação psicológica autêntica. Elas precisam aceitar o trabalho comum, participar da responsabilidade coletiva e conjugar seus esforços para a realização de determinado trabalho conjunto (AUBRY; ARNAUD, 1978; YALOM; LESZCZ, 2006).

Um grupo possui estrutura, objetivos e relações próprios com outros grupos e sua essência não é a semelhança ou diferença entre seus integrantes, mas a interdependência entre os mesmos. Qualquer indivíduo que integre um grupo o influencia e é por ele fortemente influenciado (LEWIN, 1948). O grupo adquire uma unanimidade de pensamento e objetivo que transcende aos indivíduos, consolidando-se em uma entidade à parte (ZIMERMAN, 2000).

Determina a existência de um grupo a interação entre seus membros, ou seja, seus integrantes devem ser capazes de experimentar as mesmas emoções no contexto grupal e essas emoções precisam ser suficientemente

intensas para integrá-los, de maneira que o grau de união os torne capazes de caminhar juntos (MAILHIOT, 1978).

Considerando aspectos básicos que diferenciam um grupo de um conjunto de pessoas, a literatura especializada apresenta uma diversidade de classificações grupais, relacionadas ao tipo de abordagem (terapêutica ou psicoterápica) (DICKENS et al., 2011), objetivo (suporte, capacitação, socialização, educativo, promoção da saúde) e referencial metodológico adotado (psicodrama, grupo operativo, T-grupo), entre outros (ANDALÓ, 2006; DICKENS et al., 2011; LEWIN, 1948; PICHON-RIVIÈRE, 2005; ZIMERMAN, 2000).

Os grupos também podem ser classificados, de acordo com seu funcionamento, em abertos (quando permitem a entrada de novos membros em todos os encontros e a participação em uma sessão não implica na obrigação de comparecer a outras) ou fechados (quando estão limitados a determinado número de pessoas, previamente selecionadas). De acordo com as características de seus participantes, os grupos ainda podem ser classificados em homogêneos (quando todos os membros do grupo possuem determinadas semelhanças, tais como idade, processos patológicos, experiência traumática entre outros) ou heterogêneos (grupos mistos, em que os participantes apresentam condições diversas) (OSORIO, 2007).

Todavia, independente do tipo de grupo, percebe-se que ele se caracteriza por um movimento contínuo e um equilíbrio instável e temporário, cujo conhecimento é muito difícil, por ser impossível apreender toda riqueza contida no entrecruzamento dos aspectos subjetivos, e por seus integrantes estarem em permanente processo de reciprocidade, em que cada indivíduo é representante de si mesmo e da história da sociedade em que vive (ANDALÓ, 2006; LEWIN, 1948).

Nesse sentido, o estudo da dinâmica de grupo colabora para um posicionamento mais assertivo do coordenador frente aos movimentos básicos do grupo de colaboração ou resistência, pois favorece que ele compreenda a complexidade das experiências vivenciadas no campo grupal, bem como a tomada de decisão e realização de intervenções efetivas às demandas dos participantes do grupo (LEWIN, 1948).

O psicólogo social Kurt Lewin é considerado o fundador da dinâmica de grupo. Em 1945, ele fundou o Centro de Pesquisas de Dinâmica de Grupo e introduziu esse termo no vocabulário da psicologia contemporânea (ANDALÓ, 2006). O termo dinâmica de grupo refere-se, então, ao estudo da natureza do grupo, da relação indivíduo-grupo e grupo-sociedade e de seu funcionamento - resistência à mudança, comunicação, criatividade, liderança, papéis assumidos por seus membros, entre outras características (LEWIN, 1948).

Segundo Kurt Lewin, o coordenador deve compreender que a integração do grupo depende do nível de comunicação entre seus participantes e, para se alcançar a aprendizagem, são necessários os seguintes aspectos: desejo de questionar, de atingir a maneira mais adequada de comunicação com o outro e um clima de aprendizagem propício ao crescimento e aperfeiçoamento humano (ANDALÓ, 2006; LEWIN, 1965).

Entretanto, as pessoas que integram um grupo estão sujeitas à atuação de um campo de forças - meio psicológico em que coexistem tensões internas de cada pessoa e as pressões provenientes do campo ao seu redor, ou seja, seu espaço vital - que pode favorecer ou dificultar a aprendizagem, mudanças de comportamento, realização de tarefas (LEWIN, 1965).

O campo de forças é formado por vetores positivos, representados pela força dirigida ao alcance dos objetivos, ou seja, forças encorajadoras; e vetores negativos, representados pelas forças que levam o indivíduo a se afastar do seu objetivo. Assim, em cada pessoa há forças que impulsionam (ajudam no processo de aprendizagem/mudança de comportamento) e que restringem (dificultam o processo de aprendizagem/mudança) o alcance dos objetivos (LEWIN, 1939).

Quando dois ou mais vetores opostos (positivo e negativo) atuam sobre uma mesma pessoa, ao mesmo tempo e em intensidade igual, tem-se uma situação estacionária, em que não há movimentação da pessoa em prol do alcance dos objetivos do grupo (LEWIN, 1939; MOSCOVICI, 2010).

Porém, quando dois ou mais vetores atuam sobre uma mesma pessoa, ao mesmo tempo e em intensidades diferentes, tem-se o movimento do

indivíduo em prol dos objetivos do grupo (quando os vetores positivos são mais intensos, ou seja, quando há atuação de mais forças encorajadoras) ou em repulsa aos mesmos (quando os vetores negativos são mais intensos, isto é, se há atuação de mais forças desencorajadoras) (LEWIN, 1939; MOSCOVICI, 2010).

Nas situações em que, no campo de forças, os vetores positivos são mais intensos, a pessoa sofre um processo de descongelamento e, conseqüentemente, um processo de mudança. Se essas forças são mantidas, há recongelamento do novo comportamento, ou seja, mudanças efetivas (LEWIN, 1939; MOSCOVICI, 2010).

É válido destacar que os vetores que atuam no campo de forças estão distribuídos em três dimensões, sendo elas o “Eu” (características pessoais: criatividade, timidez, outros); o “Outro” (fatores referentes à relação com outras pessoas: papéis assumidos, conflitos) e o “Ambiente” (elementos referentes ao ambiente físico: recursos materiais) (LEWIN, 1939; MOSCOVICI, 2010).

O coordenador precisa ser capaz de realizar leitura do campo de forças que atua no grupo e, à partir de sua observação e interpretação, realizar intervenções que possibilitem ao grupo o alcance de seus objetivos (LEWIN, 1939; PEIXOTO, 2012).

Toda necessidade cria um estado de tensão no indivíduo que participa do grupo, e a motivação, a satisfação, a frustração e os efeitos da liderança (autocrática, democrática ou *laissez-faire*) podem levar o indivíduo a um estado estacionário, ao alcance dos objetivos do grupo ou, até mesmo, a comportamentos de resistência (ANDALÓ, 2006; LEWIN, 1939, 1948; MOSCOVICI, 2010).

Nessa perspectiva, a identificação dos vetores que atuam no indivíduo/grupo para formar o campo de forças é uma importante ferramenta que permite ao coordenador compreender quais fatores ajudam ou dificultam o grupo no alcance dos seus objetivos e, dessa maneira, favorece o planejamento de intervenções direcionadas às necessidades concretas do grupo, potencializando seu desempenho (MOSCOVICI, 2010; PEIXOTO, 2012).

Destaca-se que o olhar, os sorrisos, os gestos, a postura corporal, o deslocamento físico de aproximação ou de afastamento constituem recursos não verbais de interação entre as pessoas e configuram-se em movimentos grupais. Até mesmo quando uma pessoa vira as costas ou fica em silêncio têm-se um processo de interação e um significado que devem ser percebidos e interpretados pelo coordenador de grupo (MOSCOVICI, 2010).

Outro recurso que pode ser usado pelo coordenador para compreender o movimento grupal é a identificação dos papéis assumidos pelos membros, já que o processo de explicitação do latente ocorre por meio do interjogo de papéis que podem ser assumidos pelos membros na dinâmica visível e invisível do grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Portanto, o coordenador deve ter a habilidade de entender/identificar o movimento dos integrantes do grupo no exercício de diferentes papéis, tais como: bode expiatório – funciona como o depositário do grupo, assumindo os aspectos negativos; porta voz - manifesta o que o restante do grupo pode estar pensando/sentindo, ou seja, comunica os pensamentos, sentimentos, ansiedades inconscientes do grupo; sabotador - membro responsável por prejudicar o bom funcionamento do grupo, podendo usar de diversos recursos de resistência para impedir/difícultar o processo de mudança; radar - membro do grupo capaz de captar os primeiros sinais de ansiedade grupal; apaziguador - indivíduo que possui dificuldades em lidar com conflitos, tentando sempre “apaziguar” as situações de tensão; instigador - membro do grupo capaz de provocar perturbações no campo grupal e líder - consegue exercer influência, positiva ou negativa, sobre os demais membros do grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005; ZIMERMAN, 2000).

É importante que haja permanente jogo de criação/movimento desses papéis, pois quando os papéis são fixos e estereotipados, o grupo apresenta resistência à mudança e comportamentos estereotipados. Quando esses papéis deixam de ser fixos, percebe-se, então, a evolução de seus membros (PICHON-RIVIÈRE, 2005; ZIMERMAN, 2000).

Destaca-se, ainda, que os grupos operam em dois níveis que são simultâneos, opostos, interativos e bem delimitados, denominados “grupo de trabalho” e de “supostos básicos” (BION, 1975; ZIMERMAN, 2000). O “grupo de trabalho” diz respeito aos aspectos conscientes de uma determinada

tarefa combinada por todos os membros do grupo, ou seja, na combinação entre as pessoas sob a égide da razão, da ação e do fazer (BION, 1975; WEIL, 2002; ZIMERMAN, 2000).

O nível “supostos básicos” contempla três modalidades, denominadas de “dependência”, “luta e fuga” e “pareamento” (BION, 1975; ZIMERMAN, 2000). No suposto básico de “dependência”, os participantes do grupo necessitam dos comandos do coordenador para realizar qualquer atividade. Há uma relação de dependência entre os membros do grupo e a autoridade exercida pelo papel do líder (BION, 1975; MOSCOVICI, 2010).

No suposto básico de “luta e fuga”, o grupo pode assumir duas condutas, em que, na primeira (luta), ele enfrenta a atividade com hostilidade, seus integrantes se mostram impacientes, com raiva e, até mesmo, agressivos. Além disso o grupo, comumente, tenta apontar um culpado para suas falhas, que pode ser o coordenador, qualquer outro membro ou mesmo uma situação como, por exemplo, falta de tempo, recurso, espaço, entre outros. Na segunda conduta (fuga), o grupo tende a fugir das atividades, manifestando desinteresse ou falta de compreensão (BION, 1975; MOSCOVICI, 2010).

Os participantes de um grupo também podem se mostrar unidos, apresentar esperanças messiânicas em uma pessoa, uma ideia, um acontecimento que virá salvá-los e fazer desaparecer todas as dificuldades. Esse momento do grupo caracteriza-se pelo suposto básico de pareamento (BION, 1975; MOSCOVICI, 2010).

É importante destacar que caracteriza cada um dos três supostos básicos a maneira como as emoções básicas (amor, ódio, medo, raiva, ansiedades e outros) são combinadas e estruturadas, exigindo um tipo de liderança específica e apropriada para preencher os requisitos do suposto básico predominante e vigente no grupo (ZIMERMAN, 2000).

O suposto básico de “dependência”, por funcionar no nível mais primitivo, requer e elege um líder de características carismáticas, em razão da busca por proteção, segurança e alimentação material e espiritual. O suposto básico de “luta e fuga” requer um líder com características paranóide e autoritária, e o de “pareamento” pede uma liderança messiânica, caracterizada por ser a salvação do grupo. As modalidades de supostos

básicos não se contrapõem entre si; ao contrário, elas podem coexistir em um mesmo grupo e se alternarem em relação a seu surgimento (ANDALÓ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

Há basicamente três tipos de liderança; a autocrática, a democrática e a *laissez-faire*. A liderança autocrática comumente é exercida por indivíduos com características obsessivo-narcisísticas, em grupos compostos por pessoas inseguras e que não sabem fazer pleno uso de sua liberdade. Já a liderança democrática configura-se em democracia sadia, implica, portanto, em uma hierarquia com a definição de papéis e funções, e em claro reconhecimento dos limites e das limitações de cada um (LEWIN, 1948; ZIMERMAN, 2000). A liderança *laissez-faire*, por sua vez, caracteriza-se pelo estado de negligência do coordenador em relação ao grupo e, dessa maneira, seu maior risco consiste na falta de um continente para as angústias, dúvidas e limites, favorecendo o surgimento de resistências (LEWIN, 1948; ZIMERMAN, 2000).

Nota-se que o papel de líder, bem como o tipo de liderança assumida no grupo estão relacionados a aspectos interpessoais estabelecidos entre os membros do grupo, em que a noção de poder está implícita no processo de influência social que caracteriza essa relação.

No contexto grupal, o coordenador pode usar diversas técnicas para identificar como o grupo desenvolve suas tarefas, como se estabelecem as relações interpessoais e os mecanismos de resistência, ou seja, elas permitem que o coordenador faça uma leitura do movimento grupal (ANDALÓ, 2006; SANTOS et al., 2012c). As técnicas implementadas no grupo também favorecem o desenvolvimento enquanto grupo, a comunicação, a interação entre as pessoas, o compartilhamento de experiências e a construção coletiva de saberes (SANTOS et al., 2012c).

Quando se propõe uma atividade lúdica ou expressiva em um grupo, essa tarefa não é somente para realizar o proposto, mas um meio para que se trabalhem determinados aspectos internos e vinculares nos integrantes do grupo (CASTANHO, 2012).

Torna-se evidente, então, que toda e qualquer técnica usada no contexto grupal não deve ser escolhida ao acaso, mas estar direcionada a objetivos específicos e às demandas do grupo. Sendo assim coordenar

grupos não está relacionado ao fato de aprender truques ou técnicas que sejam a solução para todos os problemas ou a fórmula para sanar todos os males, mas à realização de uma leitura correta do movimento grupal para que seja possível realizar intervenções que atendam efetivamente às necessidades do grupo (MINICUCCI, 2009; MOTTA; MUNARI, 2006; SANTOS et al., 2012c).

São exemplos de técnicas que podem ser usadas no grupo para favorecer o acolhimento, compartilhamento de experiências e comunicação efetiva entre seus membros:

- Sucata: objetos de um sucatório são colocados no chão, no centro do grupo, dispostos de maneira que todas as peças fiquem visíveis aos membros do grupo. Os mesmos devem ser orientados a escolher um ou mais objetos que representem seus sentimentos/vivência naquele momento, expectativas, entre outros;

- Expressões faciais: vários desenhos de expressões faciais (raiva, tristeza, alegria, paixão, estresse, esperança, loucura, sono, incerteza) devem ser dispostos no centro do grupo e os participantes orientados a escolher o desenho que melhor represente seus sentimentos;

- Figuras de revistas: diversas figuras de revistas contendo imagens de pessoas, lugares, objetos entre outros, em diferentes situações, são dispostas no centro do grupo e seus membros convidados a escolher as figuras que melhor representem seus sentimentos/vivência;

- Filipetas: tiras de cartolina com nomes de sentimentos positivos (felicidade, fé, esperança, alegria, amor, cura entre outros) e negativos (cansaço, dor, tristeza, raiva, medo, angústia, desespero, desesperança) são colocadas no centro do grupo para que os participantes escolham aquelas cujas palavras melhor representem seus sentimentos (OLIVEIRA, 2006).

Todavia, salienta-se que a técnica quando realizada no grupo sem considerar seus movimentos, ou seja, de maneira descontextualizada, leva à banalização, ao tecnicismo e, ainda, a situações desfavorecedoras (ANDALÓ, 2006; AUBRY; ARNAUD, 1978). As pessoas, mesmo sensibilizadas e conscientes da necessidade de mudanças, estão sujeitas a retrocessos, bloqueios, frustrações, pessimismo e resistências (MOTTA; MUNARI, 2006).

Depreende-se, então, que coordenar grupo não é tarefa fácil. O preparo técnico científico pode colaborar para que profissionais de saúde desempenhem adequadamente esse papel, atuando como mediadores das questões visíveis e não visíveis experimentadas no contexto grupal e contribuindo para o crescimento e aprendizagem de todos (MOTTA et al., 2007; NOGUEIRA et al., 2013).

Não existem receitas e técnicas infalíveis para a construção do atendimento grupal, mas cabe ao coordenador estar atento às nuances do grupo e se preparar para essa tarefa, no intuito de minimizar as chances de fracasso e aumentar as possibilidades de se obter sucesso (MOSCOVICI, 2010; SANTOS et al., 2012c).

Anteriormente à implementação do atendimento grupal, como estratégia para assistência em saúde, é necessário realizar o planejamento dessa atividade. Sendo assim, o coordenador deve delimitar com clareza quais seus objetivos (a que o grupo se propõe?), seu público alvo e como se dará o funcionamento do grupo (OSORIO, 2007; SANTOS et al., 2012c).

Atualmente ocorre uma proliferação de trabalhos grupais, acompanhada de vários modelos e técnicas, nas mais diversificadas tendências (DICKENS et al., 2011). Entretanto, independente do modelo adotado pelo coordenador, salienta-se a importância da coordenação do grupo se alicerçar em referencial teórico para condução dessa atividade, já que ele configura-se na lente pela qual o coordenador visualiza e percebe o grupo, bem como seu potencial, suas necessidades e resistências básicas.

Interessante destacar, também, que cada sessão grupal deve ser organizada de modo a contemplar a fase de acolhimento e estabelecimento das regras de convivência no espaço grupal, de realização das atividades, de processamento da experiência grupal e, para finalizar, avaliação da vivência no grupo (HEINEY; WELLS, 1989; OLIVEIRA, 2006; YALOM; LESZCZ, 2006).

Na fase de acolhimento, o coordenador deve apresentar ao grupo seus objetivos e construir/discutir um contrato de trabalho que estabeleça as regras de convivência grupal. O contrato representa as normas verbais que regem o processo grupal. Ele deve ser discutido no início de cada sessão, nos grupos abertos ou no primeiro encontro, nos grupos fechados. As

normas são moldadas pelas expectativas dos membros do grupo e pelo comportamento do coordenador, para que o grupo possa alcançar seus objetivos (MUNARI; FUREGATO, 2003; OSORIO, 2007; YALOM; LESZCZ, 2006).

Bem mais que as regras de um contrato de trabalho, a atitude de acordar o processo grupal é uma demonstração de respeito e comprometimento do coordenador para com o grupo, visando ao crescimento e criatividade (MOTTA; MUNARI, 2006). O contrato deve abordar aspectos relacionados ao horário para início e término da sessão, sigilo, respeito, ética, uso de celular e outras questões que o grupo considerar pertinentes. Sempre que o grupo ou coordenador julgar necessário, o contrato grupal deve ser rediscutido e remodelado (SANTOS et al., 2012c).

A fase de conteúdo ou de realização da atividade é expressa pelas tarefas desenvolvidas no contexto grupal. Nessa etapa podem ser usadas diversas técnicas com o objetivo de mobilizar o grupo em prol de determinado(s) objetivo(s), tais como orientações verbais, recursos lúdicos (teatro, brincadeiras, pintura), construção de cartazes/folhetos, etc. É importante que a técnica usada pelo coordenador atenda às necessidades e objetivos do grupo (ANDALÓ, 2006; MOTTA; MUNARI, 2006).

Segue-se, então, para a fase em que o coordenador realiza o processamento das vivências experimentadas no aqui e agora do grupo, buscando fortalecer as relações de apoio entre seus membros e a coesão grupal. É um momento em que o grupo precisa voltar para si mesmo, superar o nível emocional da vivência, conseguir pensar criticamente sobre o que fez e não fez e seus sentimentos (ANDALÓ, 2001; MOTTA; MUNARI, 2006; YALOM; LESZCZ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

O coordenador de grupo realiza a interpretação da vivência grupal a partir da elaboração interna de uma série de fatores: conhecimentos teórico-técnicos, capacidade de empatia e intuição, percepção daquilo que não é dito e não é feito. Ele tem como objetivos promover *insight* (tornar consciente aquilo que for pré-consciente ou inconsciente), fazer discriminação entre as diferenças, reconhecer e modificar os papéis assumidos no campo grupal, ou seja, promover a mudança de comportamento a partir da tomada de

consciência dos membros do grupo (YALOM; LESZCZ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

A atividade interpretativa constitui-se como principal instrumento técnico do coordenador, sendo que não existem fórmulas acabadas e certas de como e o que dizer, pois as situações no aqui e agora do grupo são muito variáveis e, além disso, cada coordenador deve respeitar seu estilo peculiar e autêntico de formular suas intervenções (ZIMERMAN, 2000).

Para finalizar, o coordenador deve solicitar que os membros do grupo avaliem a sessão grupal, já que os relatos dos integrantes do grupo são fonte rica e relevante de informações sobre a validade do uso dessa tecnologia. A avaliação pode ser direcionada à sessão, de modo geral, ou ao desempenho de cada pessoa na condição de membro do grupo (SANTOS et al., 2012b).

Algumas pesquisas (LOOMIS, 1979; VERTINO; GETTY; WOOLDRIDGE, 1996; YALOM; LESZCZ, 2006) evidenciam a importância da opinião do próprio participante sobre a sessão grupal, destacando situações que marcaram, positivamente, ou não, sua participação na atividade. Essa avaliação ajuda a coordenação do grupo a estruturar e perceber se a terapia grupal está, de fato, beneficiando seus participantes e a propor intervenções em resposta às necessidades do grupo.

Percebe-se que, de modo geral, nos grupos há uma tendência permanente à dispersão, especialmente em suas fases iniciais (primeiros encontros/primeiros momentos de cada encontro), em que se observa uma forte instabilidade, ou seja, as pessoas faltam, desistem, se atrasam. Tal fenômeno habitualmente é atribuído à inabilidade ou ineficácia da coordenação; contudo, é importante que o profissional perceba que essa situação faz parte do processo de constituição dos “nós” do grupo, do sentido de pertinência (ANDALÓ, 2006).

Nas fases iniciais, os participantes se reúnem por motivos próprios, de sua particularidade ou, até mesmo, por informações distorcidas ou idealizadas em relação ao grupo, objetivos propostos e coordenação. Assim, as fases iniciais costumam ser difíceis, pois nelas se estabelecem o contato e o reconhecimento do grupo efetivamente existente, surgindo dúvidas, temores, decepções e surpresas (ANDALÓ, 2006).

O vínculo entre os membros de um grupo se estabelece conforme persistem a comunicação e o interatuar e cada sujeito reconhece o outro como diferenciado de si e, ao mesmo tempo, relacionado com ele. Nesse processo de mútua representação interna, internalização recíproca ou totalização é que surge o “nó”, ou seja, a vivência da unidade vincular ou grupal que se transforma em “pertinência”, no sentimento de pertencer ao grupo, de se identificar com suas vicissitudes e acontecimentos (ANDALÓ, 2006; PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Ao usar o grupo como recurso para assistência em saúde, o profissional de saúde não deve perder de vista sua relação com as várias configurações sociais e com o contexto sóciohistórico. É indispensável a compreensão do sistema social de que o grupo e seus participantes derivam e no qual eles se inserem (ANDALÓ, 2006).

Nota-se que o estudo da dinâmica de grupo favorece uma aplicação consistente desse recurso como ferramenta de trabalho nas áreas educativas e assistenciais, permitindo entender não somente os aspectos objetivos e aparentes do grupo, mas também sua dimensão psicológica (LEWIN, 1948).

Esse processo de aprendizagem ajuda o profissional de saúde a compreender a complexidade e a amplitude dos fenômenos intersubjetivos que florescem nas interações grupais e a potencializar seu papel de coordenador. Quanto maior a aproximação desses profissionais com a dinâmica de grupo, maiores as chances de se alcançar os benefícios do atendimento em grupo e consolidá-lo em estratégia que favorece a promoção da saúde e a QV de seus participantes (MUNARI et al., 2007).

A prática de grupo pode, ainda, racionalizar o trabalho dos profissionais de saúde, pois contribui para diminuir a demanda por consultas (ACIOLI, 2008; HORTA et al., 2009; SANTOS; NUNES, 2013; SANTOS et al., 2006), otimiza recursos financeiros, favorece o atendimento de maior número de pessoas em menor tempo e pode ser usada para monitorar a situação de saúde da população, além de potencializar a utilização, por pessoa, de seus próprios recursos na busca por uma vida mais saudável (NOGUEIRA, 2012; OLIVEIRA et al., 2009; SANTOS et al., 2012c).

3.4 O uso do grupo como estratégia para promoção da saúde

O atendimento em grupo configura-se em importante recurso para educação e promoção da saúde (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009b; DRUMMOND et al., 2012; EKBLAD; ASPLUND, 2013; SANTOS; NUNES, 2013). Está incorporado à lista de procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para atender à população na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c), pois pode ampliar o entendimento do indivíduo sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, favorecer mudanças nos hábitos de vida que constituem risco à saúde (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; GODOY; MUNARI, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c; NOGUEIRA, 2012; SANTOS; NUNES, 2013; YALOM; LESZCZ, 2006).

A literatura especializada tem descrito a tecnologia de grupo como estratégia para atendimento em diferentes cenários, por exemplo, enfermeiros usaram o grupo para cuidar de famílias de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por meio de suporte emocional e compartilhamento de informações (SANTOS et al., 2012c).

Em outra pesquisa, profissionais de saúde usaram o atendimento em grupo como ferramenta de cuidado a familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva adulta. Os resultados obtidos indicam que o grupo colaborou para construção da assistência humanizada e possibilitou a superação do olhar historicamente centrado no paciente e na doença (OLIVEIRA et al., 2010).

O grupo também foi implementado como estratégia para a promoção da saúde de famílias adotivas e possibilitou a formação de redes de apoio social, favorecendo aos participantes ratificar a filiação e legitimar o adotante em seus lugares de pai ou mãe. Dessa maneira, o grupo consolidou-se em um local de escuta, em que sentimentos, fantasias, dúvidas e dificuldades, surgidas com a chegada do filho e nas etapas iniciais da interação puderam ser compartilhadas, favorecendo a superação das dificuldades e redução da ansiedade (LEVY; DIUANA; PINHO, 2009).

Outros autores evidenciaram que atividades grupais a pacientes diabéticos confirmam o autocuidado, podem promover interação benéfica

entre as pessoas, permitem troca de experiências, compreensão do processo saúde doença, a adoção de hábitos de vida saudáveis e outras vivências positivas (OLIVEIRA et al., 2009).

De modo geral, percebe-se que a participação em atividades grupais favorece processos de aprendizagem, mudanças de comportamento e adoção de estilo de vida mais saudável, possibilita socialização entre as pessoas e suporte emocional, proporciona espaço para o compartilhamento de sentimentos e ansiedades (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009b; FAVORETO; CABRAL, 2009; GUEST; KEATINGE, 2009; NOGUEIRA, 2012; OLIVEIRA et al., 2010; SANTOS; NUNES, 2013; SANTOS et al., 2012c; SHAYA et al., 2013).

Contudo, muitos autores apontam que varios profissionais da saúde têm implementado a prática grupal inadequadamente, por meio de uma abordagem focada na doença ou nos problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços, não considerando o potencial do grupo enquanto agente de mudanças e de promoção da autonomia dos sujeitos (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; FORTUNA et al., 2013; SANTOS et al., 2012c; SILVA et al., 2003; SOUZA et al., 2005).

Dessa maneira, apesar dos benefícios que podem ser alcançados com o uso de atividades grupais em ações de prevenção, educação, promoção e reabilitação da saúde, percebe-se que essa tecnologia não tem atingido todo seu potencial (JESUS et al., 2008; SANTOS et al., 2012c).

A prática de grupo tem sido pouco inovadora, focada basicamente no controle de agravos à saúde (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; JESUS et al., 2008; SANTOS et al., 2010), e a participação do sujeito, comumente, é motivada por trocas simbólicas, relacionadas à manutenção do tratamento, tais como receber medicamento, marcar exames e consultas (OLIVEIRA et al., 2008).

Nota-se, ainda, que as atividades grupais estão, frequentemente, alicerçadas na transmissão vertical e impositiva do conhecimento prescritivo do profissional de saúde, já que ele não considera o saber popular ou a perspectiva do sujeito sobre sua vida (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005; SANTOS et al., 2010). Entretanto, é válido destacar que não é incomum o profissional ingressar nessa atividade porque lhe foi delegada tal função, por

determinação de instâncias superiores, e não por seu próprio desejo ou habilidade (SILVA et al., 2003).

É sabido que o Ministério da Saúde do Brasil recomenda o uso de atividades em grupo como estratégia para promoção da saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a,c, 2012). Contudo, ele não apresenta diretrizes quanto aos aspectos técnicos e estruturais necessários para a implementação de atividades dessa natureza, nem pressupõe a necessidade de capacitação técnica e científica dos profissionais para lidar com essa tecnologia.

Dessa maneira, o coordenador do grupo, muitas vezes, não consegue realizar a prática comunicativa articulada aos mecanismos interacionais e de compartilhamento dos integrantes do grupo. Nota-se que ainda coexiste uma prática comunicativa verticalizada, direcionada aos aspectos individuais e biologicista, com enfoque em doenças e/ou fatores de risco. Essa situação dificulta a construção conjunta de saberes e processos de aprendizagem (SILVA; SOARES, 2013).

Nesse contexto, a realização de grupos pode estar se consolidando como estratégia clínica assistencial, enquanto a dimensão educativo-participativa e o empoderamento dos sujeitos e da comunidade para o exercício da cidadania se apresentam reduzidos (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; SANTOS; NUNES, 2013).

O coordenador de grupos deve estar atento para o risco de, ao querer incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, manter uma fala prescritiva e comportamentalista, pouco sintonizada com o arcabouço filosófico-conceitual da promoção da saúde. Sem perceber, ele pode muitas vezes invadir a intimidade do indivíduo ou desconsiderar aspectos culturais. Nesse sentido, os coordenadores precisam lidar com os aspectos culturais de maneira diferente, não ignorando o conhecimento técnico, mas também respeitando a cultura local, conciliando ambos em suas atividades para que seja possível, de fato, a construção conjunta de saberes (SILVA; SOARES, 2013).

Consolida-se, então, como grande desafio aos profissionais de saúde, implementar a atividade grupal de maneira que ela, efetivamente, contribua

para a promoção da saúde e seja capaz de estimular a reflexão e ampliar a capacidade dos indivíduos para solucionar problemas (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009a; FORTUNA et al., 2013; SANTOS; NUNES, 2013; SANTOS et al., 2012c).

Para isso, primeiramente, o profissional de saúde deve entender que para um conjunto de pessoas se tornar, de fato, um grupo, é preciso que elas se percebam em busca de objetivos comuns, devendo existir entre elas uma inter-relação psicológica autêntica (AUBRY; ARNAUD, 1978). O profissional precisa compreender que o significado de grupo ultrapassa a soma de seus integrantes e não se limita a mera reunião de pessoas, mas se constitui em um corpo com estrutura, objetivos e relações próprias com outros grupos (LEWIN, 1948; MAILHIOT, 1978).

Em relação ao uso do grupo como recurso para atender à pessoa idosa, percebe-se que ele possibilita o estabelecimento de novos canais de comunicação e proporciona mudanças no comportamento, principalmente, no círculo de amizade do idoso, que é ampliado, contribuindo para romper situações de solidão (DICKENS et al., 2011; NOGUEIRA, 2012; SAMPAIO; ITO, 2012; VICTOR et al., 2007).

O fato é que, quando conduzido adequadamente, o atendimento em grupo facilita a construção coletiva de saberes e a reflexão acerca da realidade vivenciada por seus membros (PICHON-RIVIÈRE, 1986; SANTOS et al., 2012c; YALOM; LESZCZ, 2006) e pode configurar-se em ferramenta potencializadora da promoção da saúde do idoso, contemplando dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e colaborando para se alcançar um envelhecimento saudável (DICKENS et al., 2011; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; MORAIS, 2009; NOGUEIRA, 2012; NOGUEIRA et al., 2013; SAMPAIO; ITO, 2012).

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, planejar projetos de vida e adquirir e/ou manter estratégias para enfrentar o processo de envelhecimento (MORAIS, 2009; NOGUEIRA, 2012; SANTOS; NUNES, 2013).

A participação em grupos favorece grandes melhorias e mudanças na vida dos idosos, em diversos aspectos, especialmente em sua autoestima e valorização pessoal. Muitos idosos relatam que atividades realizadas no ambiente grupal contribuem bastante para o desenvolvimento das funções da vida diária e para perceberem reconhecimento e valorização, tanto pelos familiares como pela sociedade em geral (RIZZOLLI; SURDI, 2010).

A convivência no espaço grupal promove a formação de uma rede de solidariedade e apoio, que favorece a transformação de experiências pessoais em experiências coletivas, possibilitando o aprendizado de novos hábitos a partir das experiências compartilhadas e dos esclarecimentos feitos pelos próprios integrantes do grupo (FAVORETO; CABRAL, 2009; GOULART; SANTOS, 2012; GRANDO; DALL'AGNOL, 2010; OLIVEIRA et al., 2009; SANTOS et al., 2012b; YALOM; LESZCZ, 2006).

Diante do exposto, percebe-se que o grupo, utilizado como recurso de assistência à saúde dos idosos, pode proporcionar uma variedade de benefícios a seus membros (SANTOS; NUNES, 2013). Porém, quando não desenvolvido com todo seu potencial transformador, com ênfase somente nos aspectos relacionados à doença, não passa de uma mera estratégia tecnicista de atendimento e a técnica isolada e descontextualizada pode conduzir a situações desfavorecedoras (ANDALÓ, 2006; GARCIA et al., 2006; MINICUCCI, 2009; SANTOS et al., 2012c).

É claro que no ambiente grupal pode-se discutir sobre tratamento e cura doenças, mas não se deve focalizar, apenas, a intervenção tecnológico-medicamentosa, visto que a doença não habita um corpo material biológico somente, mas o corpo de um ser que, como tal, expressa, em sua materialidade biológica, a dimensão sensível que o qualifica como humano (SILVA; SOARES, 2013).

Quando conduzido de acordo com seus pressupostos teóricos, o atendimento em grupo pode representar um remédio para os idosos, um remédio que vai além da cura física, mas que possibilita a cura mental, espiritual e social, pois oportuniza o estabelecimento de laços de amizade, distração, aprendizado e apoio por parte dos membros e coordenadoras (NOGUEIRA, 2012).

Nesse cenário, o estudo da dinâmica de grupo auxilia a aplicação consistente desse recurso como ferramenta de trabalho nas áreas educativas e assistenciais e permite, à equipe de saúde, entender não somente os aspectos objetivos e aparentes do grupo, mas também sua dimensão psicológica (MUNARI et al., 2007).

4 MÉTODO

“Buscai, pois, em primeiro lugar, o seu reino e a sua justiça, e todas estas coisas vos serão acrescentadas”.
(Mateus 6:33)

4.1 Delineamento

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo analítica transversal (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Local e participantes da pesquisa

A população do município de Goiânia é composta por 1.302.001 habitantes, e desses aproximadamente 10% representam pessoas com 60 ou mais anos de idade (BRASIL, 2013). O município conta com 11 Distritos Sanitários, e o Distrito Sanitário Leste (DSL) possui cerca de 120.216 habitantes, sendo 7% de idosos (NUNES et al., 2010).

Para essa pesquisa, a amostra foi composta por conveniência, e trata-se de idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos) cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) do DSL, no município de Goiânia-Goiás, Brasil.

Nesse distrito, a maioria das moradias é de alvenaria, com 100% de energia elétrica, abastecimento de água tratada, coleta de lixo e quase toda a área é beneficiada com sistema de esgoto sanitário público. A região fica distante aproximadamente dez quilômetros do centro da cidade, sendo atendida por transporte coletivo público (NUNES et al., 2010).

A amostra desta pesquisa foi constituída por 116 idosos distribuídos em dois grupos. O primeiro, G1, foi composto por 26 sujeitos participantes de um grupo de promoção da saúde vinculado a UABSF. O outro, G2, foi integrado por 90 idosos residentes no mesmo setor, mas que não participavam do grupo de promoção da saúde.

4.3 Variáveis de exposição

A principal variável de exposição foi a participação em um grupo de promoção da saúde, há pelo menos seis meses, vinculado à UABSF e coordenado por seis ACS.

Este grupo existe há mais de doze anos e os encontros ocorrem uma vez por semana, com duração de três horas. Os idosos referem que os principais motivos que os levam a participar do grupo estão relacionados à

socialização, busca por uma vida saudável, ter um local para praticar atividades saudáveis, divertir-se, receber orientações sobre saúde, fazer amigos, conviver com outras pessoas de sua idade e trocar experiências com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes (NOGUEIRA, 2012).

Apesar das ACS não terem curso de dinâmica de grupo, percebe-se que, empiricamente, elas seguem aos pressupostos dessa teoria, porque há planejamento das ações desenvolvidas no contexto grupal e o foco está na promoção da saúde dos idosos, por meio da realização de alongamento físico, atividades recreativas e de socialização, tais como brincadeiras, dança, gincanas, leitura, apresentação teatral, viagens, passeios ao zoológico, piqueniques e outros (NOGUEIRA, 2012).

Além disso, em cada encontro do grupo são seguidas as etapas de acolhimento, compartilhamento de vivências e sentimentos, orientações (de acordo com as demandas dos idosos) e avaliação da vivência, conforme recomenda literatura especializada (MUNARI; FUREGATO, 2003; OSORIO, 2007; YALOM; LESZCZ, 2006). Quando não é possível trabalhar alguma questão que surgiu no aqui e agora do grupo, por falta de tempo ou conhecimento técnico científico dos coordenadores, a mesma é reabordada nos encontros subsequentes sendo que, quando necessário, profissionais de saúde são convidados para participar.

No grupo há baixa taxa de evasão, produtividade e a permanente renovação das atividades propostas, sem que o vínculo dos seus membros esteja atrelado, necessariamente, a um benefício como oferta de medicamentos, consultas e outros. Trata-se de um grupo do tipo aberto, ou seja, é aceita a participação de novos membros a cada encontro (OSORIO, 2007).

Durante a coleta de dados verificou-se que, embora mais de 50 sujeitos fossem membros do grupo de promoção da saúde da UABSF, muitos deles tinham idade inferior a 60 anos.

As outras variáveis independentes foram idade, sexo, escolaridade, morar sozinho, morar com companheiro, número de pessoas na mesma casa, receber aposentadoria, renda individual, contribuir com as despesas familiares e tipo de moradia.

4.4 Variáveis dependentes

Foram considerados como variáveis de desfecho os escores obtidos nos domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e nas facetas do WHOQOL-OLD (habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade).

4.4.1 Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é a versão abreviada do WHOQOL-100, sendo constituído por 26 perguntas. A primeira questão avalia a percepção do indivíduo em relação à sua QV, em uma perspectiva geral, e a segunda, a satisfação com a saúde. As 24 questões restantes representam as facetas que compõem o instrumento original, WHOQOL-100, e estão distribuídas nos domínios “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

As questões que deram origem à versão abreviada foram extraídas do teste de campo de 20 centros em 18 países que possuem diferentes perfis industriais, disponibilidade de serviços de saúde, religião, entre outras. As respostas seguem uma escala do tipo Likert (pontuação de 1 a 5) com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom).

Cada domínio do WHOQOL-BREF avalia aspectos específicos da vida do indivíduo, conforme descrito abaixo:

- “Físico” - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho;
- “Psicológico” - sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais;

- “Relações sociais” - relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual;

- “Meio ambiente” - segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

4.4.2 Instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD

O WHOQOL-BREF avalia a QV vida em adultos em uma perspectiva transcultural, considerando o caráter subjetivo desse fenômeno, englobando aspectos positivos e negativos e sua natureza multidimensional. Contudo, o grupo WHOQOL percebendo as prováveis especificidades conforme a faixa etária elaborou, em parceria com diversos países, um módulo complementar para avaliar a QV em adultos idosos, o WHOQOL-OLD (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

O módulo WHOQOL-OLD possui 24 itens distribuídos em seis facetas: “habilidades sensoriais”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer” e “intimidade”. Cada faceta avalia aspectos específicos da vida do idoso, conforme descrito abaixo:

- “Habilidades sensoriais” - funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na vida do idoso;

- “Autonomia” - refere-se à independência na velhice, ou seja, descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões;

- “Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)” - satisfação em relação às conquistas na vida e coisas a que se anseia;

- “Participação Social” – participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade;

- “Morte e Morrer” - preocupações, inquietações e temores relacionados a morte e morrer;

- “Intimidade” - capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Assim como no WHOQOL-BREF, as respostas do WHOQOL-OLD seguem uma escala do tipo Likert (pontuação de 1 a 5) com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom; muito infeliz-muito feliz) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

É importante destacar que, por se tratar de um módulo complementar, o WHOQOL-OLD não consegue avaliar sozinho a QV do idoso, para que isso seja possível é indispensável sua aplicação em conjunto com o WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

4.5 Critérios de inclusão

- ✓ Apresentar 60 anos ou mais;
- ✓ Estar mentalmente orientado e ser capaz de se comunicar verbalmente;
- ✓ Para os idosos do G1 – participar do grupo de promoção da saúde há, pelo menos, seis meses regularmente, ou seja, estar presente em pelo menos dois encontros por mês.

4.6 Critérios de exclusão

- ✓ Idosos que não foram encontrados em seu domicílio à época da coleta de dados, após um mínimo de três tentativas.

4.7 Coleta dos dados

Para coleta de dados foram usados três instrumentos: questionário sociodemográficos (Apêndice A), WHOQOL-BREF (Anexo A) e WHOQOL-OLD (Anexo B).

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho a outubro de 2012. Nessa etapa foi fundamental a colaboração de três ACS, previamente treinados pela equipe de pesquisadores para realizar o recrutamento dos idosos. Considerando a impossibilidade de permanência de um pesquisador

em tempo integral na UABSF, os ACS foram orientados sobre os objetivos do estudo e os cuidados na abordagem de possíveis sujeitos para a pesquisa.

Anteriormente à etapa de coleta de dados, a pesquisadora responsável por esse estudo realizou capacitação de cinco auxiliares de pesquisa, visando à aplicação adequada dos instrumentos de coleta de dados.

Para tanto, após agendamento na UABSF, a pesquisadora responsável apresentou a proposta da pesquisa, bem como seus objetivos, aos ACS e profissionais da referida unidade de saúde. Três ACS manifestaram interesse em participar desse estudo.

Ainda, duas acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás foram convidadas e aceitaram participar da etapa de coleta de dados, dado o envolvimento de ambas em projetos de pesquisa do NEPAQ/FEN/UFG.

Sendo assim, cinco auxiliares de pesquisa, três agentes ACS e duas acadêmicas do curso de Enfermagem/UFG participaram de dois encontros destinados à capacitação para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Esses encontros foram realizados no mês de maio de 2012, nas dependências da UABSF e coordenados pela pesquisadora responsável. Cada encontro teve duração de três horas.

No primeiro, houve a apresentação do projeto de pesquisa e leitura individual dos instrumentos de coleta de dados, além de momento “tira dúvidas”. Em seguida foi acordado, entre os participantes, a aplicação dos instrumentos de coleta de dados em sujeitos voluntários, visando ao treinamento dos auxiliares de pesquisa.

No segundo encontro, foram apresentadas as dificuldades encontradas na aplicação dos instrumentos e sanadas dúvidas. Posteriormente a essa etapa, deu-se início à coleta de dados, que foi realizada pela pesquisadora responsável e auxiliares de pesquisa.

Com os idosos que aceitavam participar, os ACS agendavam o melhor dia e horário para realização de uma entrevista em seu domicílio, almejando seu conforto e a privacidade necessária para esse momento. Primeiramente o entrevistador realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com o idoso, esclarecendo todas as dúvidas

e solicitando sua assinatura. Em seguida procedia o preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados. Destaca-se que os três instrumentos foram preenchidos pelo entrevistador na presença do sujeito, com objetivo de evitar constrangimentos aos participantes que, eventualmente, não fossem alfabetizados ou apresentassem qualquer limitação que os impedisse de ler e/ou escrever. Nos meses de junho a outubro de 2012, foram entrevistados os idosos participantes e não participantes das atividades grupais.

4.8 Análise estatística dos dados

Os dados foram digitados no programa Excel e analisadas no *software* Stata versão 11.0. Foi realizada estatística descritiva para caracterização dos idosos. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram representados por média, desvio-padrão e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Para análise dos resultados do WHOQOL-BREF foi necessário, primeiramente, recodificar as questões 3, 4 e 26, em que a pontuação 1 corresponde a 5, 2 a 4, 3 a 3, 4 a 2 e 5 a 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Os escores dos domínios podem ser calculados por meio da média dos escores das questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, esses serão calculados somente se o número de facetas não preenchidas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, esses serão calculados somente se o número de facetas não preenchidas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Os escores dos domínios podem ser convertidos para uma escala de 0 a 100 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Sendo assim, no WHOQOL-BREF, são calculados os escores de avaliação de cada um dos quatro domínios, sendo que o valor mínimo e máximo pontuado pode ser apresentado por escalas que variam de 4 a 20, ou de zero a 100. Independente da escala adotada, quanto maior a

pontuação obtida em cada domínio, melhor a QV da pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

Cada uma das 6 facetas que compõe o WHOQOL-OLD possui 4 itens, sendo assim, o Escore Bruto da Faceta (EBF) pode variar de 4 a 20. Todavia, se o EBF for dividido pelo número de itens na faceta (4), obter-se-á o Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF) que pode ter qualquer valor decimal entre 1 e 5 em que o valor 1 representa a mais baixa avaliação da QV e o valor 5 a mais alta possível (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Também é possível obter o Escore Transformado da Faceta (ETF) em que o valor mais baixo possível é zero e o mais alto possível é 100. Para chegar ao ETF, deve-se aplicar a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Ainda, pode-se produzir um “Escore Total” do WHOQOL-OLD. Para isso, é necessário somar todos os itens obtendo-se um escore bruto total (escala de 24 a 120); pode-se também formar um escore (médio) padronizado total (escala de 1 a 5) ou um escore transformado total (escala de 0 a 100) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Para análise dos resultados alcançados no WHOQOL-OLD, foi necessária a recodificação das questões 1, 2, 6, 7, 8, 9 e 10. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa QV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

De modo geral, os escores de QV, em cada uma das seis facetas do WHOQOL-OLD e dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, indicam a percepção dos idosos em relação à satisfação em diversos aspectos de sua vida. De acordo com a escala utilizada nessa pesquisa de 0 a 100, quanto mais alta a pontuação obtida, mais positiva é sua percepção da QV.

O WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foram testados, quanto à confiabilidade, por meio da análise de consistência interna, utilizando-se o alfa de Cronbach. Valores do alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,90 estimam boa consistência interna (CRONBACH, 1951).

Para comparação das características sociodemográficas entre os que participaram do grupo de promoção da saúde e daqueles que não

participaram utilizou-se, para as variáveis categóricas, o teste Qui-Quadrado ou teste de Fisher, quando apropriado.

A média da idade dos idosos foi comparada por meio do teste t de Student. As médias dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD foram comparadas, entre os idosos que participaram do grupo de promoção da saúde e daqueles que não participaram, por meio do teste t de amostras independentes.

Utilizou-se a regressão linear bivariada e múltipla para identificar os fatores associados a cada domínio do WHOQOL-BREF e a cada faceta do WHOQOL-OLD. Na análise bivariada estimou-se o valor de β bruto e o valor p para cada associação. Cada par de variáveis de exposição e cada variável de desfecho foram testados para colinearidade pelo coeficiente de correlação de Pearson (r). Nenhuma colinearidade foi encontrada (valores de r variaram entre 0,70 e -0,70 ou Fator Inflacionário da Variância ≤ 4 (LATORRE, 2013, JOHNSON; WICHERN, 2002).

As variáveis de exposição com valor de $p \leq 0,20$ e a variável de participação no grupo com qualquer valor de p foram incluídas na análise de regressão linear múltipla. A estratégia Stepwise Forward foi utilizada, mantendo-se no modelo as variáveis que obtiveram um ajuste no estimador β de pelo menos 10% ou aquelas que com valor $p \leq 0,05$ (JOHNSON; WICHERN, 2002).

4.9 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº. 036/2011) (ANEXO C) e todos os idosos participantes foram orientados em relação aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

“E invoca-Me no dia da angústia; Eu te livrarei, e tu Me glorificarás”.
(Salmos 50:15)

5.1 Consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD

O resultado do Alfa de Cronbach nos domínios do WHOQOL-BREF variou de 0,73 a 0,88 e nas facetas do WHOQOL-OLD de 0,76 a 0,80, o que indica boa confiabilidade para ambos os instrumentos (Tabela 1). Resultados semelhantes foram apresentados em outras pesquisas (ESER et al., 2010; LUCAS-CARRASCO; LAIDLAW; POWER, 2011).

Tabela 1. Consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Qualidade de Vida	Alfa Cronbach
WHOQOL-BREF	
Físico	0,88
Psicológico	0,82
Relações Sociais	0,73
Meio Ambiente	0,77
WHOQOL-OLD	
Habilidades sensoriais	0,78
Autonomia	0,76
Atividades PPF	0,78
Participação social	0,80
Morte e morrer	0,80
Intimidade	0,80

5.2 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos

A idade dos idosos variou de 60 a 89 anos, sendo que a média foi de 70,7 anos $\pm$ 7,0. A maioria dos idosos era do sexo feminino (98; 84,5%), possuía até quatro anos de estudo (96; 83,5%) e não morava sozinha (101; 87,1%).

Entre os idosos que moravam com companheiro(a) (56; 48,3%), 30 (25,9%) também dividiam a casa com filhos e/ou netos e 3 (2,6%) com outros parentes. 70 (60,3%) viviam com duas ou mais pessoas na mesma casa.

Mais da metade dos idosos recebia aposentadoria (88; 75,9%) e possuía renda individual de até um salário mínimo (90; 79,6%), na época R\$622,00 reais. Nota-se que a renda familiar foi maior que um salário mínimo em 76 (73,8%) casos. 88 (75,9%) idosos contribuíam com as despesas familiares e 72

(63,2%) referiram que essa era compartilhada entre duas ou mais pessoas (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Características	Total f(%)
Idade em anos, média	70,7 ±7,0
Sexo	
Masculino	18 (15,5)
Feminino	98 (84,5)
Escolaridade	
≤4 anos	96 (83,5)
>4 anos	19 (16,5)
Mora sozinho	
Não	101 (87,1)
Sim	15 (12,9)
Mora com companheiro	
Não	60 (51,7)
Sim	56 (48,3)
Mora com quem	
Com filhos e/ou netos	42 (36,2)
Com companheiro, filhos e/ou netos	30 (25,9)
Somente companheiro	23 (19,8)
Sozinho	15 (12,9)
Com companheiro e outros parentes	3 (2,6)
Outros parentes	3 (2,6)
Pessoas morando na mesma casa	
Até duas	46 (39,7)
Três ou mais	70 (60,3)
Recebe aposentadoria	
Não	28 (24,1)
Sim	88 (75,9)
Renda individual	
≤1 Salário mínimo	90 (79,6)
>1 Salário mínimo	23 (20,4)
Contribui com as despesas familiares	
Não	28 (24,1)
Sim	88 (75,9)
Renda familiar	
≤1 Salário mínimo	27 (26,2)
>1 Salário mínimo	76 (73,8)
Número de pessoas que contribui com a renda	
Uma	42 (36,8)
Mais de uma	72 (63,2)
Tipo de moradia	
Alugada	4 (3,5)
Própria	108 (93,1)
Outra	4 (3,4)
Total	116 (100,0)

5.3 Qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD

Em relação à análise do WHOQOL-BREF, no domínio “relações sociais”, obteve-se a maior média dos escores (70,8; DP= 12,7) e, no “meio ambiente”, a menor (52,7; DP= 12,6). No WHOQOL-OLD, os escores médios das facetas variaram de 55,7 $\pm$ 22,6, “faceta morte e morrer”, à 69,5 $\pm$ 18,9, “faceta habilidades sensoriais” (Tabela 3).

Tabela 3. Escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Qualidade de Vida	Média (DP*)	IC** 95%
Domínios do WHOQOL-BREF		
(0-100 pontos)		
Físico	59,1 (14,3)	56,4 – 61,7
Psicológico	63,2 (15,2)	60,4 – 66,0
Relações Sociais	70,8 (12,7)	68,5 – 73,2
Meio Ambiente	52,7 (12,6)	50,4 – 55,0
Facetas do WHOQOL-OLD		
(0-100 pontos)		
Habilidades sensoriais	69,5 (18,9)	66,0 – 73,1
Autonomia	58,7 (13,9)	56,1 – 61,3
Atividades PPF	61,6 (14,9)	58,8 – 64,4
Participação social	59,4 (16,8)	56,3 – 62,5
Morte e morrer	55,7 (22,6)	51,4 – 59,9
Intimidade	67,6 (16,3)	64,6 – 70,6
Escore total	62,4 (10,8)	60,3 – 64,5

*DP= desvio padrão

**IC: intervalo de confiança

A maioria dos idosos avaliou sua QV como boa ou muito boa (72; 62,1%), entretanto mais da metade não estava satisfeita com sua saúde (62; 53,4%) (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões	N	%
Como você avalia sua QV?		
Muito ruim	2	1,7
Ruim	7	6,0
Nem ruim nem boa	35	30,2
Boa	61	52,6
Muito Boa	11	9,5
Quão satisfeito você está com sua saúde?		
Muito insatisfeito	10	8,6
Insatisfeito	52	44,8
Nem satisfeito nem insatisfeito	30	25,9
Satisfeito	22	19,0
Muito satisfeito	2	1,7
Total:	116	100

Em relação à análise das questões que compõem os domínios do WHOQOL-BREF, notou-se que, no “físico”, as médias variaram de 3,23 (DP= 1,14; “Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?”) a 3,55 (DP= 1,05; “Quão bem você é capaz de se locomover”). Nos “psicológico” e “relações sociais”, as questões “Quanto você aproveita a vida?” (2,90; DP=0,97) e “Quão satisfeito você está com sua vida sexual?” (3,42; DP= 0,83), apresentaram as menores médias, respectivamente. Das questões que compõem o domínio “meio ambiente”, “Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?” obteve a maior média (3,97; DP= 0,90) (Tabela 5).

Tabela 5. Média dos escores de qualidade de vida de cada questão que compõe os domínios do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões do WHOQOL-BREF (Média de 1-5)	MÉDIA (DP*)	IC**
Domínio físico		
1- Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?	3,23 (1,14)	3,02-3,44
2- Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,28 (0,95)	3,11-3,46
3- Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	3,28 (0,94)	3,11-3,46
4- Quão bem você é capaz de se locomover?	3,55 (1,05)	3,36-3,74
5- Quão satisfeito você está com seu sono?	3,50 (1,05)	3,31-3,69
6- Quão satisfeito você está com sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?	3,45 (0,99)	3,27-3,63
7- Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	3,24 (0,98)	3,06-3,42
Domínio psicológico		
1- Quanto você aproveita a vida?	2,90 (0,97)	2,72-3,07
2- Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,63 (0,79)	3,48-3,77
3- O quanto você consegue se concentrar?	3,48 (0,91)	3,31-3,65
4- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,68 (0,82)	3,53-3,83
5- Quão você está satisfeito consigo mesmo?	3,75 (0,87)	3,59-3,91
6- Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,73 (1,17)	3,52-3,95
Domínio relações sociais		
1- Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	4,09 (0,68)	3,97-4,22
2- Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	3,42 (0,83)	3,26-3,57
3- Quão satisfeito você está com o apoio que você recebeu de seus amigos?	3,99 (0,69)	3,87-4,12
Domínio meio ambiente		
1- Quão seguro você se sente em sua vida diária?	3,28 (0,79)	3,14-3,43

2- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	3,30 (1,03)	3,11-3,49
3- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,64 (0,88)	2,48-2,80
4- Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	3,03 (0,86)	2,87-3,19
5- Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	2,40 (1,04)	2,20-2,59
6- Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	3,97 (0,90)	3,81-4,14
7- Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,48 (0,95)	3,31-3,66
8- Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	2,76 (1,16)	2,54-2,97

*Desvio Padrão

**Intervalo de Confiança

A análise das questões que compõe o WHOQOL-OLD revelou que, na faceta “habilidades sensoriais”, as médias variaram de 3,53 (DP= 1,06; “Até que ponto as perdas nos seus sentidos, visão, audição, paladar, olfato, tato, afetam sua vida diária?”) a 4,03 (DP= 0,96; “Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta sua capacidade de interagir com outras pessoas?”). Na faceta “autonomia” as questões “Até que ponto você sente que controla o seu futuro?” (2,98; DP= 0,78) e “Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer” (3,03; DP= 0,88), apresentaram as menores médias (Tabela 6).

Na faceta “atividades passadas, presentes e futuras” a média obtida em cada questão variou de 3,04 (DP= 0,90; “Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?”) a 3,82 (DP= 0,82; “Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?”); e na “participação social” de 3,04 (DP= 0,75 “Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?”) a 3,63 (DP= 0,86; “Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?”) (Tabela 6).

Na faceta “morte e morrer” obteve-se a menor média na questão “O quanto você teme sofrer antes de morrer?” (2,45; DP= 1,05), e a na “intimidade” a média variou de 3,56 (DP= 0,90; “Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?”) a 3,88 (DP= 0,74; “Até que ponto você sente amor em sua vida?”) (Tabela 6).

Tabela 6. Média dos escores de qualidade de vida de cada questão que compõe as facetas do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões do WHOQOL-OLD (Médias de 1-5)	MÉDIA (DP*)	IC**
Faceta habilidades sensoriais		
1- Até que ponto as perdas nos seus sentidos (visão, audição, paladar, olfato, tato) afetam sua vida diária?	3,53 (1,06)	3,34-3,73
2- Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta sua capacidade de participar em atividades?	3,95 (1,04)	3,76-4,13
3- Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta sua capacidade de interagir com outras pessoas?	4,03 (0,96)	3,85-4,20
4- Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	3,59 (0,83)	3,43-3,74
Faceta autonomia		
1- Quanta liberdade você tem de tomar suas próprias decisões?	3,83 (0,85)	3,67-3,98
2- Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	2,98 (0,78)	2,84-3,13
3- O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	3,57 (0,86)	3,41-3,73
4- Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	3,03 (0,88)	2,86-3,19
Faceta atividades passadas presentes e futuras		
1- Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	3,04 (0,90)	2,88-3,21
2- O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	3,36 (0,84)	3,20-3,51
3- Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	3,82 (0,82)	3,67-3,97
4- Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	3,61 (0,85)	3,45-3,77
Faceta participação social		
1- Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	3,04 (0,75)	2,90-3,18
2- Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	3,63 (0,86)	3,47-3,79
3- Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	3,51 (0,99)	3,33-3,69

4- Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	3,32 (0,91)	3,15-3,49
---	-------------	-----------

Faceta morte e morrer

1- Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	3,59 (1,24)	3,37-3,82
2- O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	3,42 (1,21)	3,19-3,64
3- O quanto você tem medo de morrer?	3,40 (1,37)	3,15-3,65
4- O quanto você teme sofrer antes de morrer?	2,45 (1,05)	2,25-2,65

Faceta intimidade

1- Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	3,59 (0,90)	3,43-3,74
2- Até que ponto você sente amor em sua vida?	3,88 (0,74)	3,74-4,01
3- Até que ponto você tem oportunidades para amar?	3,78 (0,91)	3,62-3,95
4- Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	3,56 (0,90)	3,39-3,72

*Desvio Padrão

**Intervalo de Confiança

5.4 Descrição dos idosos segundo participação em grupo de promoção da saúde

Ao total 116 idosos participaram desse estudo e estão distribuídos nos grupos G1, constituído por 26 idosos (22,4%) que participavam do grupo de promoção da saúde promovido pelos ACS da UABSF e G2, constituído por 90 idosos (77,%) que não participavam do grupo de promoção da saúde (Tabela 7).

A idade média dos idosos do G1 é de 71,0 anos (DP= 7,2) e para os que integram o G2 é de 70,6 (DP= 6,9). Há maior número de mulheres nos dois grupos (G1: 22; G2: 76), bem como a maioria dos idosos dos dois grupos não mora sozinha (G1: 22; G2: 79), recebe aposentadoria (G1: 17; G2: 71), possui renda individual de até um salário mínimo (G1: 20; G2: 70), contribui com as despesas familiares (G1: 21; G2: 67), mora com três pessoas ou mais (G1: 16; G2: 54) e possui casa própria (G1: 25; G2: 83). Exatamente metade dos integrantes do G2 não mora com companheiro (45; 50%), situação observada em mais da metade dos integrantes do G1 (15; 57,7%) (Tabela 7).

Analisando os aspectos socioeconômicos e demográficos, observou-se que a escolaridade ($p= 0,026$) e número de pessoas que contribui com as despesas familiares ($p= 0,012$), foram condições que apresentaram diferença estatística entre os grupos G1 e G2. Nos idosos que integram o grupo G1, houve maior proporção de indivíduos com escolaridade superior a quatro anos de estudo e de somente uma pessoa contribuir com as despesas familiares (Tabela 7).

Tabela 7. Diferenças entre as características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012.

Características	Participação grupo		p
	Sim f(%)	Não f(%)	
Idade - anos, média (DP)§	71,0 (7,2)	70,6 (6,9)	0,809
Sexo (n=116)			
Masculino	4 (15,4)	14 (15,6)	
Feminino	22 (84,6)	76 (84,4)	
Escolaridade (n=115)			0,026
≤4 anos	18 (69,2)	78 (87,6)	
>4 anos	8 (30,8)	11 (12,4)	
Mora sozinho (n=116)*			0,672
Não	22 (84,6)	79 (87,8)	
Sim	4 (15,4)	11 (12,2)	
Mora com companheiro (n=116)			0,489
Não	15 (57,7)	45 (50,0)	
Sim	11 (42,3)	45 (50,0)	
Mora com quem			0,848
Com filhos e/ou netos	11 (42,3)	31 (34,5)	
Com companheiro, filhos e/ou netos	6 (23,1)	24 (26,7)	
Somente companheiro	4 (15,4)	19 (21,1)	
Sozinho	4 (15,4)	11 (12,2)	
Com companheiro e outros parentes	1 (3,8)	2 (2,2)	
Outros parentes	0 (0,0)	3 (3,3)	
Pessoas morando na mesma casa (n=116)			0,888
Até duas	10 (38,5)	36 (40,0)	
Três ou mais	16 (61,5)	54 (60,0)	
Recebe aposentadoria (n=116)			0,156
Não	9 (34,6)	19 (21,1)	
Sim	17 (65,4)	71 (78,9)	
Renda individual (n=113)			0,694
≤1 Salário mínimo	20 (76,9)	70 (80,5)	
>1 Salário mínimo	6 (23,1)	17 (19,5)	
Contribui com as despesas familiares (n=116)			0,507
Não	5 (19,2)	23 (25,6)	
Sim	21 (80,8)	67 (74,4)	
Renda familiar			0,406
≤1 Salário mínimo	7 (33,3)	20 (24,4)	
>1 Salário mínimo	14 (66,7)	62 (75,6)	
Número de pessoas que contribui com a renda			0,012
Uma	15 (57,7)	27 (30,7)	
Mais de uma	11 (42,3)	61 (69,3)	
Tipo de moradia (n=116)*			0,548
Alugada	1 (3,9)	3 (3,3)	
Própria	25 (96,1)	83 (92,2)	
Outra	0 (0,0)	4 (4,5)	
Total	26 (22,4)	90 (77,6)	

§Teste T de Student

*Teste de Fisher

5.5 Qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF, facetas do WHOQOL-OLD e participação em grupo de promoção da saúde

Os idosos que integram o G1, quando comparados aos integrantes do G2, obtiveram maiores médias de escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF. Nota-se que, somente no domínio “psicológico”, esse resultado não foi estatisticamente significativo (Tabela 8).

A maior pontuação para o grupo G2, no WHOQOL-BREF, foi obtida no domínio “relações sociais” (69,5; DP= 11,6) e a menor, no “meio ambiente” (50,5; DP= 12,2) (Tabela 8).

Os idosos do G1 apresentaram escores médios mais altos e estatisticamente significantes nas facetas “Atividades PPF” (G1: 69,7 e DP= 11,7; G2: 59,2 e DP= 15,0), “participação social” (G1: 72,4 e DP= 11,2; G2: 55,6 e DP= 16,3) e no escore total (G1: 87,5 e DP= 7,9; G2: 82,8 e DP= 10,8) do WHOQOL-OLD (Tabela 8).

Tabela 8. Diferenças entre os escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012.

Qualidade de Vida	G1		G2		p
	Média (DP*)	IC** 95%	Média (DP*)	IC** 95%	
WHOQOL-BREF (0-100 pontos)					
Físico	66,7 (11,2)	62,4 – 71,1	56,8 (14,3)	53,9 – 59,9	0,002
Psicológico	67,9 (11,2)	63,6 – 72,3	61,8 (15,9)	58,5 – 65,2	0,079
Relações Sociais	75,3 (15,4)	69,3 – 81,3	69,5 (11,6)	67,1 – 71,9	0,041
Meio Ambiente	60,2 (11,2)	55,7 – 64,7	50,5 (12,2)	47,9 – 53,1	0,000
WHOQOL-OLD (0-100 pontos)					
Habilidades sensoriais	70,0 (18,1)	62,5 – 77,5	69,4 (19,3)	65,4 – 73,7	0,449
Autonomia	58,4 (14,9)	52,6 – 64,2	58,8 (13,7)	55,9 – 61,6	0,839
Atividades PPF	69,7 (11,7)	65,0 – 74,4	59,2 (15,0)	56,1 – 62,4	0,001
Participação social	72,4 (11,2)	67,8 – 76,9	55,6 (16,3)	52,2 – 59,0	0,000
Morte e morrer	56,7 (19,5)	48,8 – 64,6	55,4 (23,5)	50,3 – 60,4	0,394
Intimidade	67,3 (20,3)	59,4 – 75,2	67,7 (15,0)	64,6 – 70,8	0,653
Escore total	87,5 (7,9)	84,2 – 90,7	82,8 (10,8)	80,4 – 85,2	0,049

*DP= desvio padrão

**IC: intervalo de confiança

A maioria dos idosos que integram o G1 avaliou sua QV como boa ou muito boa (20; 76,9%), mas a quase totalidade deles não estava satisfeita com sua saúde (24; 92,4%). Dos 90 idosos do G2, 52 (57,78%) avaliaram sua QV como boa ou muito boa e a exemplo do que ocorreu no G1, 68 (75,56%) idosos também não estavam satisfeitos com sua saúde (Tabela 9).

Nota-se que nenhum integrante do grupo G1 percebeu sua QV como ruim ou muito ruim. Situação diferente foi apresentada pelos idosos do grupo G2 em que 9 (10%) indicaram a QV como ruim ou muito ruim (Tabela 9).

Ainda, enquanto 20 (22,2%) idosos do grupo G2 manifestaram-se satisfeitos com a saúde somente 2 (7,8%) integrantes do G1 apresentaram opinião semelhante (Tabela 9).

Tabela 9. Diferenças entre a avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, GO, 2012.

Questões	G1 f(%)	G2 f(%)	P
Como você avalia sua QV?			0,046
Muito ruim	0 (0,0)	2 (2,2)	
Ruim	0 (0,0)	7 (7,8)	
Nem ruim nem boa	6 (23,1)	29 (32,2)	
Boa	14 (53,8)	47 (52,2)	
Muito Boa	6 (23,1)	5 (5,6)	
Quão satisfeito você está com sua saúde?			0,026
Muito insatisfeito	6 (23,0)	4 (4,4)	
Insatisfeito	12 (46,1)	40 (44,4)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (23,1)	24 (26,7)	
Satisfeito	2 (7,8)	20 (22,2)	
Muito satisfeito	0 (0,0)	2 (2,2)	
Total:	116	100	

A análise das questões que compõem o WHOQOL-BREF mostrou que os idosos que integram o G1 obtiveram médias maiores e estatisticamente significantes no domínio “físico”, nas questões “Quão bem você é capaz de se locomover?” (G1= 4,11; G2= 3,39), “Quão satisfeito você está com sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?” (G1= 4,08;

G2= 3,27) e “Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?” (G1= 3,92; G2= 3,04) (Tabela 10).

Na questão “Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?” os idosos do G2 obtiveram média maior (G1= 2,96; G2= 3,38). Considerando a sintaxe do WHOQOL-BREF, esse resultado indica que os idosos do G2 precisam menos de tratamento quando comparados aos idosos do G1. No domínio “psicológico” os idosos do G1 pontuaram média mais alta na questão “Quanto você aproveita a vida?” (G1= 3,46; G2= 2,73), no “relações sociais” na questão “Quão satisfeito você está com o apoio que você recebeu de seus amigos?” (G1= 4,26; G2= 3,91) e no domínio “meio ambiente” nas questões “Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?” (G1= 3,38; G2= 2,11) e “Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?” (G1= 3,42; G2= 2,47) (Tabela 10).

Tabela 10. Diferenças entre as médias de qualidade de vida de cada questão que compõe os domínios do WHOQOL-BREF de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões do WHOQOL-BREF (Médias de 1-5)	G1		G2		p
	MÉDIA	IC*	MÉDIA	IC*	
Domínio físico					
1- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,54	3,19-3,89	3,14	2,89-3,39	0,061
2- Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,96	2,66-3,26	3,38	3,17-3,58	0,048
3- Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	3,58	3,19-3,96	3,20	3,01-3,39	0,964
4- Quão bem você é capaz de se locomover?	4,11	3,86-4,37	3,39	3,16-3,62	0,001
5- Quão satisfeito você está com seu sono?	3,50	3,04-3,96	3,50	3,29-3,71	0,500
6- Quão satisfeito você está com sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?	4,08	3,77-4,39	3,27	3,06-3,47	0,000
7- Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	3,92	3,61-4,23	3,04	2,85-3,24	0,000
Domínio psicológico					
1- Quanto você aproveita a vida?	3,46	3,21-3,71	2,73	2,53-2,94	0,000
2- Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,85	3,50-4,19	3,57	3,41-3,72	0,055
3- O quanto você consegue se concentrar?	3,38	3,09-3,68	3,51	3,31-3,71	0,267
4- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,88	3,53-4,24	3,62	3,46-3,79	0,076
5- Quão você está satisfeito consigo mesmo?	4,11	3,80-4,43	3,64	3,46-3,82	0,007
6- Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,61	3,12-4,11	3,77	3,53-4,00	0,281
Domínio relações sociais					

1- Quanto satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,27	4,01-4,53	4,04	3,90-4,19	0,071
2- Quanto satisfeito você está com sua vida sexual?	3,50	3,05-3,94	3,39	3,24-3,54	0,282
3- Quanto satisfeito você está com o apoio que você recebeu de seus amigos?	4,26	3,93-4,61	3,91	3,79-4,03	0,009
Domínio meio ambiente					
1- Quanto seguro você se sente em sua vida diária?	3,58	3,30-3,85	3,20	3,03-3,37	0,984
2- Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	3,19	2,85-3,52	3,33	3,11-3,56	0,271
3- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,88	2,47-3,30	2,57	2,40-2,73	0,052
4- Quanto disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	3,23	2,83-3,63	2,98	2,81-3,15	0,095
5- Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	3,38	3,09-3,68	2,11	1,92-2,30	0,000
6- Quanto satisfeito você está com as condições do local onde mora?	3,85	3,44-4,25	4,01	3,83-4,19	0,206
7- Quanto satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,73	3,34-4,12	3,41	3,22-3,60	0,065
8- Quanto satisfeito você está com seu meio de transporte?	3,42	2,92-3,93	2,57	2,35-2,78	0,000

*IC: Intervalo de Confiança

A análise do WHOQOL-OLD revelou que os idosos do G1 obtiveram médias maiores e estatisticamente significantes nas questões “Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta sua capacidade de participar em atividades?” (G1= 4,23; G2= 3,87), faceta “habilidades sensoriais”; “Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?” (G1= 3,42; G2= 2,93), “Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?” (G1= 4,15; G2= 3,72) e “Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?” (G1= 4,11; G2= 3,46), faceta “atividades passadas presentes e futuras” (Tabela 11).

Nas questões “Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?” (G1= 3,92; G2= 3,54), “Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?” (G1= 4,31; G2= 3,28) e “Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?” (G1= 4,11; G2= 3,09), faceta “participação social” e na questão “Até que ponto você sente amor em sua vida?” (G1= 4,19; G2= 3,79), na faceta “intimidade”, os idosos do G1 também obtiveram médias maiores e estatisticamente significantes (Tabela 11).

Tabela 11. Diferenças entre as médias de qualidade de vida de cada questão que compõe as facetas do WHOQOL-OLD de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Questões do WHOQOL-OLD (Médias de 1-5)	G1		G2		p
	MÉDIA	IC*	MÉDIA	IC*	
Faceta habilidades sensoriais					
1- Até que ponto as perdas nos seus sentidos (visão, audição, paladar, olfato, tato) afetam sua vida diária?	3,31	2,90-3,71	3,60	3,38-3,82	0.108
2- Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta sua capacidade de participar em atividades?	4,23	3,75-4,71	3,87	3,66-4,07	0,059
3- Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta sua capacidade de interagir com outras pessoas?	4,16	3,74-4,58	3,99	3,79-4,18	0,217
4- Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	3,46	3,06-3,86	3,62	3,46-3,78	0,195
Faceta autonomia					
1- Quanta liberdade você tem de tomar suas próprias decisões?	3,81	3,45-4,17	3,83	3,66-4,01	0,446
2- Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	3,04	2,76-3,32	2,97	2,80-3,13	0,341
3- O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	3,38	2,93-3,84	3,62	3,47-3,78	0,107
4- Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	3,11	2,80-3,43	3,00	2,81-3,19	0,280
Atividades passadas presentes e futuras					
1- Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	3,42	3,13-3,72	2,93	2,74-3,12	0,007
2- O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que	3,46	3,17-3,76	3,33	3,14-3,51	0,235

merece na sua vida?

3- Quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	4,15	3,85-4,46	3,72	3,55-3,89	0,009
---	------	-----------	------	-----------	-------

4- Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	4,11	3,84-4,39	3,46	3,28-3,64	0,000
--	------	-----------	------	-----------	-------

Faceta participação social

1- Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	3,23	2,95-3,51	2,99	2,83-3,15	0,074
--	------	-----------	------	-----------	-------

2- Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	3,92	3,59-4,25	3,54	3,37-3,72	0,024
---	------	-----------	------	-----------	-------

3- Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?	4,31	4,02-4,59	3,28	3,08-3,47	0,000
--	------	-----------	------	-----------	-------

4- Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	4,11	3,84-4,39	3,09	2,92-3,26	0,000
---	------	-----------	------	-----------	-------

Faceta morte e morrer

1- Quanto preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	3,65	3,09-4,21	3,58	3,33-3,83	0,392
--	------	-----------	------	-----------	-------

2- O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	3,54	3,01-4,07	3,38	3,14-3,63	0,282
---	------	-----------	------	-----------	-------

3- O quanto você tem medo de morrer?	3,54	2,97-4,10	3,36	3,08-3,64	0,280
--------------------------------------	------	-----------	------	-----------	-------

4- O quanto você teme sofrer antes de morrer?	2,53	1,98-2,71	2,48	2,25-2,71	0,718
---	------	-----------	------	-----------	-------

Faceta intimidade

1- Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	3,54	3,15-3,92	3,61	3,43-3,79	0,359
--	------	-----------	------	-----------	-------

2- Até que ponto você sente amor em sua vida?	4,19	3,95-4,44	3,79	3,63-3,94	0,007
---	------	-----------	------	-----------	-------

3- Até que ponto você tem oportunidades para amar?	3,69	3,22-4,17	3,81	3,64-3,98	0,280
--	------	-----------	------	-----------	-------

4- Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	3,35	2,91-3,78	3,62	3,45-3,79	0,084
---	------	-----------	------	-----------	-------

*IC: Intervalo de Confiança

5.6 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF

A seguir apresenta-se a análise bivariada de cada domínio do WHOQOL-BREF, o resultado da correlação entre as variáveis e, posteriormente, os fatores associados a cada domínio, obtidos na análise múltipla.

5.6.1 Fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF

Na análise bivariada, observou-se que a participação no grupo de promoção da saúde ($\beta=9,89$; $p=0,002$), a idade ($\beta= - 0,58$; $p=0,002$), ter quatro anos ou mais de estudo ($\beta=7,71$; $p=0,031$) e contribuir com as despesas familiares ($\beta= - 8,87$; $p=0,004$) foram estatisticamente associados ao domínio “físico” do WHOQOL-BREF (Tabela 12).

Tabela 12. Fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	P
Participação em grupo	9,89	0,002
Idade (anos)	-0,58	0,002
Sexo (feminino)	-0,52	0,887
Escolaridade (> 4 anos)	7,71	0,031
Mora sozinho	1,60	0,687
Mora com companheiro	-2,27	0,394
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-1,89	0,579
Somente companheiro	-7,32	0,066
Sozinho	-1,19	0,791
Com companheiro e outros parentes	2,61	0,761
Outros parentes	-14,04	0,105
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	4,24	0,118
Recebe aposentadoria	1,47	0,635
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-4,32	0,201
Contribui com as despesas familiares	-8,77	0,004
Renda familiar >1 salário mínimo	1,21	0,710
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-0,41	0,896

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Na análise múltipla observou-se que participar do grupo de promoção da saúde ($\beta = 8,84$; $p = 0,002$), a idade ($\beta = -0,56$; $p = 0,002$), contribuir com as despesas familiares ($\beta = -10,03$; $p = 0,001$) e morar com duas ou mais pessoas ($\beta = 6,02$; $p = 0,015$) foram estatisticamente associados ao domínio “físico” do WHOQOL-BREF (Tabela 13).

A participação do idoso no grupo de promoção da saúde teve incremento positivo nos escores de QV desse domínio, enquanto o aumento da idade e contribuir com as despesas familiares o influenciaram negativamente (Tabela 13).

Tabela 13. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio físico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	8,84	0,002
Idade (anos)	-0,56	0,002
Contribui despesas familiares	-10,03	0,001
Escolaridade (> 4 anos)	3,26	0,336
Número pessoas casa (≥ 3)	6,02	0,015
Constante	99,32	

$r^2 = 0,24$; $p = 0,000$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,09

5.6.2 Fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF

Na análise bivariada, percebeu-se que ter estudado quatro anos ou mais ($\beta = 7,58$; $p = 0,046$), morar com parentes que não sejam marido, filhos e netos ($\beta = -21,38$; $p = 0,021$) e ter renda familiar maior que um salário mínimo ($\beta = 7,64$; $p = 0,026$) foram estatisticamente associados ao domínio “psicológico” do WHOQOL-BREF (Tabela 14).

Tabela 14. Fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	P
Participação em grupo	6,09	0,072
Idade (anos)	-0,34	0,092
Sexo (feminino)	0,03	0,994
Escolaridade (> 4 anos)	7,58	0,046
Mora sozinho	2,68	0,526
Mora com companheiro	-0,95	0,736
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-2,73	0,450
Somente companheiro	-4,78	0,256
Sozinho	-0,27	0,954
Com companheiro e outros parentes	-3,33	0,717
Outros parentes	-21,38	0,021
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	1,94	0,504
Recebe aposentadoria	0,03	0,992
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-6,31	0,079
Contribui com as despesas familiares	-4,87	0,141
Renda familiar >1 salário mínimo	7,64	0,026
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	2,54	0,448

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Após ajuste com as variáveis renda individual, contribuir com as despesas familiares, escolaridade e idade, notou-se que participar de grupo de promoção da saúde não foi estatisticamente associado ao domínio “psicológico” do WHOQOL-BREF ($\beta=5,15$; $p=0,139$) (Tabela 15).

Tabela 15. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	5,15	0,139
Renda individual $\leq$ 1 salário mínimo	-4,20	0,256
Contribui despesas familiares	-3,67	0,290
Escolaridade (> 4 anos)	3,86	0,368
Idade (anos)	0,25	0,254
Constante	90,77	

$r^2=0,04$; $p=0,08$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*)=1,10

5.6.3 Fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF

Observou-se, na análise bivariada, que participar de grupo de promoção da saúde ($\beta=5,78$; $p=0,041$), idade ($\beta= -0,34$; $p=0,047$), morar sozinho ($\beta= -9,25$; $p=0,008$), pessoas com quem mora ($\beta= -9,48$; $p= 0,020$) e receber aposentadoria ($\beta=5,49$; $p=0,047$) foram estatisticamente associados ao domínio “relação social” do WHOQOL-BREF (Tabela 16).

Tabela 16. Fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	5,78	0,041
Idade (anos)	-0,34	0,047
Sexo (feminino)	-0,54	0,868
Escolaridade (> 4 anos)	2,40	0,456
Mora sozinho	-9,25	0,008
Mora com companheiro	2,58	0,276
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-0,39	0,896
Somente companheiro	-0,48	0,890
Sozinho	-9,48	0,020
Com companheiro e outros parentes	-1,27	1,000
Outros parentes	2,77	0,717
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	1,20	0,622
Recebe aposentadoria	5,49	0,047
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-2,64	0,381
Contribui com as despesas familiares	-0,39	0,888
Renda familiar >1 salário mínimo	5,13	0,071
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-3,03	0,286

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

O domínio “relações sociais” do WHOQOL-BREF foi associado à participação em grupo ($\beta = 5,86$; $p = 0,033$) e morar sozinho ($\beta = -8,55$; $p = 0,014$). Enquanto participar do grupo corroborou incrementar positivamente os escores desse domínio, morar sozinho incrementou negativamente (Tabela 17).

Tabela 17. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio relações sociais do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	5,86	0,033
Morar sozinho	- 8,55	0,014
Idade (anos)	-0,29	0,083
Recebe aposentadoria	2,23	0,424
Constante	88,24	

$r^2 = 0,10$; $p = 0,003$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,07

5.6.4 Fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF

A participação no grupo de promoção da saúde ($\beta = 9,66$; $p = 0,000$), ter quatro anos de estudo ou mais ($\beta = -8,56$; $p = 0,007$), morar com parentes que não sejam marido, filho ou netos ($\beta = -18,23$; $p = 0,016$), renda individual menor que um salário mínimo ($\beta = -7,27$; $p = 0,014$) e renda familiar maior que um salário mínimo ($\beta = 5,56$; $p = 0,041$) foram estatisticamente associados ao domínio “meio ambiente” do WHOQOL-BREF, na análise bivariada (Tabela 18).

Tabela 18. Fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	P
Participação em grupo	9,66	0,000
Idade (anos)	-0,18	0,275
Sexo (feminino)	2,40	0,461
Escolaridade (> 4 anos)	8,56	0,007
Mora sozinho	4,77	0,171
Mora com companheiro	-4,07	0,082
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	1,19	0,688
Somente companheiro	-2,47	0,473
Sozinho	4,27	0,277
Com companheiro e outros parentes	3,64	0,627
Outros parentes	-18,23	0,016
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	-0,44	0,854
Recebe aposentadoria	-4,17	0,128
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-7,27	0,014
Contribui com as despesas familiares	-3,14	0,252
Renda familiar >1 salário mínimo	5,56	0,041
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	0,10	0,971

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

A participação em grupo de promoção da saúde ($\beta = 8,76$; $p = 0,002$) e a renda individual menor que um salário mínimo ($\beta = -5,98$; $p = 0,039$) foram estatisticamente associadas aos escores de QV do domínio “meio ambiente”. Observou-se que a participação em grupo de promoção da saúde teve incremento positivo e, a renda individual, incremento negativo aos escores pontuados no referido domínio (Tabela 19).

Tabela 19. Análise múltipla dos fatores associados ao domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	8,76	0,002
Escolaridade (> 4 anos)	4,32	0,186
Renda individual $\leq$ 1 salário mínimo	-5,98	0,039
Mora sozinho	4,07	0,220
Constante	60,09	

$r^2 = 0,15$; $p = 0,000$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,07

5.7 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo as facetas do WHOQOL-OLD

A seguir estão apresentadas as análises bivariadas de cada faceta do WHOQOL-OLD, o resultado da correlação entre as variáveis e, posteriormente, os fatores associados a cada faceta, obtidos na análise múltipla.

5.7.1 Fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD

Na análise bivariada, notou-se que a idade ($\beta = -1,03$; $p = 0,000$), ter quatro anos ou mais de estudo ($\beta = 10,66$; $p = 0,027$), morar com companheiro ($\beta = 6,97$; $p = 0,050$) e morar com filhos e/ou netos ($\beta = -9,40$; $p = 0,040$) foram estatisticamente associados à faceta “habilidades sensoriais” do WHOQOL-OLD (Tabela 20).

Tabela 20. Fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	P
Participação em grupo	0,54	0,899
Idade (anos)	-1,03	0,000
Sexo (feminino)	-2,49	0,620
Escolaridade (> 4 anos)	10,66	0,027
Mora sozinho	-0,93	0,864
Mora com companheiro	6,97	0,050
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-9,40	0,040
Somente companheiro	-1,28	0,808
Sozinho	-5,83	0,342
Com companheiro e outros parentes	-5,83	0,611
Outros parentes	-16,25	0,158
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	1,80	0,624
Recebe aposentadoria	2,16	0,603
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-7,85	0,077
Contribui com as despesas familiares	-1,68	0,686
Renda familiar >1 salário mínimo	2,02	0,639
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-5,13	0,221

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Participar de grupo de promoção da saúde não foi estatisticamente associado à faceta “habilidades sensoriais” ($\beta = -0,12$; $p = 0,976$). Já a idade influenciou negativamente os escores alcançados nessa faceta ($\beta = -0,83$; $p = 0,002$) sendo que, à medida que o idoso envelhece, maior sua influência negativa (Tabela 21).

Tabela 21. Análise múltipla dos fatores associados à faceta habilidades sensoriais do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	-0,12	0,976
Idade(anos)	-0,83	0,002
Mora com companheiro	4,49	0,188
Escolaridade (> 4 anos)	5,35	0,278
Constante	121,22	

$r^2 = 0,12$; $p = 0,001$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (Variance Inflation Factors) = 1,10

5.7.2 Fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD

Identificou-se que renda individual menor que um salário mínimo ($\beta = -1,43$; $p = 0,006$), contribuir com as despesas familiares ($\beta = -1,04$; $p = 0,031$) e renda familiar maior que um salário mínimo ($\beta = 1,20$; $p = 0,012$) foram estatisticamente associados à faceta “autonomia” do WHOQOL-OLD, na análise bivariada (Tabela 22).

Tabela 22. Fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	-0,06	0,907
Idade (anos)	-0,02	0,392
Sexo (feminino)	-0,07	0,223
Escolaridade (> 4 anos)	0,58	0,302
Mora sozinho	0,78	0,208
Mora com companheiro	0,05	0,902
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-0,49	0,367
Somente companheiro	-0,24	0,704
Sozinho	0,48	0,502
Com companheiro e outros parentes	0,08	0,953
Outros parentes	-1,25	0,359
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	0,14	0,734
Recebe aposentadoria	-0,71	0,145
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-1,43	0,006
Contribui com as despesas familiares	-1,04	0,031
Renda familiar >1 salário mínimo	1,20	0,012
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	0,48	0,324

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Verificou-se que participar de grupo de promoção da saúde ($\beta = -0,05$; $p = 0,912$) não foi estatisticamente associado à faceta “autonomia” do WHOQOL-OLD. Já a renda individual de até um salário mínimo ($\beta = -1,24$; $p = 0,019$) teve incremento negativo aos escores obtidos nessa faceta (Tabela 23).

Tabela 23. Análise múltipla dos fatores associados à faceta autonomia do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	p
Participação em grupo	-0,09	0,855
Renda individual $\leq$ 1 salário mínimo	-1,24	0,019
Contribui despesas familiares	-0,96	0,079
Recebe aposentadoria	-0,13	0,810
Constante	16,96	

$r^2 = 0,07$; $p = 0,020$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,16

5.7.3 Fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD

Na análise bivariada, identificou-se que a participação no grupo de promoção da saúde ($\beta = 10,48$; $p = 0,001$), morar com companheiro ($\beta = -5,29$; $p = 0,058$) e ter quatro anos ou mais de estudo ($\beta = 7,71$; $p = 0,031$) foram estatisticamente associados à faceta “atividades passadas, presentes e futuras” do WHOQOL-OLD (Tabela 24).

Tabela 24. Fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	10,48	0,001
Idade (anos)	0,08	0,666
Sexo (feminino)	-0,22	0,955
Escolaridade (> 4 anos)	3,17	0,401
Mora sozinho	3,03	0,479
Mora com companheiro	-5,29	0,058
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	4,73	0,189
Somente companheiro	-2,33	0,574
Sozinho	4,07	0,400
Com companheiro e outros parentes	-6,04	0,504
Outros parentes	-6,04	0,504
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	1,07	0,709
Recebe aposentadoria	0,54	0,870
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-4,79	0,167
Contribui com as despesas familiares	-1,50	0,647
Renda familiar >1 salário mínimo	-1,85	0,592
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-3,70	0,265

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

A participação em grupo de promoção da saúde foi estatisticamente associada a melhores escores na faceta “atividades passadas, presentes e futuras” do WHOQOL-OLD (Tabela 25).

Tabela 25. Análise múltipla dos fatores associados à faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	p
Participação em grupo	10,06	0,002
Mora com companheiro	-4,66	0,083
Constante	66,29	

$r^2 = 0,10$; $p = 0,001$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,01

5.7.4 Fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD

Identificou-se que a participação no grupo de promoção da saúde ($\beta=16,73$; $p=0,000$), a idade ($\beta= -0,46$; $p=0,040$) e morar somente com companheiro ($\beta= -9,72$; $p=0,037$) foram estatisticamente associados à faceta “participação social” do WHOQOL-OLD, na análise bivariada (Tabela 26).

Tabela 26. . Fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	16,73	0,000
Idade (anos)	-0,46	0,040
Sexo (feminino)	-1,64	0,705
Escolaridade (> 4 anos)	3,51	0,406
Mora sozinho	5,98	0,200
Mora com companheiro	-2,80	0,371
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-3,48	0,382
Somente companheiro	-9,72	0,037
Sozinho	1,87	0,722
Com companheiro e outros parentes	-0,21	0,984
Outros parentes	-14,79	0,144
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	1,12	0,726
Recebe aposentadoria	3,82	0,296
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-5,05	0,203
Contribui com as despesas familiares	-5,29	0,147
Renda familiar >1 salário mínimo	-5,04	0,184
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-6,27	0,090

Notou-se que a participação em grupo de promoção da saúde foi estatisticamente associada a melhores escores de QV na faceta “participação social”. A idade, também, influenciou os resultados obtidos nessa faceta, de modo que quanto mais velho o idoso, piores os resultados obtidos (Tabela 27).

Tabela 27. Análise múltipla dos fatores associados à faceta participação social do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	p
Participação em grupo	16,28	0,000
Idade (anos)	-0,53	0,017
Contribui com a despesa familiar	-2,89	0,441
Renda familiar >1 salário mínimo	-1,72	0,515
Mora sozinho	2,97	0,542
<i>Constante</i>	100,49	

$r^2 = 0,19$; $p = 0,000$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (*Variance Inflation Factors*) = 1,10

5.7.5 Fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD

Renda individual de até um salário mínimo ($\beta = -11,51$; $p = 0,030$) foi estatisticamente associada à faceta “morte e morrer” do WHOQOL-OLD, na análise bivariada (Tabela 28).

Tabela 28. Fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	1,36	0,789
Idade (anos)	-0,05	0,859
Sexo (feminino)	0,15	0,979
Escolaridade (> 4 anos)	7,03	0,218
Mora sozinho	1,21	0,861
Mora com companheiro	-3,84	0,373
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	2,32	0,678
Somente companheiro	-3,97	0,537
Sozinho	1,17	0,883
Com companheiro e outros parentes	0,64	0,963
Outros parentes	-3,52	0,801
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	5,25	0,235
Recebe aposentadoria	-5,98	0,233
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-11,51	0,030
Contribui com as despesas familiares	-3,84	0,444
Renda familiar >1 salário mínimo	3,75	0,479
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	-1,09	0,828

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Verificou-se que renda individual menor que um salário mínimo ($\beta = -11,48$; $p=0,031$) foi estatisticamente associada a menores escores de QV na faceta “morte e morrer”. A participação em grupo de promoção da saúde ($\beta = 1,72$; $p=0,738$) não mostrou associação à referida faceta (Tabela 29).

Tabela 29. Análise múltipla dos fatores associados à faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	P
Participação em grupo	1,72	0,738
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-11,48	0,031
Constante	47,46	

$r^2 = 0,003$; $p=0,044$

β_{aj} = coeficiente ajustado

Média VIF (Variance Inflation Factors)=1,00

5.7.6 Fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD

Na análise bivariada, notou-se que três pessoas ou mais morarem na mesma casa ($\beta=0,99$; $p=0,043$) foi estatisticamente associado à faceta “intimidade” do WHOQOL-OLD (Tabela 30).

Tabela 30. Fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Bivariada	
	β_{bruto}	p
Participação em grupo	-0,64	0,912
Idade (anos)	-0,15	0,672
Sexo (feminino)	-0,94	0,161
Escolaridade (> 4 anos)	-0,34	0,608
Mora sozinho	-0,56	0,441
Mora com companheiro	0,73	0,132
Mora com quem*		
Com filhos e/ou netos	-0,96	0,127
Somente companheiro	-0,75	0,303
Sozinho	-1,20	0,150
Com companheiro e outros parentes	-1,87	0,241
Outros parentes	-0,53	0,737
Pessoas morando na mesma casa (≥ 3)	0,99	0,043
Recebe aposentadoria	0,71	0,211
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	0,09	0,879
Contribui com as despesas familiares	0,52	0,358
Renda familiar >1 salário mínimo	-0,07	0,895
Número de pessoas que contribui com a renda (>1)	0,38	0,506

*Categoria referência: mora com companheiro, filhos e/ou netos

Identificou-se que participar de grupo de promoção da saúde não foi estatisticamente associado à faceta “intimidade” do WHOQOL-OLD ($\beta= 0,96$; $p=0,851$) (Tabela 31).

Tabela 31. Análise múltipla dos fatores associados à faceta intimidade do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Variáveis Independentes	Análise Múltipla	
	β_{aj}	p
Participação em grupo	0,96	0,851
Número de pessoas no domicílio (≥ 3)	5,29	0,235
Mora com companheiro	-4,17	0,360
Sexo (feminino)	-1,54	0,801
<i>Constante</i>	54,45	
$r^2 = 0,02$; $p = 0,679$		
β_{aj} = coeficiente ajustado		
Média VIF (<i>Variance Inflation Factors</i>) = 1,05		

5.8 Fatores associados à qualidade de vida dos idosos segundo domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD

De modo geral observou-se que a participação em grupo de promoção da saúde foi associada estatisticamente a melhores escores de QV nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social (Quadro 1).

Quadro 01. Fatores associados aos escores de qualidade de vida no WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD na análise múltipla. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, 2012.

Domínios do WHOQOL-BREF	Facetas do WHOQOL-OLD
Físico Participação em grupo Idade (anos) Contribui despesas familiares Número pessoas casa (≥ 3)	Habilidades sensoriais Idade Autonomia Renda individual ≤ 1 salário mínimo) Atividades passadas, presentes e futuras Participação em grupo Participação social Participação em grupo Idade (anos) Morte e morrer Renda individual ≤ 1 salário mínimo
Relações sociais Participação em grupo Mora sozinho	
Meio ambiente Participação em grupo Renda individual ≤ 1 salário mínimo	

6 DISCUSSÃO

“Tudo posso Naquele que me fortalece”.
(Filipenses 4:13)

6.1 Satisfação com a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa: aspectos biopsicossociais

Envelhecer é um fenômeno complexo e, encontrar mecanismos que impeçam o envelhecimento humano, ainda nos dias atuais, configura-se em desafio para os pesquisadores (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010). Mudanças advindas desse processo, tais como surgimento de doenças crônico-degenerativas, limitações físico-funcionais e/ou cognitivas, podem comprometer muito a saúde do idoso, fazendo com que ele, muitas vezes, se sinta insatisfeito com esse aspecto de sua vida (IMHOF et al., 2012; UNITED NATIONS, 2012).

Além disso, o manejo de agravos à saúde, presença de sintomas, mudanças na rotina diária, entre outras questões, podem influenciar negativamente na percepção da QV das pessoas (AZEVEDO et al., 2013b). A exemplo, idosos com dor e desconforto, alterações no sono e na mobilidade, dependência em relação ao uso de medicamentos e realização de tratamentos apresentam pior QV quando comparados aos idosos que não possuem essas características (TAVARES et al., 2011).

Entretanto, como observado neste e em outros estudos, a insatisfação com a saúde não necessariamente representa insatisfação com a QV. Mesmo idosos com diversas comorbidades podem manifestar percepções positivas em relação à QV (MELO et al., 2013; VICENTE; SANTOS, 2013). Para muitos pessoas, ter uma doença controlada e/ou tomar remédios não as fazem perceber como doentes (PASKULIN et al., 2010). Nesse sentido, observou-se que a maioria dos idosos dessa pesquisa não estava satisfeita com sua saúde, porém mais da metade avaliou positivamente sua QV, referenciando-a como boa ou muito boa.

Pesquisa realizada com 264 idosos revelou que, apesar da presença de comorbidades em 82,2% dos entrevistados, a maioria estava satisfeita com sua QV. Esse resultado pode estar associado ao fato de esses indivíduos apresentarem processo de envelhecimento ativo. Eles participavam de atividades na comunidade e, inclusive, realizavam algum tipo de trabalho não remunerado (VICENTE; SANTOS, 2013).

Esses achados reforçam a característica multidimensional da QV, e que ela não se limita à avaliação da saúde, mas envolve também aspectos culturais, econômicos e sociais (MINAYO; HARTZ; BRUSS, 2000).

A vida humana é um processo coordenado pelo acúmulo de interações entre experiências biológicas, sociais e comportamentais. Dessa maneira, qualquer tentativa de avaliar a qualidade desse processo, de modo global, não deve ser realizada de modo unidimensional (CORRENTE; MACHADO, 2010).

Conhecer a QV do idoso e os fatores que contribuem para redução ou aumento desse fenômeno torna-se imprescindível aos provedores de cuidados em saúde, gestores e políticos, para que eles sejam capazes de melhorar a vida diária e as condições que interferem diretamente na saúde da população idosa (CORRÊA; ROMBALDI; SILVA, 2011).

Percebe-se, dessa maneira, que a QV e o envelhecimento ativo requerem investimentos em diferentes aspectos que se convergem e se complementam, dentre os quais pode-se citar a convivência e interação social, modo de viver, meio ambiente, ação de cuidadores, redes sociais, ações das políticas públicas, assistência à saúde, religiosidade, processos saúde-doença, situação financeira, educação, conhecimento, independência, autonomia, limitação funcional, entre outros (CABRAL et al., 2013; UNITED NATIONS, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se por “envelhecimento ativo” o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando melhor saúde e QV na experiência de envelhecimento. Nessa perspectiva, as pessoas devem perceber o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participando da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, desfrutando de segurança e de cuidados adequados à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Sendo assim, torna-se evidente que a presença de doenças não condiciona o idoso a viver com uma percepção negativa em relação à sua QV.

6.1.1 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente físico

O processo de envelhecimento acontece de maneira gradual, ativa e irreversível, com uma série de mudanças genético-biológicas, psicossociais e fisiopatológicas que resultam em decréscimo na capacidade fisiológica e redução de resposta do organismo a eventos estressantes (DELUCA; BONACCI; GIRALDI, 2011; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Contudo, percebe-se que o estado de saúde na velhice sofre grande influência do modo de vida assumido pelo indivíduo ao longo de sua existência e dos hábitos diários adotados nessa etapa do desenvolvimento. Portanto, é necessário planejar e investir no envelhecimento a partir do nascimento do indivíduo (UNITED STATES, 2011).

Em diversas sociedades, é possível identificar idosos saudáveis e ativos, bem como idosos com inúmeras patologias e limitações (DELUCA; BONACCI; GIRALDI, 2011; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012), reflexo do comportamento e do estilo de vida assumido individualmente (UNITED STATES, 2011).

Nessa perspectiva, situações como afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos; entre outras podem comprometer a saúde física e mental do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde se qualifiquem visando, entre outras questões, identificar e lidar com esses agravos à saúde de modo a favorecer um envelhecimento ativo (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

O domínio “físico” do WHOQOL-BREF, por exemplo, permite ao profissional avaliar presença de desconforto físico, dependência de medicação ou de tratamentos e da capacidade de trabalho do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b). Observou-se que os idosos dessa pesquisa apresentaram escore médio de 59,1 (DP= 14,3) no referido domínio.

É importante pontuar que indivíduos com baixos escores no domínio “físico” podem apresentar demandas possíveis de serem compensadas por intervenções realizadas pelas equipes de saúde (SASSO et al., 2013).

A dor, por exemplo, está entre os principais fatores limitadores da possibilidade do idoso manter seu cotidiano de maneira normal. Ela produz impacto negativo na QV dessas pessoas, prejudicando, de algum modo, a realização de suas atividades de vida diária, assim restringindo a convivência com outras pessoas, levando o idoso ao isolamento social (CELICH; GALON, 2009; TAVARES et al., 2011).

Estudo analisou a representação dos escores de cada domínio do WHOQOL-BREF na QV do idoso, e os quatro domínios juntos (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais) representavam 36,1% da QV dos entrevistados. Como resultado percebeu-se que o domínio que mais contribui na QV da população investigada foi o “físico” (28,2%) (PEREIRA et al., 2006).

Em pesquisa com idosos que apresentavam várias comorbidades, o domínio “físico” obteve o menor escore de QV. Esse resultado foi relacionado à presença de dor e desconforto, alterações no sono, na mobilidade e dependência de medicamentos e de tratamentos. De modo geral, percebe-se que esses aspectos da vida do idoso podem, ainda, dificultar sua participação em atividades sociais (TAVARES et al., 2011) e, conseqüentemente, colaborar para o seu isolamento social e para piores escores de QV (CELICH; GALON, 2009).

Destaca-se que os idosos apresentam grande propensão à instabilidade postural e alteração da marcha. Podem ainda ocorrer disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. Essas situações aumentam o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem sempre ser avaliados pelos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As quedas representam agravos à saúde frequentes na vida dos idosos e levam a conseqüências físicas, funcionais e psicossociais que alteram negativamente a QV dessas pessoas. Em relação às alterações físicas podem ocorrer lesões teciduais, fraturas, hospitalização, imobilização, lesão neurológica, nível de atividade física reduzido e conseqüências negativas sobre a saúde física geral (LOPES; DIAS, 2010).

Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência (RIBEIRO et al., 2008).

A insônia, também, é uma situação comum entre idosos e é definida como uma dificuldade para iniciar o sono ou para se manter dormindo. Ela comumente apresenta causas multifatoriais (AVIDAN, 2005; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012). São fatores de risco para esse agravo à saúde a depressão, transtorno da ansiedade, incontinência urinária, osteoartrose, doença vascular periférica, demência, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dor crônica, entre outros (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

A privação do sono interfere de maneira negativa na QV do idoso e, por isso, esse agravo à saúde deve ser investigado e tratado, visando à promoção e proteção da saúde dessa população (SÁ; MOTTA; OLIVEIRA, 2007).

Nota-se, assim, que as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento repercutem nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; UNITED STATES, 2011).

Os instrumentos de avaliação de QV são fontes valiosas de informações pois, por meio da análise de seus resultados, os profissionais de saúde têm a oportunidade de identificar os aspectos que mais comprometem a QV das pessoas e, dessa maneira, realizar intervenções direcionadas às suas verdadeiras necessidades (LOW; MOLZAHN; SCHOPFLOCHER, 2013).

6.1.2 Qualidade de Vida da pessoa idosa: componente psicológico

O domínio “psicológico”, do WHOQOL-BREF, avalia os sentimentos positivos e negativos, a capacidade para pensar, aprender, memorizar e ter concentração, a autoestima, imagem corporal e aparência e, também, a espiritualidade de seus respondentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b). Os idosos dessa pesquisa apresentaram escore médio de QV de

63,2 (DP= 15,2) e, das questões que compõem esse domínio, “Quanto você aproveita a vida?” obteve a menor média (2,90; DP=0,97). Nota-se, assim, que o indivíduo idoso, como qualquer outro ser humano, possui sonhos e desejos de viver a vida plenamente.

Observa-se que o envelhecimento do corpo é determinado por fatores físicos, psíquicos e sociais. O encontro com o corpo, a partir do espelho, reflete o corpo objetivo revestido de desejos, fantasias, ideais individuais e sociais. Somos seres sociais e, por esse fato, as posições sociais modificam nossa visão (MOREIRA, 2012).

Atualmente, experiencia-se uma cultura de horror à velhice, em que comumente o corpo marcado pelas rugas deve ser evitado a qualquer preço. Comprova essa situação as diversas técnicas e recursos tecnológicos direcionados à prevenção e, até mesmo, remoção das mudanças ocasionadas no corpo devido aos anos de vida (MOREIRA, 2012).

Nesse cenário, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde intervenham junto a essas pessoas e trabalhem a integridade do eu, ou seja, valorizem a vida vivida, conectando o sujeito com seu passado, presente e futuro, construindo projetos que possam integrar a família e a comunidade como campo de cuidado. As alterações no corpo não devem impedir o idoso de viver com dignidade e de ter QV (MOREIRA, 2012; SILVA; SANTOS; BERARDINELLI, 2010).

O autocuidado com o corpo exige do idoso conhecimentos e a observação de si próprio, para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal nos seus hábitos de vida, de agir e de pensar (SILVA; SANTOS; BERARDINELLI, 2010).

O idoso que apresenta autoimagem realista, ou seja, aquele que consegue perceber seus pontos positivos e negativos, torna-se mais apto aos desafios da vida e ao bom relacionamento humano. Seu comportamento é coerente com a ideia que faz de si, o que permite uma autoconsciência mais aprimorada e percepções positivas em relação ao processo de envelhecer que, por sua vez, configura-se em fator protetor da QV, saúde e bem-estar do idoso (SILVA; SANTOS; BERARDINELLI, 2010).

Entretanto, percebe-se que situações em que há aumento do grau de dependência dos idosos que provocam alterações na memória e

concentração produzem baixa autoestima, alterações na imagem corporal e aparência e medo, tais como episódio de quedas, influenciam negativamente nos escores obtidos em todos os domínios de QV do WHOQOL-BREF, principalmente no domínio psicológico (RIBEIRO et al., 2008).

Ainda, dentre as situações que podem comprometer a saúde física e mental do idoso, a depressão, patologia comum nessa parcela da população, tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

A depressão, na velhice, está associada à perda da autoestima, resultando na incapacidade do idoso de satisfazer suas necessidades ou defender-se de ameaças (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012). Nota-se que idade avançada e sintomas depressivos se associavam negativamente à QV (SILVA; ANDRADE, 2013), e o desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim, a avaliação cognitiva deve fazer parte da assistência dispensada pela equipe de saúde ao idoso, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental dessa população. A perda de memória recente e da habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

De modo geral, ações favoráveis ao envelhecimento saudável são aquelas que estimulam os idosos a serem pró-ativos, incentivando-os a definir objetivos e caminhar para alcançá-los, acumulando, nesse processo, recursos úteis para adaptação à mudança, e mantendo-os ativamente envolvidos na preservação do seu bem-estar (ALVARENGA et al., 2009).

Nessa perspectiva nota-se, ainda, que a espiritualidade possui relação íntima com o envelhecimento em seus diversos aspectos (LUCCHETTI et al., 2011). Portanto, é um fenômeno relevante a ser considerado na avaliação da QV do idoso (ROCHA; FLECK, 2011).

No processo de viver e envelhecer, percebe-se que a religiosidade/espiritualidade é um recurso valioso no enfrentamento das crises da vida cotidiana e um fator que interfere de maneira positiva na saúde física e mental das pessoas idosas. A prática religiosa fornece a esperança de uma vida após a morte e somente ela pode responder à questão sobre o propósito da vida. Além disso, auxilia na redução da ansiedade, aumenta as esperanças, abre portas para a imensidão e o significado da existência do idoso (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Avaliar a QV dos idosos configura-se em ferramenta útil aos profissionais de saúde, para identificar exigências relacionadas ao processo de envelhecimento e implementar ações que favoreçam, além de uma sobrevida maior, também melhor QV, tornando o acréscimo de anos vividos pleno, digno e de expressivo significado (SILVA; ANDRADE, 2013).

6.1.3 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente relações sociais

O domínio “relações sociais”, do WHOQOL-BREF, permite avaliar o indivíduo quanto às suas relações pessoais, ao grau de satisfação com a atividade sexual e ao apoio recebido por amigos, família e outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b). Nesse sentido, observou-se que, nessa e em outras pesquisas (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2012), a maior pontuação alcançada pelos idosos, no WHOQOL-BREF, foi obtida no referido domínio (70,8; DP= 12,7).

Esses resultados sugerem que os idosos se beneficiaram de diversos aspectos avaliados pelo domínio “relações sociais” e que esses são importantes para manutenção da saúde e QV dessas pessoas. Entretanto, nessa pesquisa, das questões que compõem o domínio “relações sociais” a menor média obtida pelos idosos foi na pergunta “Quão satisfeito você está com sua vida sexual?” (3,42; DP= 0,83).

Nesse cenário, torna-se evidente que os idosos possuem desejos e planos para o futuro e necessidades de amor, de companheirismo (MORAES et al., 2011) e sexuais (MASCHIO et al., 2011). Ainda, os que se apresentam mais participativos na comunidade, que realizam regularmente atividades de lazer e físicas e mantêm participação social, revelam-se mais

satisfeitos com a vida (VICENTE; SANTOS, 2013) e possuem mais chances de alcançarem envelhecimento saudável (UNITED NATIONS, 2012).

Nota-se que o isolamento social é tão importante para as taxas de mortalidade quanto o fumo, a hipertensão, o colesterol elevado, a obesidade e a falta de exercícios físicos. A sensação de não ter com quem contar configura-se em grande risco para a saúde do idoso (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

Muitas vezes, o idoso adota postura de passividade e dependência gerada, quase sempre, pela falta de estímulos. Aos poucos ele vai se isolando, reduzindo sua motricidade, buscando menos os contatos sociais, rompendo, então, com seus vínculos afetivos, transformando-se em pessoa solitária, políquelosa e, conseqüentemente, no velho que a sociedade rejeita (D'ALENCAR et al., 2008).

Nessa perspectiva, percebe-se que a promoção e manutenção das relações sociais, para indivíduos idosos, promovem um envelhecimento ativo e contribuem, expressivamente, para melhorar sua QV. São exemplos de ações que favorecem as relações sociais as práticas de exercícios físicos (HARIPRASAD et al., 2013; SAMPAIO; ITO, 2012), oficinas de artes (CAMPOS et al., 2012), participação em centros de convivência e em grupos de promoção da saúde (NOGUEIRA et al., 2013).

Dançar, por exemplo, proporciona aos idosos oportunidade para maior envolvimento social. É uma atividade rítmica complexa que integra vários elementos físicos, cognitivos e sociais, os quais têm o potencial de melhorar a saúde física e mental do idoso, configurando-se em importante estratégia para promover envelhecimento ativo e saudável (MEROM et al., 2013).

Além disso, a dança ajuda o idoso a manter-se motivado e participativo, evitando seu isolamento social e promovendo a alegria de viver. Favorece, ainda, seu ajustamento e a adaptação ao meio e fortalece sua identidade, o que é necessário para o enfrentamento das dificuldades que surgem com o passar dos anos. Dessa maneira, a pessoa torna-se plenamente integrada ao mundo e ao mesmo tempo única, aceitando seu corpo com todas as suas funções e imagem corporal modificada pelo envelhecimento (D'ALENCAR et al., 2008).

Ainda, idosos que praticam atividades físicas, tais como karatê e hidroginástica, apresentam ótimo equilíbrio postural, sobretudo nas ações que envolvem equilíbrio dinâmico, como a ação de subir e descer degraus, ou estático, como permanecer em equilíbrio com apenas um pé de apoio (MARTINS; DASCAL; MARQUES, 2013). Boa saúde física favorece a participação social e favorece a melhor QV (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

A prática de yoga, por sua vez, contribui para melhorias na amplitude de movimento e no desempenho das atividades de vida diária (GONÇALVES et al., 2011). Percebe-se, assim, que a QV dos idosos que realizam algum tipo de atividade física é superior quando comparada com a dos não praticantes, pois além de exercitarem o corpo, também, estimulam a participação social e a interação com outras pessoas (GUIMARÃES et al., 2012).

Atividades em grupo também configuram-se em importantes ferramentas para promoção da saúde do idoso, porque funcionam como espaço de acolhimento, escuta e atenção, possibilitam distração e lazer, trocas de experiências e interações que transformam de modo significativo as relações sociais, na medida em que possibilitam a construção e manutenção de novos relacionamentos, a ampliação da rede social de apoio e percepção de melhor saúde e QV (TAHAN; CARVALHO, 2010).

De modo geral, as atividades de promoção da saúde favorecem a percepção positiva do idoso, em relação à sua saúde, possibilidades para a vida e bem-estar (DICKENS et al., 2011; LIS et al., 2008; SAMPAIO; ITO, 2012).

A importância das atividades de promoção da saúde, direcionadas aos idosos, reside, especialmente, na possibilidade de tirar o idoso de casa e lhe mostrar como é gratificante interagir com o outro, aconchegar-se no ninho ecológico, sentindo-se fazer parte da espécie humana, podendo se expressar, compartilhar experiências e experimentar o novo (D'ALENCAR et al., 2008).

Pessoas que possuem uma maior rede social, além de relatarem maior satisfação com a vida, também possuem maior suporte social (RESENDE et al., 2006). Nota-se, assim, que o contato com outras pessoas mantém-se

imprescindível em qualquer época da vida, especialmente na velhice, já que essa experiência funciona como fator protetor de inúmeros agravos à saúde e piora da QV do idoso (LIS et al., 2008; UNITED NATIONS, 2012).

6.1.4 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente meio ambiente

O domínio “meio ambiente”, do WHOQOL-BREF, contém itens que avaliam as condições financeiras, moradia, segurança, disponibilidade de atividades de lazer, serviços de saúde, transporte, clima, barulho e poluição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b). Os idosos dessa pesquisa alcançaram o menor escore médio de QV no referido domínio (52,7; DP= 12,6).

Sabe-se que o ambiente, para ser considerado propício e satisfatório para a pessoa idosa, deve oferecer segurança, ser funcional, proporcionar estímulo e controle pessoal, facilitar a interação social, favorecer a adaptação às mudanças e ser familiar (TAVARES et al., 2012).

O ambiente físico, em que o idoso está inserido, interfere de maneira significativa no alcance de um envelhecimento ativo e saudável. As características predominantes do ambiente determinam um idoso dependente ou independente (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001), ou seja, capaz ou não de sobreviver, realizar e decidir sem necessariamente depender de outra pessoa (GUARIENTO; NERI, 2010).

Para se ter ideia, é mais provável que uma pessoa idosa seja física e socialmente ativa quando ela tem a oportunidade de andar pelas ruas com segurança, visitar seus vizinhos, ter acesso aos transportes locais e parques (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001; UNITED NATIONS, 2012).

Contrariamente, os idosos que vivem em áreas inseguras evitam sair de casa e, conseqüentemente, estão mais propensos ao isolamento social, à depressão e a ter piores condições físicas e de mobilidade (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001; UNITED NATIONS, 2012).

Além disso, condições ambientais inadequadas, relacionadas a moradias precárias, influenciam o risco de queda do idoso. Essa situação, quando ocorrida, determina complicações que alteram negativamente a QV

dessas pessoas e pode, até mesmo, comprometer sua independência (RIBEIRO et al., 2008).

Comprova-se, dessa maneira, que habitação segura e adequada é especialmente importante para o bem-estar dos idosos. Proximidade com os membros da família, disponibilidade de serviços e transporte público adequado, podem significar a diferença entre interação social positiva e isolamento (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001).

Nesse sentido, outro aspecto que também interfere significativamente na QV do idoso é seu grau de escolaridade (GEIB, 2012; VALENTI et al., 2013; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013). Estudo revelou que os idosos com pior escolaridade estavam mais sedentários e ingeriam menos frutas, verduras ou legumes frescos (LIMA-COSTA, 2004). Esses resultados são preocupantes uma vez que os aspectos nutricionais comprometem a saúde e QV dos idosos (SANTOS et al., 2012a).

Observa-se que, habitualmente, a baixa escolaridade está associada à baixa situação econômica (BRASIL, 2011) que, por sua vez, pode dificultar e até mesmo impedir a realização de uma alimentação adequada, como também de se assumir outros comportamentos de proteção à saúde (UNITED NATIONS, 2012).

A baixa escolaridade também pode prejudicar o acesso a atividades de educação em saúde, estratégia que possibilita ao idoso a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida (GEIB, 2012), contribuindo para aumentar, ainda mais, a vulnerabilidade dessa clientela.

Estudo sobre fatores associados à capacidade funcional, potencial que o idoso possui para decidir e atuar em sua vida diária de maneira independente (GUARIENTO; NERI, 2010), revelou que a baixa escolaridade está associada à capacidade funcional inadequada e, quanto menor o número de anos de estudos, maior a proporção de indivíduos com capacidade funcional inadequada (FIEDLER; PERES, 2008).

Sendo assim, percebe-se que a capacidade funcional do idoso além de estar associada à presença de morbidades e deficiências, também, é influenciada por fatores sociodemográficos, comportamentais e

psicossociais, especialmente pela baixa escolaridade e classe social menos favorecida (FIEDLER; PERES, 2008; SANTOS et al., 2007).

Sugere-se que oportunidades de aprendizado podem ajudar as pessoas a desenvolver habilidades e confiança para se adaptar e desenvolver um processo de envelhecimento saudável. Além disso, idosos com melhores condições financeiras, geralmente, possuem melhor acesso à prevenção, tratamento e reabilitação (SANTOS et al., 2007).

Nesse cenário, destaca-se que é característica marcante da população idosa, no Brasil, o baixo poder aquisitivo e escolaridade (BRASIL, 2011). Muitos idosos, mesmo recebendo aposentadoria, permanecem desenvolvendo alguma atividade como forma de complementar o orçamento doméstico (SANTOS et al., 2002), haja vista que os recursos provenientes da aposentadoria são, muitas vezes, insuficientes para atender às suas necessidades básicas (INOUE et al., 2010). Muitos idosos vivenciam, diariamente, falta de alimento (FREITAS et al., 2010).

Indivíduos com baixo poder econômico estão expostos a maior risco de doenças e deficiências. Muitos idosos vivem sozinhos ou em áreas rurais, sem renda certa ou suficiente. Esses fatores afetam seriamente seu acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

A carência financeira limita, também, as possibilidades de escolha por parte dos idosos e de seus familiares que, muitas vezes, são forçados a conviverem em um mesmo espaço, haja vista que o idoso não tem condições financeiras de possuir/manter sua própria residência (INOUE et al., 2010).

Sendo assim, a escolaridade e a situação econômica do idoso podem repercutir negativa ou positivamente em sua QV (BAJOTTO; GOLDIM, 2011; TORRES et al., 2009; VAGETTI et al., 2013).

Além disso, as dificuldades de acesso à cultura, educação, serviços de saúde e a falta de respeito nos transportes são situações presentes rotineiramente na vida dos idosos (ANDRADE et al., 2013). Percebe-se, assim, que, para se alcançar um envelhecimento ativo, tornam-se indispensáveis políticas públicas que reduzam a situação de pobreza não

somente entre idosos, mas em todas as faixas etárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Nessa pesquisa, a maioria dos idosos é analfabeta funcional - possui menos de quatro anos de estudo (BRASIL, 2005) e tem renda de até um salário mínimo. Dessa maneira, torna-se evidente que são imprescindíveis mudanças nos aspectos citados - renda, condição de moradia, disponibilidade de serviços, entre outros - de modo a favorecer proteção e promoção da saúde do idoso e, conseqüentemente, melhorar a QV dessa população (FREITAS et al., 2010; UNITED NATIONS, 2012).

6.1.5 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente habilidades sensoriais

Em relação à avaliação da QV, por meio do WHOQOL-OLD, a faceta “habilidades sensoriais” retrata o funcionamento sensorial e o impacto da perda dessas habilidades na QV do idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). Alterações nesses aspectos refletem negativamente na vida dessas pessoas. Nessa pesquisa, os idosos obtiveram escores médios de 69,5 (DP= 18,9) na referida faceta.

Estudos indicam que o processo natural de envelhecimento associa-se à redução da acuidade visual e auditiva, diminuição do paladar, mobilidade física prejudicada, incontinência urinária, entre outras questões (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

A redução da acuidade visual ocorre devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam de uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Além das alterações visuais, aproximadamente de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia, perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência, é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. É válido pontuar que muitas vezes o idoso pode não perceber alterações na visão e/ou audição e, por essa razão, não referi-las ao profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nos idosos também é comum alterações no funcionamento do aparelho digestivo e na percepção sensorial, com alteração na capacidade

de mastigação, no fluxo salivar e na integridade da mucosa oral. A idade avançada, ainda, dificulta a identificação do cheiro e do sabor dos alimentos (NOGUÉS, 1995; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Divergindo dos resultados encontrados aqui, pesquisa (TAVARES; DIAS, 2012) realizada com idosos institucionalizados revelou que, na faceta “habilidades sensoriais”, foi obtida a maior média dos escores do WHOQOL-OLD. Resultado semelhante foi observado em outros estudos (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; TAVARES et al., 2011), o que sugere que os idosos estão satisfeitos com aspectos relacionados ao funcionamento dos seus sentidos (visão, audição, tato, paladar) em relação à realização de suas atividades diárias e interação com as pessoas.

Entretanto, é importante considerar que a diminuição dos sentidos, ainda que não percebida, é uma característica apresentada em grande parcela dos idosos (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Nesse cenário, é imprescindível que os profissionais de saúde se atentem para o fato de que déficits nas habilidades sensoriais acometem frequentemente essa parcela da população. Contudo ela comumente somente os percebe quando interferem significativamente em suas atividades diárias. Dessa maneira, essas limitações precisam ser investigadas e valorizadas pelos profissionais de saúde, com vistas a retardar suas manifestações e complicações (FALLER et al., 2010).

Estudo em que os idosos apresentaram prejuízo nas habilidades sensoriais revelou que essas alterações também interferem negativamente na dinâmica familiar. Isso pode ser justificado pelo fato de que a perda/redução dos sentidos afeta a capacidade do idoso de participar de atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas (TORRES et al., 2009).

Percebe-se, então, que as perdas sensoriais afetam, de alguma maneira, a realização das atividades diárias dos idosos e também sua QV (NICOLAZI et al., 2009)

6.1.6 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente autonomia

Nesse estudo, a faceta “autonomia” do WHOQOL-OLD, que refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006), apresentou escore médio de 58,7 (DP= 13,9). Dentre as questões que compõem essa faceta, as menores médias foram obtidas em “Até que ponto você sente que controla o seu futuro?” (2,98; DP= 0,78) e em “Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer” (3,03; DP= 0,88).

Interessante pontuar que as ideias reunidas em torno desse tema relacionam-se à capacidade do idoso de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas, ou seja, ser dono da própria vida, capaz de resolver problemas e ter um sentimento de poder agir como desejar (FONSECA et al., 2010).

Sugere-se, assim, que os idosos entrevistados não estavam plenamente satisfeitos com a sua autonomia, fato esse que tanto pode ser atribuído à situação de liberdade reduzida ou ao pouco respeito dado a essa liberdade. Os idosos, muitas vezes, percebem que as pessoas não respeitam sua liberdade, não lhes permitem tomar decisões acerca do que gostariam de fazer em sua vida ou, ainda, planejar seu futuro (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Resultado semelhante ao encontrado nessa pesquisa foi descrito por Tavares e Dias (2011), em que a faceta “autonomia” obteve o menor escore de QV entre 2.142 idosos residentes no município de Uberaba-Minas Gerais, Brasil.

Nesse cenário, é válido destacar que, para muitos idosos, a saúde é entendida como ter autonomia no exercício de competências funcionais demandadas pela sociedade, tais como capacidade de responder às obrigações familiares e capacidade de desempenhar papéis sociais. Ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente no qual vive (FONSECA et al., 2010).

Sabe-se que a capacidade de tomar decisões e a de autogoverno pode ser comprometida por doenças físicas e mentais ou por restrições

econômicas e educacionais. Na vigência de situações de dependência, por exemplo, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Percebe-se, assim, a necessidade de implementar ações que estimulem a autonomia e independência do idoso, em um processo contínuo de educação em saúde, atualização profissional e estímulo à realização pessoal, de maneira a incluir os idosos como membros ativos e construtores da sociedade em que estão inseridos (TAVARES; DIAS, 2011).

A contribuição dos profissionais de saúde, nesse cenário, advém do desenvolvimento de ações conjuntas ao idoso, familiares e cuidadores, visando incentivar a expressão de desejos e capacidade de decisão nessa etapa da vida (TAVARES; DIAS, 2011).

Nesse sentido, nota-se que as famílias dos idosos necessitam de atenção e não devem, apenas, serem colocadas como cuidadoras. O envelhecimento é uma experiência que não envolve somente o idoso, mas todos os que participam desse processo, independente da aproximação, vínculo ou atividade desenvolvida (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Sendo assim, é preciso que os serviços de saúde busquem estratégias para incluir as famílias no ciclo vital do envelhecimento, em que as ações não estejam direcionadas somente ao idoso, mas ampliando a visão para as demandas das famílias, considerando a estrutura familiar, dinâmica, expectativas e necessidades dessas pessoas (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

A família deve atuar de modo a contribuir para a autonomia do idoso, estimulando sua participação e seu poder de decisão, mas, para tanto, ela precisa compreender que a velhice não se configura em momento de perda e inutilidade. É importante que o idoso continue executando suas atividades de vida diária, respeitando, é claro, os limites impostos pelo processo de envelhecimento (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; PIRES; SILVA, 2001).

Nessa perspectiva, percebe-se que o profissional de saúde exerce papel indispensável na orientação da família, para instrumentalizá-la a

manter a autonomia do idoso e, conseqüentemente, promover melhor QV a essa população (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

É importante ao idoso manter sua independência, ainda que ele apresente uma ou mais doenças. A velhice não impede que o indivíduo conduza sua vida de maneira autônoma e decida sobre seus interesses (VERAS, 2009a).

6.1.7 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente atividades passadas, presentes e futuras

No WHOQOL-OLD, a faceta “atividades passadas, presentes e futuras” descreve a satisfação do idoso em relação às conquistas na vida e coisas que se anseiam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Nessa pesquisa, o escore médio de 61,6 (DP= 14,9), obtido na referida faceta, sugere que os idosos não se beneficiam, integralmente, dos aspectos abordados pelas questões que a compõem, ou seja, não estão totalmente satisfeitos com a possibilidade de continuar alcançando realizações pessoais, com o reconhecimento que recebeu da família e com o que alcançou em sua vida (BAJOTTO; GOLDIM, 2011; TORRES et al., 2009).

Nota-se que, muitas vezes, a menor satisfação com a vida e perspectivas futuras podem estar relacionadas à desesperança na realização de suas necessidades e aspirações, devido à presença de limitações funcionais (TAVARES; DIAS, 2012) ou, até mesmo, devido a conflitos familiares (TORRES et al., 2009).

Percebe-se que parte das dificuldades vivenciadas pelas pessoas idosas está relacionada a uma cultura que as desvaloriza e as limita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O idoso, muitas vezes, pode ser percebido como um peso/fardo pelo sistema familiar ao qual pertence e até por ele mesmo (COUTO et al., 2008).

Todavia, entende-se que a velhice bem sucedida reflete em posicionamento pessoal mais seguro e satisfeito em relação à vida. Essa situação é intimamente influenciada pelas relações positivas estabelecidas no sistema familiar e social dos idosos. Sendo assim, contribui para melhorar a QV dessas pessoas o fortalecimento de vínculos com sua família, seus amigos e com eles mesmos (COUTO et al., 2008; TORRES et al., 2009).

Favorece a manutenção da saúde e bem-estar do idoso o fato de sua família reconhecer e valorizar sua capacidade, potencialidades e seus talentos. Essa atitude faz com que o idoso se sinta estimulado a viver sua vida, desfrutando seus direitos como cidadão, mantendo sua autonomia e seu espaço existencial (CELICH et al., 2010).

Observa-se, então, que para os profissionais de saúde configura-se em grande desafio na atenção à pessoa idosa, conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, nessa fase do ciclo evolutivo, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Percebe-se, assim, que é uma estratégia que deve ser usada pela equipe de saúde o reconhecimento do funcionamento familiar, pois essa ação permite a detecção de disfunções e possibilita implementar intervenções precoces na busca do reequilíbrio dessa estrutura de relações, favorecendo interações satisfatórias entre o idoso e sua família (TORRES et al., 2009), já que quanto mais prejudicada a funcionalidade familiar, pior a QV dos idosos (TORRES et al., 2009).

Por isso, para favorecer a promoção da saúde e QV do idoso, é necessário envolvimento da família, profissionais de saúde e sociedade, na construção conjunta de saberes, “re”valorização e estímulo à socialização do idoso (CAMACHO; COELHO, 2010; NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

6.1.8 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente participação social

Nesse estudo, os idosos apresentaram escore médio de 59,4 (DP= 16,8) na faceta “participação social” do WHOQOL-OLD, item que avalia a maneira com a qual o idoso usa seu tempo e também as oportunidades para participar de atividades na comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). Esse resultado sugere que os idosos não estão se beneficiando integralmente desses aspectos de sua vida.

Situação semelhante foi evidenciada por outra pesquisa em que o aspecto que mais comprometeu a QV de idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família foi a falta de perspectivas de participação social na comunidade (FALLER et al., 2010).

Configuram-se em situações que podem prejudicar a participação do idoso nas atividades da comunidade: a hospitalização (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012), a falta de interesse (GEIB, 2012), as incapacidades funcionais (UNITED STATES, 2011), a falta de condições ambientais adequadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005), entre outros.

De modo geral, percebe-se que a ausência de oportunidades para desempenhar atividades de lazer, falta de conforto no lugar onde mora e situação financeira precária influenciam negativamente na QV do idoso, pois comprometem sua possibilidade de desfrutar a vida plenamente (CORRENTE; MACHADO, 2010).

Esse aspecto da vida do idoso, também, pode piorar com o passar da idade, dado evidenciado especialmente quando os idosos ultrapassam os 80 anos, pois nessa fase as limitações próprias do processo de envelhecimento estão presentes de maneira mais contundente, fazendo com que eles permaneçam maior tempo no lar (FALLER et al., 2010).

Nessa perspectiva, autoridades, organizações não governamentais, indústrias privadas e profissionais de saúde devem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas, a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento, programas que promovam a interação entre as gerações e serviços comunitários, visando à promoção da saúde dessas pessoas por meio de sua participação ativa na sociedade (ANDRADE et al., 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005; UNITED NATIONS, 2012).

O apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores indispensáveis do ambiente social que favorecem a saúde, participação e segurança à pessoa idosa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Nota-se que a participação social em seus grupos proporciona ao idoso a sensação de pertencimento à sociedade (BAJOTTO; GOLDIM, 2011). Assim, torna-se indispensável o uso de estratégias que valorizem a

heterogeneidade da população idosa, bem como favoreçam sua inclusão na política, nas universidades abertas, em grupos de convivência, fóruns, conselhos e associações de aposentados, dançando, namorando, viajando, fazendo teatro, canto, artes plásticas, enfim, vivendo a vida plenamente (ANDRADE et al., 2013) e participando de atividades de lazer (BRAGA et al., 2011).

6.1.9 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente morte e morrer

Estudos revelam que a faceta “morte e morrer”, do WHOQOL-OLD, foi uma das que mais contribuíram na QV dos idosos (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; TORRES et al., 2009). Essa situação pode estar relacionada ao fato de, por se sentirem no final da vida, a morte significa algo já esperado e aceito por essas pessoas (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Todavia, nesse estudo, a faceta “morte e morrer”, item responsável por avaliar as preocupações, inquietações e temores, relacionados ao processo de morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006), apresentou escore médio de 55,7 (DP= 22,6), sendo que obteve-se a menor média na questão “O quanto você teme sofrer antes de morrer?” (2,45; DP= 1,05).

Esse resultado indica que os idosos enfrentam dificuldades para lidar com esse tema. Percebe-se que apesar da morte fazer parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, tanto quanto o nascimento, é pouco discutida e aceita na sociedade (GUTIERREZ; AURICCHIO; MEDINA, 2011).

Além disso, por meio das medidas de prevenção e controle social da saúde e da doença, a medicina desempenha posição central no distanciamento da morte das consciências individuais. O conhecimento da implacabilidade dos processos naturais é aliviado pela noção de que eles são – e busca-se que sejam mais e mais – controláveis (MENEZES; BARBOSA, 2013).

O tempo se expressa a partir do corpo, oferecendo uma possibilidade de significação histórica. O envelhecimento é percebido de maneira diferente ao longo da história da humanidade. Interessante pontuar que muitos têm horror à velhice por associá-la à morte (MOREIRA, 2012).

É fato que, desde o início de sua vida, o ser humano está sujeito à supressão de sua existência. Isso significa que o homem é um ser destinado a morrer. Essa situação desperta diversas maneiras de enfrentamento que variam de um ser para outro, de acordo com suas experiências e reflexões acerca de sua existência e do significado atribuído à morte (FRUMI; CELICH, 2006).

De modo geral, percebe-se a necessidade de dialogar sobre o processo de envelhecimento e morte, pois essa conduta possibilita melhor compreensão do ser e de suas dimensões sociais, culturais, psicológicas e espirituais e desperta para novas possibilidades e realidades de se interagir com essa experiência, corroborando que o idoso e a sociedade “re”aprendam que a morte é essencial para que a vida concretize seu percurso (FRUMI; CELICH, 2006; HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Contudo, lidar com a morte é algo desafiador. Por mais que se busquem maneiras de amenizar a dor desse fato, ela continua assustadora e é um dos objetos que mais impõem medo ao ser humano (PEREIRA, 2013; SILVA; ANDRADE, 2013).

Os idosos comumente vivenciam a perda de outras pessoas queridas com mais frequência que outros grupos etários e essa experiência os leva a pensar e temer a própria morte, colaborando para aumentar o sofrimento e isolamento social (SILVA et al., 2007).

Importante pontuar que a falta de esclarecimento faz com que muitos idosos, apesar de relatarem não ter medo da morte e nem se preocuparem com a maneira pela qual irão morrer, tenham temor em relação ao sofrimento que podem vivenciar durante esse processo. Vê-se que a falta de conhecimento em relação à experiência de morte e morrer pode provocar fantasias, medos e sofrimento (NICOLAZI et al., 2009).

Nessa perspectiva, é necessário que a equipe de saúde discuta com o idoso temas relacionados à morte e ao envelhecer, encorajando-o a manifestar seus medos e ansiedades, por meio de quebra do que se revela proibido, voltando a uma reflexão temática e preparando-o para essa fase do desenvolvimento humano (FRUMI; CELICH, 2006).

Percebe-se que, quando o saber e a história de vida do idoso são valorizados, entendidos e respeitados, esse ser percebe que sua existência

tem um significado, promove um sentido no envelhecer e possibilita o enfrentamento da morte (FRUMI; CELICH, 2006).

6.1.10 Qualidade de vida da pessoa idosa: componente intimidade

Nessa pesquisa, os idosos apresentaram média de 67,6 (DP= 16,3) na faceta “Intimidade” do WHOQOL-OLD, item que avalia as relações pessoais e íntimas, sentimentos de companheirismo, oportunidade para amar e ser amado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). Esse resultado indica que os idosos se beneficiam, em parte, dos aspectos avaliados por essa faceta, o que pode estar relacionado ao fato de a maioria deles morar com três ou mais pessoas na mesma casa (70; 60,3%) e, assim, terem a oportunidade de estabelecer relações pessoais íntimas com seus familiares e/ou amigos.

Estudo avaliou e comparou a QV de idosos jovens (60 a 70 anos) e muito idosos (85 anos ou mais) e revelou que, nos dois grupos, os maiores escores foram obtidos nas facetas “intimidade” e “atividades passadas, presentes e futuras”, mostrando que a oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com suas realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida têm importante influência sobre a QV de idosos, independentemente, de sua faixa etária (MAUÉS et al., 2010).

Em outra pesquisa, os idosos pontuaram, na faceta “intimidade”, a maior média dos escores de QV do WHOQOL-OLD, indicando que eles estavam satisfeitos com seus companheiros e com aqueles que os rodeavam. Além disso, as estruturas familiares permitiam que de três a quatro gerações da mesma família continuassem vivendo no mesmo domicílio, o que afastou a possibilidade de solidão que, frequentemente, os idosos experimentam longe da família (BAJOTTO; GOLDIM, 2011).

Todavia, resultado diferente foi encontrado em outro estudo em que, nessa mesma faceta, os idosos apresentaram uma das menores pontuações do WHOQOL-OLD. Esse resultado pode estar associado ao fato de a maioria dos entrevistados ser viúvo ou divorciado (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

De modo geral, o cotidiano dos idosos é permeado de situações alegres ou não e, comumente, eles desejam e necessitam socializar-se com

outras pessoas. Percebe-se, assim, que é importante para o idoso contar com alguém que se disponha a escutar, conversar e, muitas vezes, ajudar a compreender, solucionar ou mesmo aceitar os acontecimentos diários (LEITE et al., 2008).

Portanto, as relações de amizade e familiares proporcionam consequências positivas, tanto físicas quanto mentais aos idosos, funcionando como recurso protetor e de promoção da saúde para essas pessoas (BAJOTTO; GOLDIM, 2011).

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais de saúde implementem ações que privilegiem a comunicação, resolução de conflitos e estabelecimento de vínculos entre os idosos, famílias e comunidade. Favoreçam a construção de relacionamentos saudáveis que, por sua vez, colaboram para promoção e proteção da saúde do idoso (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2011).

6.2 Qualidade de vida de idosos: aspectos biopsicossociais e participação em atividades grupais

Ao se avaliar a QV da pessoa idosa é preciso considerar que diversos aspectos podem comprometer sua capacidade de desfrutar plenamente a velhice. Sendo assim, nessa parte da pesquisa está descrito como alguns fatores biopsicossociais e a participação em atividades de promoção da saúde, especificamente em grupos, podem interferir na QV desses sujeitos.

6.2.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos e participação em grupo de promoção da saúde

Observou-se que, em relação às questões demográficas e socioeconômicas dos idosos dessa pesquisa, os dois grupos, G1 e G2, são estatisticamente semelhantes em diversos aspectos, sendo que há diferenças em relação à escolaridade e número de pessoas que contribui com a renda familiar. Essa similaridade é importante para permitir a comparação da QV entre os grupos, aumentando a validade interna do estudo (ALMEIDA et al., 2010).

Enquanto 12,4% (11) idosos do grupo G2 possuíam mais de quatro anos de estudo, 30,8% (8) integrantes do grupo G1 apresentaram situação semelhante.

Estudos indicam que a escolaridade favorece a adoção de hábitos de vida que protegem a saúde do idoso (GEIB, 2012; TAVARES et al., 2012), assim como a participação em atividades de educação e em promoção da saúde, pois permite que o idoso entenda que essas ações são importantes na manutenção de sua saúde e QV (GEIB, 2012).

Percebe-se que indivíduos capacitados têm maior poder de interferir no seu próprio processo de saúde, adoecimento e doença, ampliando a sua visão acerca dos fatores relacionados à produção social da saúde (ARAÚJO et al., 2011).

Observou-se, nessa pesquisa, que em 30,7% (27) dos idosos do G2 somente uma pessoa contribuía com as despesas familiares. Para os integrantes do grupo de promoção da saúde, G1, 57,7% (15) apresentaram a mesma condição. Considerando que a maioria dos idosos (88; 75,9%) contribui com as despesas familiares é possível perceber que, em muitos casos, eles assumiram sozinhos as despesas familiares.

Estudo com idosos participantes de grupos de convivência revelou que muitos colaboram significativamente nas despesas da casa, chegando a arcar completamente com os custos do grupo familiar (SILVA et al., 2011).

Sugere-se, assim, que a independência financeira do idoso pode favorecer sua autonomia (BREDEMEIER et al., 2011; PASKULIN et al., 2010), vontade de agir e liberdade individual, ou seja, um comportamento pró-ativo e de participação social (BREDEMEIER et al., 2011).

6.2.2 Qualidade de vida da pessoa idosa: diferenças entre participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde

Nessa pesquisa, os idosos participantes do grupo de promoção da saúde (G1) apresentaram melhores médias de escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF, em relação aos idosos do grupo G2, não sendo estatisticamente significante somente o resultado obtido no domínio “psicológico”.

Em relação ao WHOQOL-OLD, os idosos do grupo G1 apresentaram médias de escores maiores e estatisticamente significantes nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social”.

Pesquisa realizada com idosos revelou diferença significativa na QV entre os que participavam e não participavam de grupos de convivência, sendo que os participantes apresentaram maiores valores nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental, sugerindo que o grupo pode ser benéfico para esses aspectos da vida do idoso (ALMEIDA et al., 2010).

Autores sugerem que a implementação de programas de promoção da saúde, direcionados ao envelhecimento saudável, representa uma estratégia que contribui para melhoria da QV e da saúde da pessoa idosa, porque que estimula a participação social, interação, integração e o empoderamento desses indivíduos. Além disso, favorece a manutenção de estilo de vida saudável e a inclusão social (ARAÚJO et al., 2011).

Percebe-se, assim, que participar de grupos de promoção da saúde pode contribuir para o fortalecimento do controle do sujeito em relação ao seu ambiente social, favorece sua autonomia e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos direcionados à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida (NOGUEIRA et al., 2013; SANTOS et al., 2006).

Para os idosos participar de grupos não significa somente usufruir as atividades, mas também trabalhar coletivamente, incluir-se nas discussões e proposições de alternativas, no planejamento de ações, na consolidação de planos, no controle e na avaliação das atividades. O envolvimento comunitário colabora significativamente para melhorar a percepção da confiança pessoal e a satisfação em viver (WICHMANN et al., 2013).

6.2.3 Fatores que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa

Nessa pesquisa, observou-se que a participação em grupo de promoção da saúde e três pessoas ou mais morarem na mesma casa refletiram positivamente na QV do idoso. Contudo, a idade, contribuir com as despesas familiares, morar sozinho e renda individual menor que um salário mínimo apresentaram incremento negativo na QV dessa clientela.

A participação em grupo de promoção da saúde associou-se positivamente aos escores obtidos nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social”.

De modo geral, os grupos de idosos podem apresentar distintas modalidades, conforme as circunstâncias e os objetivos propostos. Sendo assim, existem grupos de integração, de convivência, socioterápico, com a participação de familiares, de capacitação, de educação em saúde, entre outros (MARTINS et al., 2007).

Nota-se que, mesmo não estando direcionados à realização de atividade física, conforme diretrizes preconizadas pela literatura especializada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), estudos indicam que participar de grupos melhoram de alguma maneira aspectos físicos da saúde do idoso e, além disso, estimulam essas pessoas a aderirem a hábitos saudáveis, como também praticarem regularmente exercícios físicos (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; MARTINS et al., 2007; NOGUEIRA, 2012).

Pesquisa revelou que idosos participantes de grupo de convivência, mesmo com maior prevalência de doença, apresentaram melhores escores de QV em relação aos idosos não participantes e, ainda, a participação no grupo contribui para melhor percepção do estado de saúde e para a manutenção de níveis adequados de atividade física (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

Para prolongar o tempo de vida com saúde, é necessário que o idoso se mantenha continuamente realizando atividades físicas e participando da vida social. Nesse sentido, destaca-se que uma das razões que levam o idoso a participar de grupos é a busca por melhores condições de saúde. Muitos percebem, no ambiente grupal, a oportunidade para exercer participação social e atividades físicas e, dessa maneira, tornarem-se aptos a alcançar melhores condições de saúde e QV (NOGUEIRA, 2012; RIZZOLLI; SURDI, 2010).

Interessante pontuar que a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em até 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em até 58% o risco de progressão

do diabetes tipo II. Assim, fica evidente que essa mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Então, a atividade física é fator protetor da saúde do idoso (MENEZES-CABRAL et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), pode trazer benefícios significativos na sua independência funcional e uma melhor percepção em relação a sua QV (NETO; CASTRO, 2012).

De modo geral, os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde, como também fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania. Constituem-se em alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre, tais como praticar exercícios físicos, lazer, cultura, cuidado com o corpo e a mente, estabelecer relacionamento interpessoal e social (GARCIA et al., 2006).

Percebe-se que as atividades grupais favorecem o estabelecimento de novas amizades e a construção de vínculos afetivos (DICKENS et al., 2011; SAMPAIO; ITO, 2012). As relações de amizade refletem positivamente na saúde física e mental dos idosos, reduzindo doenças, imobilidade e morte. Dessa maneira, favorecem significativamente a saúde e a QV dessas pessoas (ALMEIDA; MAIA, 2010).

O processo de envelhecimento, apesar de ocasionar declínio de algumas capacidades cognitivas, pode ser compensado se o idoso se mantiver participativo na comunidade em que vive, estabelecendo laços e redes de apoio e suporte social. Nesse sentido, depreende-se que são determinantes para a QV do idoso, além dos aspectos biológicos, também, as possibilidades de se estabelecer relacionamento interpessoal e de participação social, aspectos indispensáveis para um envelhecimento ativo e saudável (VICENTE; SANTOS, 2013).

De maneira geral, nota-se que a inserção de idosos em grupos de promoção da saúde proporciona uma mudança no paradigma de velhice, enquanto limitação e incapacidade, já que nesses espaços é possível encontrar idosos ativos, autônomos, satisfeitos com sua condição geral e que se relacionam interpessoalmente com outras pessoas da mesma faixa etária ou não. Nos grupos, os idosos aprendem a conviver com as limitações

de sua saúde, de modo que elas não os impossibilitem de exercer o papel de sujeito socialmente ativo (MIRANDA; BANHATO, 2008).

Integrar algum grupo parece interferir positivamente na QV do idoso, pois além de proporcionar suporte social, contribui para minimizar sentimentos de solidão e abandono e, ainda, ajuda a reforçar, no idoso, o sentimento de valor pessoal (MIRANDA; BANHATO, 2008).

A experiência grupal possibilita ao idoso compartilhar alegrias e tristezas, ter reconhecimento, suporte emocional e, especialmente, motivação para almejar objetivos em sua vida. Sugere-se que o contexto grupal contribua para que o idoso perceba oportunidades de participação na comunidade, que receba reconhecimento de pessoas queridas e encontre novas possibilidades para sua vida (RIZZOLLI; SURDI, 2010; SANTOS; NUNES, 2013).

Nos grupos, é possível agregar pessoas que vivenciam diversas dificuldades e, ao mesmo tempo, situações semelhantes. Essa experiência possibilita a interação, o compartilhamento de vivências e o estabelecimento de vínculos (GARCIA et al., 2006; NOGUEIRA, 2012; SANTOS et al., 2012b).

Os idosos, quando não estimulados, sem objetivos para sua vida ou quando não estão envolvidos em atividades prazerosas, podem se sentir isolados e desmotivados e apresentar aspecto emocional comprometido (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

A vivência grupal oportuniza aos idosos experimentarem sentimentos de utilidade, pois percebem que podem ajudar outras pessoas que estão vivenciando situações semelhantes ou, até mesmo, mais difíceis que as suas. Essa experiência promove a valorização pessoal (SANTOS et al., 2012b). O sentimento de ajudar o outro é muito importante para o idoso, faz com que ele se sinta produtivo, com capacidade para cuidar e de ser importante a outras pessoas. Essa situação coopera positivamente em seu estado de saúde e QV (MOMTAZ; IBRAHIM; HAMID, 2013).

Participar de grupos instiga o indivíduo a interagir com outras pessoas e a descobrir a importância do outro na resolução dos problemas. Favorece, também, o exercício do poder resiliente em cada pessoa (ROCHA et al., 2009).

Torna-se evidente que ter espaço/momento no qual é possível realizar diferentes atividades e, ao mesmo tempo, conversar, sorrir e estar com outras pessoas, configura-se em experiência positiva que favorece o aumento da autoestima do idoso e valorização pessoal (RIZZOLLI; SURDI, 2010).

Indivíduos que estão vivenciando a velhice necessitam de socializar os fatos corriqueiros da vida, pois isso faz parte de sua existência. O compartilhamento das experiências, emoções e sentimentos, frequentemente, ocorre entre familiares e amigos. Entretanto, destaca-se que muitos idosos não possuem filhos ou familiares próximos e somente contam com os amigos para interagir e dialogar (LEITE et al., 2008). Sendo assim, eles percebem no grupo a oportunidade de inclusão social (COMBINATO et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2013).

Dessa maneira, o grupo exerce forte influência na ressocialização dos idosos, fase do desenvolvimento humano em que muitas pessoas se defrontam com o isolamento social. Ao ter a oportunidade de conviver com outras pessoas, no espaço grupal, o idoso tem a oportunidade de encontrar novo significado para seu existir e novos objetivos (CELICH et al., 2010).

Nesse cenário, é importante pontuar que um dos aspectos que mais comprometem a QV dos idosos é a falta de perspectivas em relação a participação social na comunidade (FALLER et al., 2010) e, para muitos idosos, a participação social é percebida por meio da participação em grupos de promoção da saúde (COMBINATO et al., 2010; NOGUEIRA, 2012).

Fica evidente que o grupo opera como espaço relacional em que novas alternativas e possibilidades são tecidas para o desenvolvimento humano, configurando-se em espaço para valorização do idoso e empoderamento na busca de novas oportunidades para sua vida (GOULART; SANTOS, 2012).

Nota-se, dessa maneira, que as atividades grupais cumprem o papel de incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, estabelecendo vínculo entre os membros do grupo e lhes proporcionando segurança, apoio, compreensão e liberdade (BAJOTTO; GOLDIM, 2011).

Pesquisa analisou a QV em três diferentes contextos - idosos que vivem em asilos e participantes e não participantes de universidades abertas - e revelou que os idosos que vivem em asilos apresentaram níveis

significativamente mais baixos de habilidades sociais, de apoio social e de QV, além de níveis mais elevados de depressão (CARNEIRO et al., 2007).

Esses resultados indicam que as habilidades sociais representam importante componente para QV e saúde do idoso. Deficiências nesses fatores podem constituir em vulnerabilidade para a baixa QV e para a depressão nessa população (CARNEIRO et al., 2007).

Estudo revelou que a variável “socialização” – que reflete as atividades exercidas nos grupos comunitários, envolvimento nas tarefas sociais e religiosas, facilidades para interação e estabelecimento de novas amizades - apresentou o maior escore de QV entre idosos, alinhando-se perfeitamente ao seu estado de satisfação com a vida. Esse achado reforça que a participação social do idoso está associada a melhores escores de QV e com percepção positiva de diversos aspectos de sua vida (SANTOS et al., 2002).

Destaca-se ainda que, além de melhorar aspectos sociais, o contexto grupal também pode ser usado para retardar o aparecimento de incapacidades e viabilizar a reabilitação, quando essas forem detectadas. Essa conduta pode reduzir o número de idosos dependentes e favorecer melhores condições de vida às pessoas idosas (FIEDLER; PERES, 2008).

Pesquisa com idosos participantes de um centro de convivência em que são realizados encontros semanais com duração de uma hora e trinta minutos, coordenados por enfermeira, nutricionista e assistente social, evidenciou que a faceta “habilidades sensoriais” foi a que mais contribuiu para o escore total de QV do WHOQOL-OLD (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

De modo geral, as atividades grupais, recurso que possibilita a promoção da saúde dos idosos, devem ser direcionadas às demandas de seus participantes (SANTOS; NUNES, 2013).

Sendo assim, o contexto grupal pode ser usado para favorecer a “re”construção de interações positivas entre os idosos e seus familiares (COMBINATO et al., 2010). É importante que os profissionais de saúde busquem estratégias para incluir as famílias no processo de envelhecimento, não apenas com foco no idoso, mas ampliando a visão para as demandas dos familiares, considerando sua estrutura, dinâmica, expectativas e

necessidades, promovendo interações saudáveis nesse processo (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; BOEMER, 2009). Boa interação entre idoso e família repercute em melhor QV ao idoso (ALVARENGA et al., 2011).

No grupo, também, é possível que a equipe de saúde incentive a autonomia dos idosos, orientando familiares e cuidadores para a valorização e respeito ao idoso, especialmente, em relação à sua tomada de decisão (TAVARES et al., 2011).

O grupo, também, configura-se em estratégia que facilita a construção e manutenção de vínculo entre profissionais e usuários dos sistemas de saúde, o que pode interferir positivamente na adesão a tratamentos e medidas de prevenção a doenças (GARCIA et al., 2006; NOGUEIRA, 2012).

Ainda, o espaço grupal também pode ser usado para discutir questões relacionadas à finitude humana, haja vista que, ao se trabalhar com idosos, a equipe de saúde deve estar preparada para dialogar sobre esse tema, bem como ajudar essa clientela a compreender diferentes aspectos vivenciados na velhice. Apesar de muitos idosos entenderem a morte e o envelhecimento como processos naturais da vida (FALLER et al., 2010; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011), essa percepção não é comum a todas as pessoas (ARAUJO et al., 2013; SILVA; BOEMER, 2009) e pode gerar fantasias e sofrimento.

Ao participar de grupos os idosos podem compartilhar suas angústias, tristezas, amores, alegrias, afetos e saberes. Além disso reduzem sentimentos como medo, insegurança e depressão, sobretudo após a perda de entes queridos e membros da família. Nos grupos eles doam e recebem afeto, conversam com os amigos e compartilham experiências de vida (WICHMANN et al., 2013).

De maneira geral, percebe-se que a participação em grupo estimula o idoso a conhecer e compreender situações relacionadas ao processo de envelhecimento, tanto profiláticas, de cura e reabilitação e alterações físicas e psicológicas. Além disso, é possível resgatar a ressocialização do idoso e contribuir para a formação de novas redes de apoio social (MARTINS et al., 2007; NOGUEIRA et al., 2013).

Nota-se que o ser humano tem a potencialidade da autopoiese – produzir a si próprio – em uma conspiração pelos atos de viver, pelo desabrochar suave das potencialidades humanas, o que é possível em contexto sensível e criativo do encontro com o outro - o grupo (D'ALENCAR et al., 2008).

A participação no grupo de promoção da saúde não foi estatisticamente associada aos escores obtidos no domínio “psicológico” e nas facetas “habilidades sensoriais”, “autonomia”, “intimidade” e “morte e morrer”. Esse resultado sugere que participar do grupo não contribui para que os idosos se beneficiassem dos aspectos avaliados por esses itens.

Podem ter colaborado para essa situação: o fato de o grupo de promoção da saúde da UABSF ser coordenado por ACS, ou seja, pessoas que não estão preparadas técnica e cientificamente para identificar determinadas alterações nas habilidades sensoriais dos idosos; a falta de envolvimento da família dos idosos nas atividades grupais e ausência de discussões, no contexto grupal, de temas relacionados ao processo de morte e morrer.

Nessa pesquisa, observou-se que o aumento da idade influenciou negativamente os escores obtidos pelos idosos no domínio “físico” e nas facetas “habilidades sensoriais” e “participação social”. Esse resultado pode estar associado ao fato de quanto mais velho o indivíduo, mais ele está sujeito às alterações desencadeadas pelo processo de envelhecimento, tais como limitações físico-funcionais e/ou cognitivas (IMHOF et al., 2012; NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012; UNITED NATIONS, 2012).

As mudanças ocasionadas pela idade - tais como piora da visão e/ou audição, fraqueza muscular, dificuldade de mobilidade, entre outras - podem comprometer muito a saúde física e mental do idoso, impondo-lhe limitações que favorecem a perda da autonomia e a redução da interação com a família e amigos e sua participação na sociedade (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, evidencia-se que o profissional de saúde deve estar preparado para identificar e lidar com fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como para implementar intervenções direcionadas à eliminação ou minimização desses agravos,

sempre em parceria com o próprio idoso e membros de sua família (SILVESTRE; NETO, 2003a; TAVARES et al., 2011).

A renda individual, menor que um salário mínimo, também repercutiu negativamente na QV dos idosos dessa pesquisa, especificamente no domínio “meio ambiente” e nas facetas “autonomia” e “morte e morrer”.

Idosos com baixa renda, comumente, não têm acesso adequado a alimentos nutritivos, moradia adequada, cuidados com a saúde, participação em atividades de lazer, entre outros (UNITED NATIONS, 2012). Essa situação reflete negativamente na QV dessas pessoas.

Além disso, nota-se que habitualmente o único sustento de muitas famílias é fundamentado na aposentadoria do idoso, mas essa é insuficiente para atender às demandas dessas pessoas (ROCHA et al., 2009).

Baixa renda também pode comprometer a autonomia do idoso, já que essa situação prejudica o acesso adequado à prevenção, tratamento e reabilitação e, conseqüentemente, permite que o idoso vivencie situações de dependência de membros da família e/ou profissionais da saúde (SANTOS et al., 2007; VIEIRA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2009).

De maneira geral, a falta de recurso financeiro do idoso pode interferir na sua tomada de decisão e autonomia e na condução de sua vida (UNITED NATIONS, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). É válido destacar que frequentemente baixa renda está associada à baixa escolaridade (BRASIL, 2011) que, por sua vez, pode comprometer tanto a compreensão de aspectos relacionados à saúde (UNITED NATIONS, 2012) quanto à finitude humana (KOVÁCS, 2011).

Interessante pontuar também que, nessa pesquisa, contribuir com as despesas familiares influenciou negativamente a QV dos idosos, especialmente no domínio “físico”. Nota-se que as aposentadorias passaram a ser de fundamental importância para a renda da família, por se tratar de um benefício regular e estável (ROCHA et al., 2009).

Percebe-se que, atualmente, ocorrem apoios informais dos idosos para as gerações mais jovens, configurando-se em importante mudança no papel social do idoso no interior das famílias. Com seu acesso à renda proveniente da aposentadoria ou pensões, é comum que ele seja o responsável e chefe do domicílio (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).

Pesquisa sugere que, muitas vezes, esse suporte financeiro faz com que menos membros da família trabalhem e o idoso se sinta responsável pela manutenção do lar, mesmo quando a idade não o permite mais. Essa situação interfere negativamente na QV dos idosos e os torna mais susceptíveis à doença mental (ROCHA et al., 2009).

Além disso, ao invés de usar sua renda para cuidar de sua saúde e conforto, muitas vezes, ele precisa direcioná-la para o sustento da família (FALLER et al., 2010; GEIB, 2012).

No Brasil, por exemplo, o censo demográfico de 2010 revelou que 12 milhões de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, foram classificados como “responsáveis pela unidade doméstica” (BRASIL, 2011). Esse dado confirma que o idoso tem um importante papel social assumindo, em muitas situações, as despesas financeiras do lar.

Nesse estudo, morar sozinho influenciou negativamente nos escores obtidos no domínio “relações sociais”, enquanto três ou mais pessoas morarem na mesma casa refletiu positivamente nos escores pontuados no domínio “físico”.

Essa situação sugere que idosos que vivem sozinhos podem apresentar pior condição de saúde, por não terem alguém que os ajude nas atividades rotineiras, sirva de companhia e cuide deles em casos de necessidade (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Estudo indica que quanto maior o número de pessoas no domicílio, maior a frequência de apoio afetivo (PINTO et al., 2006). A família constitui importante fonte de suporte em todas as circunstâncias da vida do idoso e favorece substancialmente seu bem-estar (FALLER et al., 2010; PEREIRA et al., 2011). Além disso, ela incentiva o idoso a participar de atividades de promoção da saúde, o que melhora a QV e a saúde desse indivíduo (LEITE; CAPPELLARI; SONEGO, 2002).

De maneira geral, a interação entre idoso e família repercute em melhor QV a esse indivíduo (ALVARENGA et al., 2011) e estimula o desenvolvimento de habilidades sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Todavia, morar sozinho, com o cônjuge, com filhos, outros parentes ou com uma pessoa de fora da família depende de uma série de fatores e de

eventos que vão se conformando ao longo da vida do indivíduo. Para alguns idosos, por exemplo, o convívio com os familiares na mesma residência pode ser essencial, para ajudar a resolver questões do dia-a-dia (físicas ou financeiras), assim como para compartilhar as experiências diárias e, para outros, pode representar perda de independência (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

A realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde da população idosa e requer estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência (CAMACHO; COELHO, 2010).

Autonomia, participação, cuidado, autossatisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos imprescindíveis para qualquer política destinada aos idosos (CAMACHO; COELHO, 2010).

7 CONCLUSÃO

“O caminho de Deus é perfeito; a palavra do Senhor é provada; Ele é escudo para todos os que Nele se refugiam”.
(Salmos 18:30)

Os idosos participantes deste estudo tinham média de 70,7 anos $\pm$ 7,0, eram predominantemente do sexo feminino (84,5%), com até quatro anos de escolaridade, vivem em casa com três ou mais pessoas (60,3%), eram aposentados (75,9%), com renda individual de até um salário mínimo (79,6%), contribuíam para a renda familiar (75,9%) que era maior que um salário mínimo (73,8%) e para a qual havia mais de uma pessoa contribuindo (63,2%).

Os participantes do grupo de promoção da saúde (G1) obtiveram escores médios de QV mais altos que os não participantes (G2), nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” do WHOQOL-BREF e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social” do WHOQOL-OLD.

Tanto os integrantes do G1 quanto os do G2 obtiveram escores mais baixos no domínio “meio ambiente” do WHOQOL-BREF, indicando a necessidade de políticas públicas direcionadas às demandas dos idosos relacionadas com melhor acesso ao transporte público, moradia adequada, serviços de saúde, cultura e segurança, entre outros; visando reduzir a vulnerabilidade dessa população e favorecer o envelhecimento saudável.

Os escores mais baixos na faceta “morte e morrer” do WHOQOL-OLD indicam que os idosos apresentam dificuldades para lidar/aceitar a finitude humana e, portanto, que os profissionais de saúde precisam incluir nas atividades grupais a discussão sobre esse tema com os idosos. É importante que eles disponham de espaço para a escuta qualificada de seus sentimentos e medos relacionados ao fim da vida e que possam receber orientações e atendimento profissional especializado para ajudá-los a enfrentar essa dificuldade.

Participar do grupo de promoção da saúde foi estatisticamente associado a escores mais elevados nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (WHOQOL-BREF) e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social” (WHOQOL-OLD), mostrando que o atendimento em grupo realmente contribui para melhor QV dos idosos. Considerando especialmente os aspectos relacionados às relações sociais e participação nas atividades da comunidade, o grupo tem grande potencial para favorecer a diminuição dos sentimentos de solidão e isolamento

sociais, tão comuns em pessoas da terceira idade.

Destaca-se que as atividades desenvolvidas pelo grupo atendem aos pressupostos da dinâmica de grupo, ou seja, suas ações são determinadas pelas necessidades dos idosos e são planejadas para possibilitar a construção de vínculo entre coordenadoras e membros do grupo. Essas características podem ter potencializado os benefícios da prática grupal sobre a QV dos idosos.

Dentre as limitações do estudo, incluem-se a impossibilidade de estabelecer relação de causalidade entre as variáveis, por ser uma pesquisa de corte transversal, e a necessidade de incluir outras variáveis em futuras investigações, a fim de se identificar outros fatores que podem influenciar, positiva ou negativamente, a QV do idoso e podem ser trabalhadas nos grupos de promoção da saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Justo é o Senhor em todos os seus caminhos e Santo em todas as suas obras. Perto está o Senhor de todos os que o invocam, de todos os que o invocam em verdade. Ele cumprirá o desejo dos que o temem; ouvirá o seu clamor, e os salvará”.

(Salmos 145:17-19)

Essa investigação nasceu do desejo de confirmar que a participação dos indivíduos em grupos tem sempre a possibilidade de mostrar um ou outro efeito terapêutico, independentemente dos objetivos e tipos de grupo e de qualquer aspecto sociodemográfico dos participantes. No que se refere especialmente à população idosa, era um pressuposto nosso que a participação em grupos de promoção da saúde podia ser uma experiência benéfica, pelas próprias características do trabalho de grupo que favorecem o convívio social, o compartilhamento de experiências, o acesso a informações e orientações de saúde e outros benefícios.

Nesse sentido, os resultados indicam que essa participação realmente promove melhorias em diversos aspectos da QV dos idosos, especialmente naqueles relacionados à participação social e estabelecimento/manutenção de relacionamento interpessoal. Assim, o grupo é um recurso que pode ser usado por profissionais da saúde para promoção e proteção da saúde do idoso, pois ele permite romper situações de solidão e oportuniza, ao idoso, estabelecer novos vínculos de amizade e convívio social.

Entretanto, não basta reunir pessoas para que se tenha, de fato, um grupo. Para isso é necessário envolvê-las na busca por objetivos em comum, favorecer a construção de vínculos e interações psicológicas autênticas. Percebe-se, então, que coordenar grupos não é tarefa fácil e requer diversas habilidades dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito a comunicação efetiva, saber ouvir, ser continente, ter empatia e paciência e, principalmente, acreditar no grupo como recurso para assistência em saúde.

É importante que todas as atividades desenvolvidas no contexto grupal sejam direcionadas às necessidades das pessoas que integram o grupo. Cada pessoa representa a voz do grupo no qual ela está inserida, ou seja, cada um manifesta as ansiedades e os desejos de todos. Por isso o coordenador precisa ser capaz de receber a mensagem, interpretá-la e devolvê-la ao grupo de maneira a contribuir para construção conjunta de saberes e para o crescimento emocional de todos.

Caso o grupo não seja respeitado e suas demandas não sejam atendidas, há grande chance dessa atividade não alcançar todo seu potencial e não proporcionar benefícios terapêuticos aos envolvidos nesse

processo. Quando conduzido adequadamente, o grupo contribui para transformar a vida das pessoas e tornar experiências difíceis em oportunidades para autoconhecimento, superação, aprendizagem e resiliência.

O atendimento em grupo deve ser visto pelo profissional de saúde como ferramenta que pode contribuir significativamente para melhorar a QV do idoso, mas, para tanto, é altamente recomendável que esse profissional atente para questões relacionadas ao planejamento, estrutura e coordenação do grupo, de maneira a usar adequadamente os benefícios dessa estratégia e minimizar a ocorrência de situações desfavoráveis.

Apesar de o grupo ajudar muito os idosos a envelhecer de maneira ativa e saudável, não representa a solução para todos os seus problemas. Também são necessárias políticas públicas e ações sociais direcionadas às demandas socioeconômicas dessa clientela, tais como condições adequadas de moradia e alimentação, acesso à educação e serviços de saúde e oportunidades de lazer, para que essa parcela da população possa envelhecer com saúde e dignidade.

Os instrumentos de avaliação da QV, WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, se mostraram ferramentas úteis ao coordenador de grupo, pois permitem identificar áreas que comprometem diversos aspectos da vida dos sujeitos. Sendo assim, eles favorecem a tomada de decisão do coordenador e a implementação de intervenções no contexto grupal, consequentemente, possibilitam potencializar os efeitos terapêuticos do atendimento em do grupo.

REFERÊNCIAS

“Justo é o Senhor em todos os seus caminhos e santo em todas as suas obras. Perto está o Senhor de todos os que o invocam, de todos os que o invocam em verdade. Ele cumprirá o desejo dos que o temem; ouvirá o seu clamor, e os salvará”.

(Salmos 145:17-19)

- ABRAHÃO, A. L., FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev Enferm UERJ**. v. 17, n. 3, p. 436-41, 2009.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enf**. v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.
- ALMEIDA, A. K., MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicol estud**. v. 15, n. 4, p. 743-50, 2010.
- ALMEIDA, E. A. et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 13, n. 3, p. 435-43, 2010.
- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 4, p. 794-800, 2009.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 5, p. 2603-11, 2011.
- ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicol USP**. V. 12, n. 1, p. 135-52, 2001.
- ANDALÓ, C. S. A. **Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural**. São Paulo: Agora; 2006.
- ANDRADE, L. M. et al. Políticas Públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet**. v. 18, n. 12, p. 3543-52, 2013.
- ARAI, H. et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. **Geriatr Gerontol Int**. v. 12, n. 1, p. 16-22, 2012.
- ARAUJO, C. C. R. et al. Influência da idade na percepção de finitude e qualidade de vida. **Cien Saude Colet**. v. 18, n. 9, p. 2497-505, 2013.
- ARAÚJO, L. F. et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 30, n. 1, p. 80-6, 2011.
- AUBRY, J. M., ARNAUD, Y. S. **Dinâmica de grupo. Iniciação a seu espírito e algumas de suas técnicas**. 8. ed. São Paulo: Loyola; 1978.
- AVIDAN, A. Y. Sleep disorders in the older patient. **Prim Care**. v. 32, n. 2, p. 563-86, 2005.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Chronic diseases and quality of life in primary health care. **Cad Saude Publica**. v. 29, n. 9, p. 1774-82, 2013.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 29, n. 9, p. 1774-82, 2013.

BAJOTTO, A. P., GOLDIM, J. R. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 14, n. 4, p. 753-61, 2011.

BELASCO, A. G. S., SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P., SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida.** Barueri: Manole; 2006. p. 1-10.

BENEDETTI, T. R. B., MAZO, G. Z., BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Cien Saude Colet.** v. 17, n. 8, p. 2087-93, 2012.

BION, W. R. **Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo.** São Paulo: IMAGO; 1975.

BLAY, S. L., MERLIN, M. S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, D. P., SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida.** Barueri: Manole; 2006. p. 19-30.

BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev APS.** v. 14, n. 1, p. 93-100, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 2004.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicador_esminimos/sinteseindicais2004/indic_sociais2004.pdf.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Goiânia: Evolução populacional e pirâmide etária.** 2013. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=520870&se_arch=goias|goiania|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação.** Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf.

- BREDEMEIER, S. M. L. et al. Autonomia na velhice: concepções de idosos participantes de um programa social. **Estud interdiscip envelhec.** v. 16, n. Supl, p. 171-84, 2011.
- BRITO, T. R. P., PAVARINI, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev Lat Am Enfermagem.** v. 20, n. 4, p. 677-84, 2012.
- BROVOLD, T., SKELTON, D. A., BERGLAND, A. Older adults recently discharged from the hospital: effect of aerobic interval exercise on health-related quality of life, physical fitness, and physical activity. **J Am Geriatr Soc.** v. 61, n. 9, p. 1580-5, 2013.
- CABRAL, R. W. L. et al. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. **Rev Enferm UFPE.** v. 7, n. 5, p. 1434-42, 2013.
- CAMACHO, A. C. L. F., COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 2, p. 279-84, 2010.
- CAMARGOS, M. C. S., RODRIGUES, R. N., MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R Bras Est Pop.** v. 28, n. 1, p. 217-30, 2011.
- CAMPOS, C. N. A. et al. Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc Anna Nery.** v. 16, n. 3, p. 588-96, 2012.
- CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol Reflexão e Crítica.** v. 20, n. 2, p. 229-37, 2007.
- CARVALHO, J. A. M., GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública.** v. 19, n. 3, p. 725-33, 2003.
- CASTANHO, P. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. **Vínculo.** v. 9, n. 1, p. 47-60, 2012.
- CASTRO, M. G. et al. Propriedades pscométricas do WHOQOL-BREF em uma amostra de tabagistas. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 29, n. 3, p. 254-7, 2007.
- CECCON, R. F. et al. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Cien Saude Colet.** v. 18, n. 5, p. 1411-6, 2013.
- CELICH, K. L. S. et al. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Rev Min Enferm.** v. 14, n. 2, p. 226-32, 2010.

CELICH, K. L. S., GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 12, n. 3, p. 345-59, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life.** Atlanta, Georgia 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.** v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COLLEEN, A. et al. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Med Care.** v. 31, n. 3, p. 247-63, 1993.

COMBINATO, D. S. et al. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade.** v. 22, n. 3, p. 558-68, 2010.

CORRÊA, L. Q., ROMBALDI, A. J., SILVA, M. C. Atividade física e sintomas do envelhecimento masculino em uma população do sul do Brasil. **Rev Bras Med Esporte.** v. 17, n. 4, p. 228-31, 2011.

CORRENTE, J. E., MACHADO, A. B. C. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. **Rev APS.** v. 13, n. 2, p. 156-63, 2010.

COUTO, M. C. P. P. et al. Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios. **Psic Clin.** v. 20, n. 1, p. 135-52, 2008.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika.** v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

D'ALENCAR, B. P. et al. Biodança como processo de renovação existencial do idoso. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 5, p. 608-14, 2008.

DELUCA, D. E., BONACCI, S., GIRALDI, G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. **Clin Ter.** v. 162, n. 1, p. 13-8, 2011.

DIAS, F. A. **Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais.** Uberaba, 2010. 139 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

DIAS, V. P., SILVEIRA, D. T., WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev APS.** v. 12, n. 2, p. 221-7, 2009.

DIAS, V. P., SILVEIRA, D. T., WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev APS**. v. 12, n. 2, p. 221-7, 2009.

DICKENS, A. P. et al. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. **BMC Public Health**. v. 11, n. 1, p. 1-22, 2011.

DRUMMOND, N. et al. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics. **Can Fam Physician**. v. 58, n. 8, p. 450-8, 2012.

DUARTE, Y. A. O., ANDRADE, C. L., LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

EKBLAD, S., ASPLUND, M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden-Pre and two post assessments. **Open J Prev Med**. v. 3, n. 1, p. 12-21, 2013.

ESER, S. et al. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). **Turk Psikiyatri Derg**. v. 21, n. 1, p. 37-38, 2010.

EYPASCH, E. et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. **British Journal of Surgery**. v. 82, n. 1, p. 216-22, 1995.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc Anna Nery**. v. 14, n. 4, p. 803-10, 2010.

FARIAS, G. M.; MENDONÇA, A. E. O. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise pós-transplante renal pelo WHOQOL-BREF. **REME rev. min. Enferm**. 2009;13(4):574-83.

FAVORETO, C. A. O., CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009.

FERNANDES, M. T. O. **Trabalho com grupos na saúde da família: concepções, estruturas e estratégias para o cuidado transcultural**. Belo Horizonte, 2007. 179 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, M. T. O., SILVA, L. B., SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. Supl 01, p. 1331-40, 2011.

FERNANDES, M. T. O., SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 6, p. 1494-502, 2012.

FHON, J. R. S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev Saude Publica**. v. 47, n. 2, p. 266-73, 2013.

FIEDLER, M. M., PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n. 2, p. 409-15, 2008.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M. P. A., CHACHAMOVICH, E., TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Públ**. v. 37, n. 6, p. 793-9, 2003.

FLECK, M. P. A., CHACHAMOVICH, E., TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module **Rev Saúde Públ**. v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**. v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Públ**. v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FONSECA, M. G. U. P. et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saude Publica**. v. 44, n. 1, p. 159-65, 2010.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.

FREI, A. et al. A comprehensive systematic review of the development process of 104 patient-reported outcomes (PROs) for physical activity in chronically ill and elderly people. **Health Qual Life Outcomes**. v. 9, n. 1, p. 116, 2011.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Vivendo ao envelhecer: vozes de um grupo de idosos. Revista de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. v. 4, n. 1, p. 98-105, 2010.

FRUMI, C., CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **RBCEH**. v. n. p. 92-100, 2006.

FU, T. S. et al. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life assessment - brief in methadone patients: a validation study in northern Taiwan. **Harm Reduct J.** v. 10, n. 1, p. 37, 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Educação em saúde: diretrizes.** Brasília: Fundação Nacional da Saúde; 2007 [acesso. Disponível.

GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev Lat am Enferm.** v. 14, n. 2, p. 175-82, 2006.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idosos. **Ciênc saúde coletiva.** v. 17, n. 1, p. 123-33, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien Saude Colet.** v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GODOY, M. T. H., MUNARI, D. B. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil. **Rev Lat am Enferm** [Internet]. v. 14, n. 5, p. 786-802, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a23.pdf.

GONÇALVES, A. C. C. et al. **Manual de dinâmica de grupo.** São Paulo: Iglu; 1997.

GONÇALVES, L. C. et al. Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. **Arch Gerontol Geriatr.** v. 53, n. 2, p. 158-62, 2011.

GOULART, D. M., SANTOS, M. A. Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. **Psicol Estud.** v. 17, n. 4, p. 607-17, 2012.

GRANDO, M. K., DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery.** v. 14, n. 3, p. 504-10, 2010.

GUARIENTO, M. E., NERI, A. L. **Assistência ambulatorial ao idoso.** São Paulo: Alínea; 2010.

GUEDES, D. P. et al. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. **J Aging Health.** v. 24, n. 2, p. 212-26, 2012.

GUERRA, A. C. L. C., CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc saúde coletiva.** v. 15, n. 6, p. 2931-40, 2010.

GUEST, E. M., KEATINGE, D. R. The Value of New Parent Groups in Child and Family Health Nursing. **J Perinat Educ.** v. 18, n. 3, p. 12-22, 2009.

GUIMARÃES, A. C. A. et al. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 15, n. 4, p. 661-70, 2012.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertensos.** v. 38, n. 43, p. 38-43, 2009.

GUTIERREZ, B. A. O., AURICCHIO, A. M., MEDINA, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst.** v. 29, n. 3, p. 186-90, 2011.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A., LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus **Texto contexto Enferm.** v. 19, n. 2, p. 358-65, 2010.

HARIPRASAD, V. R. et al. Effects of yoga intervention on sleep and quality-of-life in elderly: A randomized controlled trial. **Indian J Psychiatry.** v. 55, n. Supl 3, p. 364-8, 2013.

HEINEY, S. P., WELLS, L. M. Strategies for organizing and maintaining successful support groups. **Oncol Nurs Forum.** v. 16, n. 6, p. 803-9, 1989.

HORTA, A. L. M., FERREIRA, D. C. O., ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev Bras Enferm.** v. n., p. 523-8, 2010.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev APS.** v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009.

HULLMANN, S. E. et al. Measures of General Pediatric Quality of Life. **Arthritis Care & Research.** v. 63, n. Supl 11, p. 420-30, 2011.

IMHOF, L. et al. Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. **J Am Geriatr Soc.** v. 60, n. 12, p. 2223-31, 2012.

INOUE, K. et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 23, n. 3, p. 582-92, 2010.

JESUS, M. C. P. et al. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev APS.** v. 11, n. 1, p. 54-61, 2008.

JOHNSON, R. A., WICHERN, D. W. **Applied multivariate statistical analysis.** 5. ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2002.

JUNIOR, E. L., TRINDADE, J. L. D. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 16, n. 3, p. 473-9, 2013.

- KAPLAN, R. M. et al. The Quality of Well-Being Scale: critical similarities and differences with SF-36. **Int J Qual Health Care**. v. 10, n. 6, p. 509-20, 1998.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C., KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. v. 31, n. 3, 2009.
- KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte. Do interdito à comunicação. **Psicol cienc prof**. v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011.
- LATORRE, M. R. D. O. Modelos de regressão aplicados em epidemiologia. 2013. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~rosario/reg/apostilareg2013.pdf>.
- LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 2, p. 250-7, 2008.
- LEITE, M. T., CAPPELLARI, V. T., SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 4, n. 1, p. 18-25, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/746/811>.
- LEVY, L., DIUANA, S., PINHO, P. G. R. O grupo de reflexão como estratégia de promoção de saúde com famílias adotivas. **Advances in Health Psychology**. v. 17, n. 1, p. 39-42, 2009.
- LEWIN, K. Field theory and experiment in social psychology: concepts and methods. **Am J Sociol**. v. 44, n. 6, p. 868-96, 1939.
- LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix; 1948.
- LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira; 1965.
- LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. v. 13, n. 4, p. 201-8, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- LIMA-COSTA, M. F., VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003.
- LIMA, M. G. et al. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Rev Saude Publica**. v. 45, n. 3, p. 485-93, 2011.
- LIRA, A. C. C. et al. Caracterização de quedas em idosos. **Rev pesquis cuid fundam (Online)**. v. 3, n. 5 Esp, p. 176-83, 2011.

LIS, K. et al. **Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People**. Vienna: Austrian Red Cross; 2008.

LOOMIS, M. E. **Group process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company; 1979.

LOPES, R. A., DIAS, R. C. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. **ConScientiae Saúde**. v. 9, n. 3, p. 504-9, 2010.

LOW, G., MOLZAHN, A. E., SCHOPFLOCHER, D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. **Health and Quality of Life Outcome**. v. 11, n. p. 1-10, 2013.

LUCAS-CARRASCO, R., LAIDLAW, K., POWER, M. J. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. **Aging Ment Health**. v. 15, n. 5, p. 595-604, 2011.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 14, n. 1, p. 159-67, 2011.

MACIEL, E. S. et al. The relationship between physical aspects of quality of life and extreme levels of regular physical activity in adults. **Cad Saude Publica**. v. 29, n. 11, p. 2251-60, 2013.

MAFFACCIOLLI, R., LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paul Enferm**. v. 18, n. 4, p. 439-45, 2005.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Duas Cidades; 1978.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev Eletr Enf [internet]**. v. 9, n. 2, p. 443-56, 2007.

MARTINS, R. M., DASCAL, J. B., MARQUES, I. Equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroginástica e karatê. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 16, n. 1, p. 61-9, 2013.

MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 32, n. 3, p. 583-9, 2011.

MATHUR, V. P. et al. Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. **Gerodontology**. v. 30, n. 5, p. 1-8, 2013.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 5, p. 405-10, 2010.

MELO, R. L. P. et al. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 26, n. 2, p. 222-30, 2013.

MENEZES-CABRAL, R. L. et al. Efeitos de Diferentes Treinamentos e Estilos de Vida nos Indicadores Antropométricos e Cardiocirculatórios no Envelhecimento. **Rev Saude Publica**. v. 11, n. 3, p. 359-69, 2009.

MENEZES, R. A., BARBOSA, P. C. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Cien Saude Colet**. v. 18, n. 9, p. 653-2662, 2013.

MEROM, D. et al. Can social dancing prevent falls in older adults? a protocol of the Dance, Aging, Cognition, Economics (DAnCE) fall prevention randomised controlled trial. **BMC Public Health**. v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

MILTE, C. M. et al. How important is health status in defining quality of life for older people? An exploratory study of the views of older south australians. **Appl Health Econ Health Policy**. v. n. p. 2013.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BRUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000 [acesso em 2011 Jan 17].

MINICUCCI, A. **Dinâmica de Grupos: teorias e sistemas**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_e_nvelhecimento_v12.pdf.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010 (Brasil): Secretaria de Atenção à Saúde; 2010 [acesso. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

_____. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

_____. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/est.%20de%20idoso.pdf>.

_____. **Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

_____. **Programa saúde da família: equipes de saúde bucal**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/equipessaudebucal.pdf>.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2010b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

MIRANDA, L. C., BANHATO, E. F. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicologia em Pesquisa**. v. 2, n. 1, p. 69-80, 2008.

MIZUKAMI, S. et al. Falls Are Associated with Stroke, Arthritis and Multiple Medications among Community-Dwelling Elderly Persons in Japan. **Tohoku J Exp Med**. v. 231, n. 4, p. 299-303, 2013.

MOMTAZ, Y. A., IBRAHIM, R., HAMID, T. A. The impact of giving support to others on older adults' perceived health status. **Psychogeriatrics**. v. 1, n. 1, p. 2013.

MORAES, K. M. et al. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 14, n. 4, p. 787-98, 2011.

MORAIS, O. N. P. Grupo de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. **Psicol ciênc prof**. v. 29, n. 4, p. 846-55, 2009.

MOREIRA, J. O. Imagem corporal e envelhecimento: Vicissitudes de uma tragédia moderna. **Psicol Argum**. v. 30, n. 71, p. 631-7, 2012.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: José Olympio; 2010.

MOTTA, K. A. M. B., MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 8, n. 1, p. 150-61, 2006. Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/931/1128>.

MOTTA, K. A. M. B. et al. As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 9, n. 1, p. 229-41, 2007. Disponível em:

<http://www.sobrapgoias.com.br/0810Atrilhas.pdf>.

MOTTA, L. B., AGUIAR, A. C., CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad Saude Publica**. v. 27, n. 4, p. 779-86, 2011.

MUNARI, D. B., FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB; 2003.

MUNARI, D. B. et al. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Rev Enferm UERJ**. v. 15, n. 1, p. 107-12, 2007.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING. **Global Health and Aging**. US, 2011. Disponível em:

http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisas. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus; 2007. p. 9-57.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saude Publica**. v. 29, n. 4, p. 778-92, 2013.

NETO, M. G., CASTRO, M. F. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Rev Bras Med Esporte**. v. 18, n. 4, p. 234-7, 2012.

NICOLAZI, M. C. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. **Cogitare Enferm**. v. 14, n. 3, p. 428-34, 2009.

NOGUEIRA, A. L. G. **O grupo é nosso remédio: lições de um grupo de promoção da saúde de idosos**. Goiânia, 2012. 105 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 6, p. 1352-8, 2013.

NOGUÉS, R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes em el anciano y que condicionan su correcta nutrición. **Nutrición Clín**. v. 15, n. 2, p. 39-44, 1995.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Cien Saude Colet.** v. 15, n. 6, p. 2887-98, 2010.

NUNES, J. M., OLIVEIRA, E. N., VIEIRA, N. F. C. Grupo de mulheres na comunidade: (re)construindo saberes em saúde. **Cad Saude Colet.** v. 21, n. 3, p. 253-9, 2013.

NUNES, M. I., FERRETTI, R. E. L., SANTOS, M. **Enfermagem em Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

NUNES, V. M. A., MENEZES, R. M. P., ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum.** v. 32, n. 2, p. 119-26, 2010.

OLIVEIRA, L. M. A. C. **Acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem.** Goiânia, 2006, 219. Tese (Doutorado) Convênio rede Centro-Oeste - UnB/UFG/UFMS, Goiânia, 2006.

OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP.** v. 44, n. 2, p. 429-36, 2010.

OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 3, p. 432-8, 2008.

OLIVEIRA, N. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, n. 3, 2009.

OLIVEIRA, S. C. et al. Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf [Internet].** v. 14, n. 4, p. 974-82, 2012.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, 2005. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf.

_____. **WHOQOL OLD: manual.** Copenhagen, 2006. Disponível em: <http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención Departamento de Promoción de la Salud. **Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias.** Madrid, 2001. Disponível em: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. Canarias, 2002. Disponível em: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf.

OSORIO, L. C. **Grupo terapias: abordagens atuais**. São Paulo: Artmed; 2007.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 1, p. 101-7, 2010.

PEDREIRA, L. C., OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**. v. 65, n. 5, p. 730-6, 2012.

PEIXOTO, M. K. A. V. **Perspectiva para o trabalho em equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Goiânia, 2012, 106 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.

PEREIRA, A. A., CEOLIM, M. F., NERI, A. L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cad Saude Publica**. v. 29, n. 3, p. 535-43, 2013.

PEREIRA, J. C. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. **Cien Saude Colet**. v. 18, n. 9, p. 2699-709, 2013.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr**. v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 6, p. 2907-17, 2011.

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Rev Saude Publica**. v. 47, n. 2, p. 403-13, 2013.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

PINHEIRO, G. M. L., ALVAREZ, A. M., PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**. v. 17, n. 8, p. 2105-15, 2012.

PINILLOS-PATIÑO, Y., PRIETO-SUÁREZ, E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. **Rev Salud Publica (Bogota)**. v. 14, n. 3, p. 438-47, 2012.

- PINTO, J. L. G. et al. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Cien Saude Colet.** v. 11, n. 3, p. 753-64, 2006.
- PIRES, Z. R. S., SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Rev Eletr Enf [internet]**. v. 3, n. 2, p. 2001.
- RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol Am Lat.** v. n. 5, p. 2006.
- RIBEIRO, A. P. et al. A influencia das quedas na qualidade de vida de idosos. **Cien Saude Colet.** v. 13, n. 4, p. 1265-73, 2008.
- RIZZOLLI, D., SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 13, n. 2, p. 225-33, 2010.
- ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm.** v. 62, n. 5, p. 687-94, 2009.
- ROCHA, N. S., FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clín.** v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.
- ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Lat Am Enfermagem.** v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.
- RUFINE, M. F. C. et al. Escala de qualidade de vida: análise estrutural de uma versão para idosos. **Cien Saude Colet.** v. 18, n. 7, p. 1993-2000, 2013.
- SÁ, R. M. B., MOTTA, L. B., OLIVEIRA, F. J. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 10, n. 2, p. 2007.
- SAMPAIO, P. Y. S., ITO, E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. **Occup Ther Int.** v. 20, n. 2013, p. 1-10, 2012.
- SANTOS, Á. S. et al. Nutrição e qualidade de vida de idosos na região centro- oeste da cidade de São Paulo. **Nursing.** v. 15, n. 171, p. 438-44, 2012.
- SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 23, n. 11, p. 2781-8, 2007.
- SANTOS, L. F., NUNES, D. P. Using group approaches to promote healthy aging. **J Gerontol Geriatr Res.** v. 2, n. 2, p. 119, 2013.

SANTOS, L. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 1, p. 122-7, 2012.

SANTOS, L. F. et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. **Rev Eletr Enf.** v. 14, n. 1, p. 42-9, 2012.

SANTOS, L. M. et al. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Rev Saúde Públ.** v. 44, n. 1, p. 177-84, 2010.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Públ.** v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Lat Am Enfermagem.** v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SASSO, G. T. M. D. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP.** v. 47, n. 1, p. 242-9, 2013.

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública.** v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SERBIM, A. K., FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de Vida de Idosos em um Grupo de Convivência. **Sci Med (Porto Alegre).** v. 21, n. 4, p. 166-72, 2011.

SHAYA, F. T. et al. Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: a partial randomised study. **J Epidemiol Community Health.** v. n. p. 1-7, 2013.

SILVA, A. C. D. S., SANTOS, I., BERARDINELLI, L. M. M. Imagem corporal do idoso no reflexo do autocuidado no envelhecimento saudável: Estudo sociopoético. **Online Braz J Nurs (Online).** v. 9, n. 1, p. 2010.

SILVA, C. A. et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 1, p. 97-104, 2007.

SILVA, D. G. V. et al. Grupo com possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto contexto Enferm.** v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, H. O. et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 14, n. 1, p. 123-33, 2011.

SILVA, I. M. C., ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev Bras Clin Med.** v. 11, n. 2, p. 129-34, 2013.

SILVA, L. B., SOARES, S. M. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 3, p. 640-7, 2013.

SILVA, M. G., BOEMER, M. R. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 17, n. 3, p. 1-7, 2009.

SILVESTRE, J. A., NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 839-47, 2003.

SILVESTRE, J. A., NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 2, p. 839-47, 2003.

SOUZA, A. C. et al. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005

STEPTOE, A. et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. **PNAS**. v. 110, n. 15, p. 5797-801, 2013.

STIVALI, M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 9, p. 3729-39, 2011.

TAHAN, J., CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e qualidade de vida. **Saud soc**. v. 19, n. 4, p. 878-88, 2010.

TAVARES, D. M. S., DIAS, F. A. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Texto contexto Enferm**. v. 20, n. esp, p. 205-13, 2011.

TAVARES, D. M. S., DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012.

TAVARES, D. M. S., DIAS, F. A., MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 4, p. 601-6, 2012.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Esc Anna Nery**. v. 16, n. 2, p. 371-8, 2012.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev Eletr Enf** [internet]. v. 13, n. 2, p. 211-8, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a17.pdf>.

TEIXEIRA, I. N. D. A. O., GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Cien Saude Colet**. v. 15, n. 6, p. 2845-57, 2010.

TEIXEIRA, S. M., RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 12, n. 2, p. 239-54, 2009.

TOLEDO, R. C. M. R., ALEXANDRE, N. M. C., RODRIGUES, R. C. M. Psychometric evaluation of a brazilian portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. **Rev Lat Am Enfermagem.** v. 16, n. 6, p. 943-50, 2008.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.** v. 1, n. 39, p. 39-44, 2009.

TURNER, R. R. et al. Patient-reported outcomes: instrument development and selection issues. **Value Health.** v. 10, n. Suppl 2, p. 86-93, 2007.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Population ageing and development: Ten years after Madrid.** Madrid, 2012.
Disponível em:
http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2012-4.pdf.

UNITED STATES. National Institute on Aging. **Biology of aging: research today for a healthier tomorrow.** US, 2011. Disponível em:
http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/biology_of_aging.pdf.

URZÚA, A. et al. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. **Rev Med Chile.** v. 139, n. p. 1006-14, 2011.

VAGETTII, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 29, n. 5, p. 955-69, 2013.

VALENTI, M. et al. A longitudinal study of quality of life of earthquake survivors in L'Aquila, Italy. **BMC Public Health.** v. 13, n. 1, p. 1-7, 2013.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol.** v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica.** v. 3, n., 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Públ.** v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERTINO, K. H., GETTY, C., WOOLDRIDGE, P. Development of a tool to measure therapeutic factors in group process. **Arch Psychiatr Nurs.** v. 19, n. 4, p. 221-9, 1996.

VICENTE, F. R., SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 2, p. 370-8, 2013.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 4, p. 724-30, 2007.

VIEIRA, C. M. et al. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 7, p. 3161-8, 2011.

VIEIRA, G. B., ALVAREZ, A. M., GONÇALVES, L. T. I. A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. **Cienc Cuid Saude**. v. 8, n. 4, p. 645-51, 2009.

VITORINO, L. M., PASKULIN, L. M. G., VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 20, n. 6, p. 1-9, 2012.

VITORINO, L. M., PASKULIN, L. M. G., VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev Latino Am Enfermagem**. v. 21, n. Esp, p. 1-9, 2013.

WARE, J. E., SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**. v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.

WEIL, P. **Dinâmica de grupo e desenvolvimento em relações humanas**. Belo Horizonte: Itatiaia; 2002.

WHOQOL. **WHOQOL: Annotated Bibliography**. New Zealand, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf>.

WICHMANN, F. M. A. et al. Companionship groups as support to improve the health of the elderly. . **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 16, n. 4, p. 821-32, 2013.

WITTMANN-VIEIRA, R., GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 3, p. 334-9, 2012.

WON, K. Y. et al. Assessment of quality of life as a tool for measuring morbidity due to schistosoma mansoni infection and the impact of treatment. **Am J Trop Med Hyg**. v. n. p. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Forum. **What quality of life?** Genebra, 1996. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17\(4\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17(4).pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.**

Genebra, 1996. Disponível em:

http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** 2010. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1.

YALOM, I. D., LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed; 2006.

ZENEVICZ, L., MORIGUCHI, Y., MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Rev Esc Enferm USP.** v. 47, n. 2, p. 433-9, 2013.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: ArtMed; 2000.

“Elevo meus olhos para os montes, de onde me vem o socorro? O meu socorro me vem do Senhor”.

(Salmos 121:1-2)

ANEXO A

WHOQOL BREF: 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	completam ente
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	Completa mente
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	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremam ente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que	1	2	3	4	5

	você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com 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	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	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?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B



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
------	-------------	-------	-------	---------------

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 C

124

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 Comitê de Ética em Pesquisa

UFG

PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 036/2011
Goiânia, 12/05/2011

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Enf. Leidiane Ferreira Santos*
PESQUISADORES PARTICIPANTES: *Dr.ª Virginia Visconde Brasil; Enf.ª Nara Eliza Souza de Oliveira; Enf.ª Lizete Malagoli de Almeida Cavalcante Oliveira; Enf.ª Maria Alves Barbosa; Enf.ª 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

APÊNDICES

*“Os que confiam no Senhor são
como o monte de Sião, que não se
abala”.*

(Salmos 125:1)

APÊNDICE A**Questionário para Coleta de Dados 01 – aspectos sociodemográficos e econômicos****1- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo : ☐ masculino ☐ feminino

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

2- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOSEstado conjugal: ☐ solteiro ☐ casado ☐ viúvo (a)

Escolaridade: _____

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

Renda: _____

Moradia: ☐ própria ☐ alugada ☐ outra _____Mora com: ☐ filhos ☐ companheira ☐ sozinho ☐ outros _____

Número de pessoas que vivem na mesma casa: _____

3- INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDEApresenta algum problema de saúde: ☐ sim ☐ não

Qual(is): _____

Com que frequência visita a unidade de saúde? _____

Está em acompanhamento clínico na unidade de saúde? Qual? _____

4- INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES GRUPAIS NA ESF

Participa de atividades grupais realizadas pelas equipes ESF da UABSF:

☐ SIM ☐ NÃO

Caso sim, qual(is)? _____

Caso não, por qual(is) motivo(s)? _____

Você sabe informar quando acontecem atividades grupais realizadas pelas equipes ESF da UABSF, que você participa:_____

Com que frequência você participa de atividades grupais realizadas pelas equipes ESF da UABSF:_____

Há quanto tempo você participa das atividades grupais organizadas pela ESF?_____

Qual o significado do grupo para sua vida?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é **Leidiane Ferreira Santos**, sou enfermeira e pesquisadora responsável. 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 (Leidiane Ferreira Santos), no telefone (62)8585-2248, ou com a orientadora da pesquisa, Dra Maria Alves Barbosa, 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) 8586-0802).

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.

Leidiane Ferreira Santos - Pesquisadora

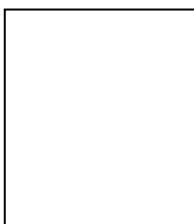
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

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 e assinatura do Pesquisador

Responsável _____

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: _____