

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO  
À SAÚDE**

**FLAVIA APARECIDA DIAS**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E PARTICIPAÇÃO EM  
ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS**

**UBERABA-MG  
2010**

FLAVIA APARECIDA DIAS

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E PARTICIPAÇÃO EM  
ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

UBERABA-MG  
2010

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, MG, Brasil)***

D541q                                  Dias, Flavia Aparecida, 1978 -  
  Qualidade de vida de idosos e participação em atividades  
  educativas grupais/Flavia Aparecida Dias. -- 2010.  
  139f.: il.; 30 cm

  Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade  
Federal do  
Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.  
  Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Darlene dos Santos Tavares.

  1. Idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Educação em Saúde. 4.  
Distribuição espacial da população. 5. Enfermagem Geriátrica I.  
Tavares, Darlene dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

FLAVIA APARECIDA DIAS

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES  
EDUCATIVAS GRUPAIS**

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e enfermagem.

Aprovada em 06 de julho de 2010.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darlene Mara dos Santos Tavares  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denize Boutelet Munari  
Universidade Federal de Goiás  
Membro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leiner Resende Rodrigues  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Membro

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Nelma, pelo apoio e pelos cuidados do dia-a-dia, sempre.

À minha irmã Dani, pelo auxílio.

Ao Rubens, pelo carinho e companheirismo, que me dedicou durante todo o caminho.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À Secretaria de Infraestrutura da Prefeitura Municipal de Uberaba, pela concessão dos mapas do município.

À Valquíria Getúlio e Mário Sérgio Pereira, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, que auxiliaram na obtenção dos dados relacionados à caracterização dos bairros do município e áreas de abrangência das EFS.

À bibliotecária Ana Paula Azevedo, pelo auxílio nas buscas bibliográficas e normas.

À revisora Norma Cunha pelo empenho.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Maria Aparecida, sempre disponível a nos auxiliar.

À secretaria do Curso de Graduação em Enfermagem, pelo apoio.

Aos profissionais do DSIM, pelo auxílio no início da pesquisa.

Aos meus colegas mestrandos, pelo convívio neste período; em especial à Nilce, Maurícia e Marina.

À Professora Doutora Cláudia Benedita Santos, por ter me acolhido e pelo aprendizado proporcionado.

À Professora Doutora Denize Bouttelet Munari, pelo acompanhamento e contribuições.

À Professora Doutora Leiner Resende pelas orientações e contribuições.

Ao Professor Doutor Vicente de Paula Antunes Teixeira, pelas contribuições oferecidas na construção deste projeto.

Ao Professor Doutor Vanderlei Haas, pelos ensinamentos.

À Professora Doutora Sybelle Miranzi, pelo auxílio.

Ao Professor Tarcísio Neves Cunha, pelos ensinamentos, disponibilidade e apoio durante este período.

À Professora Doutora Lúcia Scatena, pelas contribuições na construção das tabelas.

À Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, orientadora deste estudo, pelo valioso ensino e dedicação.

Obrigada pela confiança.

Aos idosos que participaram desta pesquisa, a minha gratidão por terem contribuído com a construção do conhecimento.

Sintam-se incluídos por todas as contribuições, sejam elas presenciais ou não, escritas, faladas, pensadas.

Muito obrigada.

“A um homem nada se pode ensinar. Tudo o que podemos fazer é ajudá-lo a encontrar as coisas dentro de si mesmo.”  
Galileu

## RESUMO

DIAS, Flavia Aparecida. **Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais**. 2010. 139f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

As atividades educativas grupais podem contribuir para a qualidade de vida de idosos. Por sua vez, a distribuição espacial da qualidade de vida pode evidenciar *clusters*, dada a sua relação com fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais e de saúde. Este estudo teve como objetivo caracterizar os idosos e sua participação em atividades educativas grupais; verificar os fatores sociodemográficos e de saúde, associados à não participação em atividades educativas grupais; comparar os escores de qualidade de vida entre os idosos participativos e não participativos e identificar *clusters* de menores escores de qualidade de vida, relacionados à participação ou não em atividades. Trata-se de um estudo tipo inquérito domiciliar transversal, observacional e comparativo, realizado com 2.142 idosos. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado e a qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para a análise dos dados utilizaram-se os *softwares* SPSS, MapInfo Professional e Terraview. Foi realizada a análise descritiva, o teste qui-quadrado, o teste *t*-Student ( $\alpha=0,10$ ) e regressão logística ( $\alpha=0,05$ ). Para o terceiro objetivo foram constituídos dois grupos, emparelhados por sexo e faixa etária: idosos participativos e não participativos. Utilizou-se o teste *t*-Student ( $\alpha=0,05$ ). O mapeamento dos menores escores de qualidade de vida foi obtido pelo método Kernel. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo N 897. A maioria dos idosos não participava de atividades educativas grupais (88,3%); para os participativos, a atividade predominante relacionava-se à hipertensão arterial (44,5%). Em ambos os grupos, participativos e não participativos, o maior percentual era do sexo feminino (67,7%, 61,8%, respectivamente); 60-70 anos (51,4%, 45,7%, respectivamente); casados (53,4%, 48,2%, respectivamente); residiam com filhos (40,2%, 32,4%, respectivamente) e renda mensal de um salário mínimo (55%, 55,1%, respectivamente). Os idosos participativos apresentaram predominantemente 1-4 anos de estudo (40,6%) e os não participativos, 4-8 (33,5%). Entre os participativos observou-se predomínio de 7-10 morbidades (33,9%) e para os não participativos, 4-7 (33,3%). Em ambos os grupos o maior percentual foi para 1-3 incapacidades funcionais. A faixa etária de 80 anos e mais esteve associada à maior chance de não participação em atividades educativas grupais ( $\beta=1,89$ ). A comparação entre os grupos evidenciou que os idosos participativos apresentaram menores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais ( $p=0,037$ ) e nas facetas: funcionamento dos sentidos ( $p=0,01$ ), autonomia ( $p<0,001$ ), atividades passadas, presentes e futuras ( $p=0,003$ ) e participação social ( $p=0,007$ ). Os idosos participativos localizaram-se na região nordeste do município e os não participativos, na região sul. Verificaram-se maiores aglomerados de menores escores de qualidade de vida nas regiões periféricas do município, coincidindo com áreas de idosos participativos e não participativos. Estes dados podem subsidiar a implementação de ações em saúde, de acordo com as especificidades regionais. A ampliação das atividades educativas grupais pode favorecer a melhoria da qualidade de vida dos idosos.



**Palavras-chave:** Idoso; Qualidade de vida; Educação em saúde; Distribuição espacial da população; Enfermagem geriátrica.

## ABSTRACT

DIAS, Flavia Aparecida. **Quality of life of elderly and participation in group educational activities**. 2010. 139f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

The group educational activities may contribute to the quality of life of seniors. In turn, the spatial quality of life may reveal clusters, given their relationship with environmental factors, economic, social, cultural and health. This study aimed to characterize the elderly and their participation in group educational activities and check the health and sociodemographic factors associated with non-participation in group educational activities, to compare the scores of quality of life among the elderly and non-participatory and participatory identify clusters of smaller scores of quality of life related to participation in activities or not. This is a study of household survey cross-sectional observational and comparative study conducted with 2142 elderly. Data were collected through semi-structured instrument and the quality of life measured by WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. For the data analysis used the SPSS software, MapInfo Professional and TerraView. We performed descriptive analysis, chi-square and Student t test ( $\alpha=0.10$ ) and logistic regression ( $\alpha=0.05$ ). For the third objective was divided into two groups matched by sex and age: the elderly non-participatory and participatory, we used the Student t test ( $\alpha=0.05$ ). The mapping of the lower scores of quality of life was obtained by kernel. This study was approved by the Ethics Committee on Human Research of UFTM, Protocol No. 897. Most seniors did not participate in group educational activities (88.3%) for participatory activity is predominantly related to hypertension (44.5%). In both groups, participatory and non participatory, the largest percentage were female (67.7%, 61.8%, respectively), 60-70 years (51.4%, 45.7%, respectively), married (53.4%, 48.2%, respectively), were living with children (40.2%, 32.4%, respectively) and monthly income of a minimum wage (55%, 55.1%, respectively). The elderly showed mostly a participatory 1-4 years of study (40.6%) and non-participatory, 4-8 (33.5%). Among the participatory observed predominance of 7-10 morbidities (33.9%) and for non-participatory, 4-7 (33.3%). In both groups the highest percentage was for a 1-3 functional disabilities. The age group 80 years and older was associated with increased odds of non-participation in group educational activities ( $\beta=1.89$ ). The comparison between groups showed that the elderly had lower scores participatory quality of life in the social relationships domain ( $p=0.037$ ) and the facets: sensory functioning ( $p=0.01$ ), autonomy ( $p<0.001$ ), activities past, present and future ( $p=0.003$ ) and social participation ( $p=0.007$ ). Older people participatory-located in the northeast region of the municipality and the non-participatory in the south. There were major clusters of lower scores of quality of life in the outskirts of the city, coinciding with areas of elderly participatory and non participatory. These data can support the implementation of public health efforts, according to regional specificities. The expansion of group educational activities can promote the improvement of quality of life for seniors.

**Keywords:** Aged; Quality of life; Health education; Residence characteristics; Geriatric nursing.

## RESUMEN

DIAS, Flavia Aparecida. **La calidad de vida de los ancianos y lá participation en actividades educativas de grupo**. 2010. 139f. Dissertación (Maestria en Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

El grupo de actividades educativas pueden contribuir a la calidad de vida de las personas mayores. A su vez, la calidad espacial de la vida puede revelar las agrupaciones, dada su relación con factores ambientales, económicos, sociales, culturales y de salud. Este estudio tenía como objetivo caracterizar las personas mayores y su participación en el grupo de actividades educativas y controlar la salud y los factores sociodemográficos asociados a la no participación en actividades educativas de grupo, para comparar las puntuaciones de calidad de vida de los adultos mayores y no participativos y participativo identificar los grupos de menor puntuaciones de la calidad de vida relacionada con la participación en actividades o no. Este es un estudio de encuesta de hogares estudio observacional y transversal comparativo realizado con 2142 personas de edad avanzada. Los datos fueron recolectados a través de instrumento semi-estructurado y la calidad de vida medida por el WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Para el análisis de datos con el software SPSS, Professional y MapInfo Terraview. Se realizó análisis descriptivo, chi-cuadrado y prueba t de Student ( $\alpha=0,10$ ) y la regresión logística ( $\alpha=0,05$ ). Para el tercer objetivo se dividió en dos grupos apareados por sexo y edad: las personas mayores no participativa y participativa, se utilizó la prueba t de Student ( $\alpha=0,05$ ). La asignación de los puntajes más bajos de calidad de vida se obtuvo por el kernel. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos UFTM, el Protocolo N° 897. La mayoría de las personas mayores no participaron en actividades educativas de grupo (88,3%) para actividades de participación es predominantemente relacionadas con la hipertensión (44,5%). En ambos grupos, participativa y no participativa, el mayor porcentaje son mujeres (67,7%, 61,8%, respectivamente), 60 | 70 años (51,4%, 45,7%, respectivamente), se casó (53,4%, 48,2%, respectivamente), estaban viviendo con los niños (40,2%, 32,4%, respectivamente) y el ingreso mensual de un salario mínimo (55%, el 55,1%, respectivamente). Los ancianos mostraban en su mayoría una participación 1 | 4 años de estudio (40,6%) y no participativa, 4 | 8 (33,5%). Entre el predominio de participación observada de 7 | 10 morbilidades (33,9%) y para no participativo, 4 | 7 (33,3%). En ambos grupos el porcentaje más alto fue de un 1 | 3 discapacidades funcionales. El grupo de edad de 80 años se asoció con mayores probabilidades de no participación en actividades educativas ( $\beta=1,89$ ). La comparación entre grupos mostró que los adultos mayores mostraron niveles de calidad inferiores participativo de la vida en el ámbito de las relaciones sociales ( $p=0,037$ ) y de las facetas: funcionamiento sensorial ( $p=0,01$ ), autonomía ( $p<0,001$ ), actividades pasado, presente y futuro ( $p=0,003$ ) y participación social ( $p=0,007$ ). La participación ancianos se encuentra en el noreste de la ciudad y no participativa en el sur. Había grandes clusters de menor puntuación de calidad de vida en las afueras de la ciudad, coincidiendo con las áreas de personas mayores participativa y no participativa. Estos datos pueden apoyar la aplicación de las acciones de salud pública, de acuerdo a las particularidades regionales. La expansión de las actividades educativas de grupo puede promover la mejora de la calidad de vida de los ancianos.

**Palabras clave:** Anciano; Calidad de vida; Educación en salud; Distribución espacial de la población; Enfermería geriátrica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Classificação das teorias biológicas do envelhecimento humano.....	23
<b>Figura 1</b> – Mapa do município de Uberaba com arruamento segundo distritos sanitários. Uberaba, 2010.....	53
<b>Figura 2</b> - Autoavaliação da qualidade de vida dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.....	73
<b>Figura 3</b> - Autoavaliação da satisfação com a saúde dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.....	74
<b>Figura 4</b> – Densidade Kernel dos idosos participativos com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	90
<b>Figura 5</b> – Mapa da distribuição da densidade de idosos participativos com os participantes sobrepostos. Uberaba, 2010.....	91
<b>Figura 6</b> – Densidade Kernel dos idosos não participativos com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	92
<b>Figura 7</b> – Mapa da distribuição da densidade de idosos não participativos com não participantes sobrepostos. Uberaba, 2010.....	93
<b>Figura 8</b> – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio físico (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	93
<b>Figura 9</b> – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio psicológico (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	95
<b>Figura 10</b> – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio social (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	96
<b>Figura 11</b> – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio meio ambiente (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	96
<b>Figura 12</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta funcionamento dos sentidos (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	98

<b>Figura 13</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta autonomia (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	98
<b>Figura 14</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta atividades passadas, presentes e futuras (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	99
<b>Figura 15</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta participação social (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	100
<b>Figura 16</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta morte e morrer (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	100
<b>Figura 17</b> – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta intimidade (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.....	101

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.....	61
<b>Tabela 2</b> – Distribuição da frequência de morbidades dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.....	67
<b>Tabela 3</b> – Distribuição de frequência das AVD dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.....	69
<b>Tabela 4</b> – Modelo de regressão logística dos fatores associados a não participação dos idosos em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010..	72
<b>Tabela 5</b> – Qualidade de vida dos idosos que participavam e não participavam de atividades educativas grupais segundo o WHOQOL-BREF. Uberaba, 2010.....	74
<b>Tabela 6</b> – Qualidade de vida dos idosos que participavam e não participavam de atividades educativas grupais segundo o WHOQOL-OLD. Uberaba, 2010.....	77

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1 ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS .....</b>	<b>18</b>
1.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO .....	18
1.1.1 Transição demográfica .....	18
1.1.2 Definições de idoso e envelhecimento humano.....	21
1.2 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO HUMANO .....	24
1.2.1 Perspectiva histórica .....	24
1.2.2 Conceitos de qualidade de vida .....	27
1.2.3 Instrumentos de mensuração de qualidade de vida .....	29
1.3 GEOPROCESSAMENTO APLICADO À SAÚDE DO IDOSO .....	37
1.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS NA SAÚDE DO IDOSO .....	40
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>51</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>52</b>
3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO .....	52
3.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	53
3.3 MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS .....	54
3.3.1 Instrumentos.....	54
3.3.2 Variáveis de estudo.....	55
3.3.3 Coleta dos dados .....	56
3.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	57
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS E SUA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS .....	60
4.2 FATORES ASSOCIADOS À NÃO PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS .....	71
4.3 QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO PARTICIPAÇÃO OU NÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS .....	73
4.4 MAPEAMENTO DOS MENORES ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA....	90
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>103</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>105</b>



<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>108</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>123</b>
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	124
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	127
<b>ANEXOS</b> .....	<b>128</b>
ANEXO 1 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	129
ANEXO 2 – INSTRUMENTO WHOQOL-OLD.....	132
ANEXO 3 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF .....	135
ANEXO 4 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-OLD .....	137
ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM .....	139

## APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, cursada entre os anos de 2003 e 2007, tive a oportunidade de desenvolver atividades de extensão universitária, as quais estiveram vinculadas à saúde do idoso e também às atividades educativas em saúde.

Neste contexto, foi observado que os profissionais de saúde têm papel fundamental no desenvolvimento de atividades educativas. No que concerne ao idoso, espera-se que ele vivencie esta etapa da vida com independência e qualidade, com os serviços de saúde contribuindo neste aspecto, tendo as atividades educativas grupais como suporte para estas ações.

Estas vivências acadêmicas, aliadas ao curto tempo de experiência profissional, me despertaram o interesse para o cuidado do idoso junto à comunidade. Observou-se que no desenvolvimento das atividades educativas grupais direcionadas aos idosos a adesão estava aquém do esperado.

Deste modo, surgiram algumas inquietações: como os serviços de saúde têm desenvolvido ações para atender ao idoso? As atividades desenvolvidas nos serviços de saúde têm atendido as expectativas desta população? Em que medida essas têm contribuído para a manutenção da saúde e qualidade de vida?

Estas questões despertaram o interesse em identificar a relação entre a qualidade de vida dos idosos com os serviços disponibilizados pelas unidades de saúde; mais especificamente, as atividades educativas grupais.

A partir daí buscou-se o desenvolvimento deste projeto, o qual procura refletir sobre a qualidade de vida do idoso que vive na comunidade. Deste modo, este trabalho pretende descrever as características socioeconômicas e a qualidade de vida dos idosos no município de Uberaba/MG, bem como identificar os fatores dificultadores à participação dos idosos em atividades educativas grupais. Pretende ainda buscar a relação da qualidade de vida com o meio que estes idosos vivem, sejam eles sócio-econômico-ambientais.

# 1 ENVELHECIMENTO HUMANO, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS

Este capítulo será apresentado em quatro tópicos: *o processo de envelhecimento humano*, que descreverá o processo de transição demográfica, conceitos, teorias e fatores relacionados ao envelhecimento; *qualidade de vida e envelhecimento humano*, abordará o histórico, conceituações, instrumentos de mensuração e estudos; *geoprocessamento aplicado à saúde do idoso*, abordará alguns tópicos relacionados à análise espacial de dados em saúde e estudos realizados entre idosos; e *atividades educativas grupais na saúde do idoso*, discorrerá sobre o histórico, conceituações, classificação e grupos com idosos.

## 1.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Neste tópico será abordado o processo de envelhecimento enfocando a transição demográfica; os conceitos de idoso e envelhecimento e as teorias biológicas do processo de envelhecimento humano.

### 1.1.1 Transição demográfica

A transição demográfica é um fenômeno mundial (BRASIL, 2007). Este termo refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de diminuição desses indicadores. Quando há queda de mortalidade e diminuição da fecundidade ocorre aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a população começa a envelhecer (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

A teoria da transição demográfica postula que os países tendem a percorrer, progressivamente, quatro estágios na sua dinâmica populacional (PEREIRA, 1995).

Na primeira fase denominada “pré-industrial ou ‘primitiva’”, há coexistência de altas taxas de mortalidade e natalidade. Na segunda fase, “intermediária de divergência de coeficientes”, a mortalidade apresenta redução e a natalidade mantém-se em nível mais alto, resultando em crescimento acelerado da população.

A terceira, “intermediária de convergência de coeficientes”, ocorre quando a natalidade diminui em ritmo mais acelerado que a mortalidade, ocasionando limitação progressiva no ritmo de crescimento populacional. Na fase “moderna’ ou de “pós-transição”, há aproximação dos coeficientes em níveis baixos. Quando atingido este período, o crescimento populacional é praticamente zero (PEREIRA, 1995).

Existem duas teorias que são complementares à teoria da transição demográfica. A primeira denominada teoria das estratégias de sobrevivência, refere que cada modo de produção tem a sua estratégia com maneiras específicas de organizar a família, o que resulta em diferentes taxas de fecundidade. No meio rural, local este em que a família é a unidade de produção, a prole numerosa é a estratégia de sobrevivência. Quando a família passa de unidade de produção para de consumo, a fecundidade tende a mudar, embora com amplas variações (PEREIRA, 1995).

A teoria da difusão defende que a rápida queda da fecundidade deve-se à difusão de valores de certos segmentos da sociedade ou países, para outros setores sociais, regiões ou países. No Brasil, as telecomunicações divulgam hábitos e modos de agir e pensar de segmentos, através da veiculação sistemática de padrões de comportamento; por exemplo, o uso de meios contraceptivos e difusão de imagens favoráveis ao controle de natalidade (PEREIRA, 1995).

Nesse sentido, o envelhecimento está relacionado aos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos, sendo um conjunto de fatores responsáveis pelas características deste processo em determinada comunidade.

A população idosa, antes associada aos países desenvolvidos, é uma realidade atual dos países em desenvolvimento (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006). A diferença está relacionada às condições nas quais se deu esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos, a transição ocorreu gradualmente, ao longo de um maior período, conseqüentemente, há um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa mudança está sendo brusca (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Os países desenvolvidos alcançaram melhores condições socioeconômicas a partir da industrialização e urbanização, o que repercutiu na taxa de mortalidade. Nos países em desenvolvimento estas condições não estiveram presentes, pois as

taxas de fecundidade e mortalidade permaneceram altas até a metade do século XX. No final da década de 1940 e início dos anos 1950, foram introduzidos os antibióticos, as vacinas e outras conquistas da medicina, que acabaram por ser os responsáveis pela redução da mortalidade (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Enquanto os países desenvolvidos como a França e Suécia necessitaram de 115 e 85 anos, respectivamente, para que seu percentual de idosos duplicasse de 7% para 14% da população, no Brasil tal feito será obtido em, aproximadamente, 35 anos, tendo como referência os anos de 1990 a 2025 (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Estima-se que no ano de 2050 existirão cerca de dois bilhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, 80% deles vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2006a; UNITED NATIONS, 2006; CAMARANO, 2002).

No Brasil, o índice de envelhecimento, que relaciona os idosos ao segmento jovem da população, indica mudanças na estrutura etária (BRASIL, 2009; PEREIRA, 1995). Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos. Em 2050, projeções indicam que esta relação poderá ser de 100 para 172,7 (IBGE, 2008). Atualmente existem aproximadamente 17,6 milhões de idosos no país (BRASIL, 2007).

Trata-se de um contingente populacional com experiência de vida, qualificação e potencialidades a oferecer à sociedade. Desse modo, o país deve estar preparado para atender as demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas, de magnitudes muitas vezes desconhecidas, de uma população que se incrementa, anualmente, em meio milhão de idosos ao longo da primeira década deste século e de mais de um milhão ao chegar a 2020 (LEBRÃO, 2003).

A forma desigual em que tem ocorrido o processo de envelhecimento populacional entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem sido observada entre os Estados brasileiros. Cerca de 45% dos idosos residem nos Estados de São Paulo (23%), Rio de Janeiro (11,5%) e Minas Gerais (11,2%) (IBGE, 2007).

Atualmente, não se pode dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais atinge 7%, com tendência a crescer (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Estima-se que a população idosa no Brasil seja de 10,2% e no município de Uberaba, local em que será realizado este estudo, representa 12,1% (BRASIL, 2009). Estes dados evidenciam a necessidade de desenvolver pesquisas direcionadas a esta população de modo a compreender o desenvolvimento desse processo, visando implementar ações em saúde que considerem as características dos idosos do referido município.

### **1.1.2 Definições de idoso e envelhecimento humano**

A definição de idoso varia entre as sociedades. Para tanto consideram-se as pessoas com 60 ou mais nos países em desenvolvimento e 65 ou mais para os países desenvolvidos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1989). Este fato está relacionado com a maior expectativa de vida nos países desenvolvidos, devido ao maior acesso da população aos serviços de saúde e às melhores condições de vida (MONTANHOLI et al., 2006).

No Brasil, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Este critério cronológico é adotado na maioria das instituições que atendem ao idoso e nos trabalhos científicos, devido à dificuldade de definição biológica. Tal fato é decorrente da controvérsia sobre o momento em que se inicia o envelhecimento, ou seja, logo após a concepção, no final da terceira década de vida ou próximo ao final da existência. Ademais, inexistem marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis relacionados ao processo de envelhecimento humano (PAPALÉO NETTO, 2006).

Além desta definição, o envelhecimento tem sido ligado à facetas como a idade biológica ou funcional, a psicológica e a social (PAPALÉO NETTO, 2006).

A idade biológica tem assumido estreita relação com a funcional, definida como o grau de manutenção do nível de capacidade adaptativa em comparação com a fisiológica (PAPALÉO NETTO, 2006).

O critério psicológico refere-se à relação entre o cronológico e as capacidades como aprendizagem e memorização além do senso subjetivo do idoso que avalia a presença de marcadores do envelhecimento biológico, social e psicológico,

comparando-se com outros indivíduos da mesma faixa etária (PAPALÉO NETTO, 2006).

Por fim, a idade social que se refere à capacidade de adequação do idoso no desempenho de papéis e comportamentos esperados para sua faixa etária (PAPALÉO NETTO, 2006).

Os critérios para classificar um indivíduo quanto à idade são complementares, dada a complexidade do processo de envelhecimento que engloba variáveis biológicas, psicológicas e sociais que se relacionam entre si.

O processo de envelhecimento tem sido conceituado como “um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte” (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO; GARCIA, 2005, p.10).

O Ministério da Saúde destaca que “o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos” (BRASIL, 2007, p.8). Para Hayflick (1996, p.7) o envelhecimento representa “as perdas na função normal que ocorrem após a maturação sexual e continuam até a longevidade máxima para os membros de uma espécie”.

Nas três definições descritas há consenso sobre a diminuição funcional do indivíduo ao longo dos anos, que culmina com o envelhecimento.

As alterações celulares, teciduais e orgânicas decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento, no início são discretas, aumentando progressivamente e repercutindo na resposta orgânica dos mecanismos homeostáticos do idoso (BRASIL, 2007; PAPALÉO NETTO; PONTE, 2002). Diminuem-se as capacidades de reserva, defesa e adaptação, tornando o idoso mais vulnerável a quaisquer estímulos, tais como traumático, infeccioso ou psicológico (BRASIL, 2007).

A controvérsia sobre o início do envelhecimento evidencia a necessidade de esclarecimentos sobre este processo, que tem sido explicado por múltiplas teorias.

Até o século XVIII, os estudiosos atribuíam este processo à perda de algum tipo de força vital ou essência física que seria necessária para a energia intrínseca.

Somente em meados do século XIX, com a documentação das mudanças anatômicas e fisiológicas, concordou-se que, com o tempo, as células morriam e não eram substituídas, surgindo assim, as teorias modernas (SPIRDUSO, 2004).

Existem diversos modos de classificar e organizar as diferentes teorias biológicas do envelhecimento humano. Hayflick (1996) optou por uma escala baseada nos eventos que geram as mudanças, geneticamente programados ou aleatórios. Spirduso (2004) dividiu-as em três teorias principais: genéticas, dos danos e do desequilíbrio gradual.

Carvalho Filho, Papaléo Netto e Garcia (2005), destacaram grupamentos, cujos componentes apresentam características comuns, Quadro 1.

<b>Grupos</b>	<b>Teorias</b>
<i>Alterações metabólicas</i>	Taxa de vida Radicais livres
<i>Alterações dos sistemas orgânicos</i>	Participação do sistema neuroendócrino Participação do sistema imunitário
<i>Alterações celulares e macromoleculares</i>	Equívoco ou erro catastrófico de Orgel Diminuição na produção de proteínas Alterações protéicas pós-translacionais Alterações no sistema de lesão/reparação do DNA Alterações baseadas em modificações somáticas Alterações baseadas em modificações genéticas Teoria das ligações cruzadas

**Quadro 1** – Classificação das teorias biológicas do envelhecimento humano.

As teorias sobre o envelhecimento estão relacionadas ao conhecimento científico da época. A maioria das teorias, ditas modernas, necessita de comprovação científica, sendo as alterações baseadas em modificações genéticas, mais aceita por suas evidências. Elas abordam aspectos diferentes do funcionamento do corpo humano e por isso não devem ser vistas isoladamente.

Existem, ainda, teorias relacionadas à área da psicologia que buscam agrupar os indivíduos idosos, suas diferenças e semelhanças. Dentre elas, destacam-se a teoria de seletividade socioemocional, formulada para explicar o declínio das interações sociais e mudanças no comportamento emocional dos idosos, e teoria da dependência aprendida, postula que a dependência na velhice reflete condições que



envolvem o sistema de crenças dos indivíduos e seus comportamentos (NERI, 2006).

Diante disso, observa-se que outras áreas do conhecimento, como a psicologia e sociologia, empenham esforços em reconhecer os determinantes do processo de envelhecimento humano.

Ressalta-se que, isoladamente, as teorias descritas não são capazes de explicar todo o conhecimento disponível sobre o processo de envelhecimento humano. Portanto, nenhuma delas pode ser descartada e, na maioria das vezes, são tidas como complementares (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO; GARCIA, 2005).

Diante desta realidade, pesquisas pautadas na compreensão do envelhecimento devem contribuir para o estabelecimento de uma relação intrínseca com boas condições de saúde, com a manutenção da inserção social e com a qualidade de vida.

O aumento da expectativa de vida deve estar acompanhado de qualidade nos anos vividos, através do incentivo para manutenção da autonomia e independência, junto à família e à comunidade.

Neste sentido, investigações direcionadas à qualidade de vida de idosos proporcionam subsídios para os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias que favoreçam boas condições de vida e saúde, bem como atenção direcionada às necessidades e expectativas desta população.

## 1.2 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO HUMANO

### 1.2.1 Perspectiva histórica

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, em livro sobre economia e bem-estar material, que discutia o suporte governamental para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e o orçamento do Estado (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Após a II Guerra Mundial, a OMS redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão a respeito da possibilidade de mensurar o bem-estar (PASCHOAL, 2002).

No fim da década de 1950, o conceito foi sendo incorporado a políticas sociais como indicador de resultados, em adição ou substituição a outros de significado semelhante como felicidade e bem-estar (PASCHOAL, 2002).

No mesmo período, o uso do termo qualidade de vida é publicado em periódico científico levantando questões acerca das responsabilidades da medicina pela manutenção da vida de indivíduos renais crônicos em hemodiálise (PASCHOAL, 2002).

Em 1977, qualidade de vida foi incluída como palavra-chave no Medical Subject Headings (MEDLINE) (PASCHOAL, 2002). Porém, como medida de desfecho em saúde, o termo surge em 1970 a partir de seis grandes vertentes: os estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar, realizado nos países desenvolvidos; busca de indicadores sociais; insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; psicologia positiva; grau de satisfação do usuário; e humanização da medicina (FLECK, 2008).

Os estudos sobre o entendimento teórico do processo de envelhecimento e das características que lhe conferem boa qualidade de vida surgem na década de 40, particularmente na Escola de Chicago. Segundo seus pesquisadores, envelhecer bem se caracterizava por estar satisfeito com o status atual de vida e ter planos ou perspectivas para o futuro (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007). A satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, em uma época da vida em que o indivíduo está mais exposto a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social (NERI, 1993).

A partir de 1960, estudos gerados pelo Kansas City Studies of Adult Life, voltaram a atenção para a investigação dos efeitos da participação em atividades sobre o bem-estar em idosos e propuseram que envelhecer bem dependeria de quatro condições, a saber: atividade, capacidade de afastamento, satisfação com a vida e maturidade ou integração da personalidade (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007; NERI, 1993)

Posteriormente, surge o tema do bem-estar psicológico e sua correlação com a qualidade de vida nos idosos. O tamanho, a configuração e as funções das redes

sociais também são destacados como elementos associados a desfechos positivos na velhice (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007).

Um dos modelos mais conhecidos sobre qualidade de vida de idosos foi descrito em 1983 por Lawton, que descreve quatro dimensões conceituais. A *competência comportamental*, que avalia o funcionamento do indivíduo referente à saúde, a funcionalidade física, a cognição, o comportamento social e a utilização do tempo, referenciada a parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais. As *condições ambientais*, que são relativas ao contexto físico e ao construído pelo homem, e tem relação direta com a competência comportamental. Devem oferecer adequadas condições de acesso, manejo, conforto, segurança, variabilidade, interesse e estética. A *qualidade de vida percebida*, que é subjetiva e relativa à avaliação da própria saúde e do próprio funcionamento em qualquer domínio. O *bem-estar subjetivo* diz respeito à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas precedentes, sendo indicado principalmente por satisfação, felicidade e estado de espírito (PASCHOAL, 2002).

Em 1990, o Anna and Harry Borun Center for Gerontological Research da Universidade da Califórnia patrocinou um simpósio no qual chegou-se ao consenso sobre onze fatores relevantes para a qualidade de vida de idosos. Dentre eles estão a função cognitiva e emocional, a satisfação de vida e sensação de bem-estar, a independência financeira, a função social, a recreativa e sexual, e fatores relacionados à dimensão física, que contribui para a execução de tarefas e manutenção da independência (SPIRDUSO, 2004).

Em 1995, identificaram-se, por meio de cinco perguntas abertas e padronizadas, os determinantes sobre qualidade de vida em indivíduos acima de 65 anos. Destacaram-se, em ordem de importância: contato social, saúde/mobilidade/habilidade, circunstâncias materiais e atividades. A percepção negativa esteve relacionada à desesperança, saúde ruim, infelicidade, desejo de ser mais jovem e circunstâncias materiais (FARQUHAR, 1995).

Posteriormente, investigaram-se os fatores importantes à conceituação e determinação da qualidade de vida em adultos de diversas idades. Por meio de questões abertas, foi identificada variação conforme a faixa etária. Marcadamente, obteve-se maior divergência entre os indivíduos de 65-75 anos (65%) e 45-55 anos (38%) sobre a auto-percepção de saúde. O padrão de vida (63%) e habilidade para

o trabalho (22%) foram mais citados por aqueles entre 45-55 anos, comparado aos de 65-75 (35% e 4%, respectivamente) (BOWLING, 1995).

Diante do exposto, observa-se que os estudos sobre qualidade de vida entre idosos são recentes e os seus determinantes são diferentes dos encontrados em outras faixas etárias. A qualidade de vida, desde o princípio, tem sido relacionada à satisfação e bem-estar, dentre outros fatores. Posto isso, serão abordados no tópico seguinte os conceitos relacionados a esta temática.

### **1.2.2 Conceitos de qualidade de vida**

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontra constructos afins, cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns enfatizam uma visão biológica e funcional, como status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência. Outros, são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade, e, um terceiro grupo é de origem econômica (FLECK, 2008).

Quanto à conceituação, duas tendências têm sido identificadas: qualidade de vida como conceito mais genérico, abarcada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos, direcionadas à amostras saudáveis; e qualidade de vida relacionada à saúde, direcionada à amostras específicas de indivíduos com agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. É, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O conceito adotado no presente estudo será o elaborado pelo WHOQOL Group (1995, p.1405) que define: “a qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito de abrangência mundial que apresenta implícitos três aspectos fundamentais. O primeiro é a subjetividade na qual a perspectiva do

indivíduo é que está em questão; o segundo, multidimensionalidade, enfatiza que a qualidade de vida é composta por várias dimensões; e a bipolaridade, que sugere a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999).

A literatura destaca ainda outros conceitos, descritos a seguir:

De acordo com Martins, França, Kimura (1996, p.7) “a qualidade de vida tem um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual”.

Segundo Souza et al. (1997, p.160) “a qualidade de vida depende de todo um contexto de vida pessoal, relacionando-se também a fatores como sexo, idade, inserção social, padrão cultural, entre outros”.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p.8), “a qualidade de vida 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”.

A diversidade de conceitos está relacionada ao aspecto subjetivo do termo. A literatura científica tem evidenciado que as definições devem valorizar múltiplos aspectos da vida do indivíduo e, dentre os idosos, faz-se necessário considerar critérios relacionados ao processo de envelhecimento.

Diante disso, definir qualidade de vida de idosos torna-se tarefa de difícil contextualização, visto a quantidade e a complexidade das variáveis envolvidas no processo de envelhecimento, com destaque para o caráter objetivo e/ou subjetivo e multidimensional (BERKENBROCK, 2006).

Avaliar a qualidade de vida dos idosos implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Vários elementos são apresentados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica e mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e relações informais em grupos primários como, por exemplo, os amigos (NERI, 1993).

Para Lawton, a qualidade de vida de idosos pode ser definida como “a avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (PASCHOAL, 2002, p.81).

Para os idosos a qualidade de vida depende da interpretação emocional que é dada aos fatos e acontecimentos. Os conceitos individuais podem ter uma influência determinante na percepção e valoração que as pessoas têm sobre sua condição de saúde (XAVIER et al., 2003). É ter paz e tranquilidade, ser cuidado e protegido por sua família com dignidade, amor e respeito, e ter satisfeitas suas necessidades de expressão, decisão, comunicação e informação (VERA, 2007).

Nesta etapa da vida a qualidade de vida é largamente determinada pela sua capacidade em manter autonomia e independência. Ressalta-se que autonomia é a habilidade de tomar decisões pessoais sobre como viver o dia a dia, de acordo com as suas regras e preferências, e independência refere-se à capacidade de concretizar as atividades da vida diária sem ou com pouca ajuda de outros (BERKENBROCK, 2006).

Assim, os determinantes do envelhecimento com qualidade de vida abrangem fatores relacionados ao estilo de vida, fatores biológicos, psicológicos, espirituais, ambientais, econômicos, sociais e políticos; aspectos estes que influenciam o modo pelo qual o idoso vivencia esta etapa da vida.

Na Segunda Assembleia sobre Envelhecimento, realizada em Madrid em 2002, foram abordados tópicos determinantes do envelhecimento com qualidade de vida: a atividade física regular, constante e orientada; a dieta e nutrição; a saúde oral; a aderência; as imunizações; os fatores pessoais genéticos, psicológicos, ambientais, as quedas e o *screening*; o tabagismo, o álcool e a iatrogenia causada pelas drogas usadas, suas interações e doses inadequadas (BERKENBROCK, 2006).

Nesse sentido, mensurar a qualidade de vida, especialmente entre idosos, é uma tarefa que exige minuciosa escolha do instrumento, de modo que este seja capaz de medir o que se propõe. No tópico seguinte, serão apresentados alguns aspectos referentes à utilização de instrumentos de qualidade de vida.

### **1.2.3 Instrumentos de mensuração de qualidade de vida**

A literatura científica revela lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados para definição e avaliação da qualidade de vida. Estudo que

analisou a produção científica na área da saúde sobre o tema, entre 2000 e 2005, evidenciou que a maioria não fez referência a um conceito de qualidade de vida, relacionando-a com doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2007).

Com o objetivo de sintetizar a complexidade da qualidade de vida e de sua relatividade cultural e social, diversos instrumentos têm sido construídos, apresentando natureza objetiva ou subjetiva, que expressam alguma dimensão da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os instrumentos de natureza subjetiva respondem como os indivíduos se sentem e o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais, reconhecidos como base social da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para melhorar estas medidas de qualidade de vida, são propostas algumas recomendações aos pesquisadores, como definir conceitualmente o que se entende por qualidade de vida, referir os domínios que se propõe medir, explicar as razões pelas quais escolheu o instrumento e agregar os itens em domínios (GILL; FEINSTEIN, 1994).

Os instrumentos utilizados devem apresentar quatro características, descritas a seguir (FAYERS; MACHIN, 2007):

A primeira, *reprodutibilidade e credibilidade*, mede a consistência dos resultados, quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares.

A *validade*, que é a propriedade de um instrumento de medir o que realmente se pretende. Os principais tipos de validade que devem ser considerados na seleção ou construção de uma medida de qualidade de vida são: de conteúdo, se refere à sensatez dos itens e reflete o domínio de interesse destinado; de critério, considera se a escala empírica tem associação com critérios externos; e de construção, que examina a relação teórica dos itens para si e para as escalas.

A *sensibilidade*, definida como a habilidade de detectar diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos e, a *responsividade*, relacionada à habilidade da escala de registrar alterações devido a um tratamento ou mudanças associadas à própria história natural da doença.

A literatura descreve ainda, que os instrumentos devem contemplar abordagem que englobe a variação cultural na mensuração da qualidade de vida, como aqueles desenvolvidos pelos pesquisadores da OMS (PATRICK, 2008).

Nesse sentido, buscando instrumento que pudesse avaliar a qualidade de vida, o grupo de trabalho da OMS desenvolveu o WHOQOL-100, composto por 100 questões. Inicialmente, foi realizada uma revisão colaborativa internacional para estabelecer uma definição de qualidade de vida, que foi distribuída entre os aspectos da vida, ou seja, facetas. Após a definição as facetas foram distribuídas nos seguintes domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião e crenças. Finalmente, foi gerado um conjunto global de questões a partir do qual as perguntas do WHOQOL-100 derivariam. O trabalho foi realizado, simultaneamente, em diferentes ambientes culturais ao redor do mundo, com a finalidade de fornecer a base transcultural para o instrumento de avaliação (POWER, 2008).

Posteriormente, foi construído o WHOQOL-BREF que fornece escores resumidos para quatro domínios, além de duas questões referentes à qualidade de vida global e estado de saúde geral, compondo 26 questões. Os domínios são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para formar cada domínio foi escolhida a pergunta mais geral de cada faceta do WHOQOL-100. Com base na análise de suas propriedades psicométricas, este instrumento apresentou boa consistência interna, validade discriminante, de conteúdo, de critério e confiabilidade teste-reteste na aplicação em população com características heterogêneas (FLECK et al., 2000).

A mensuração da qualidade de vida assume contornos pretensiosos, uma vez que a viabilidade da vida exige o mínimo de qualidade, é estilo cultural mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo e sábio, mais que científico (ROCHA et al., 2000).

Diante disso, faz-se necessário que a mensuração da qualidade de vida seja feita separadamente de outros desfechos de saúde de modo a possibilitar avaliação das intervenções, dos sistemas de saúde e das políticas que as governam, à luz de evidências de melhoria. Deste modo, seria possível comparar intervenções diretas com indiretas, pois um conceito mensurável possibilita a previsão de futuros



desfechos com base nos estados de saúde e de qualidade de vida atuais (CHATTERJI; BICKENBACH, 2008).

Concernente à avaliação da qualidade de vida de idosos, a literatura científica evidencia instrumentos específicos direcionados a esta população.

Na área médica predominam instrumentos destinados a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e a capacidade funcional. Dentre os últimos, destacam-se: o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz em 1963, que mensura a independência no desempenho de seis funções, estando as AVD hierarquicamente relacionadas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007); o Índice de Barthel, que avalia a independência em dez AVD (ARAÚJO et al., 2007); Índice de Lawton e Brody, relacionado à independência nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e autonomia (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008); *Olders Americans Research and Services* (OARS) e *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (OMFAQ), que consiste na avaliação da capacidade funcional, do uso e necessidade de serviços, e de alternativas a serem implementadas de acordo com o estado funcional (RODRIGUES, 2008); o *Multilevel Assessment Instrument* (MAI) e o *Physical Self-Maintenance Scale*, desenvolvido por Lawton e Brody (NERI, 2007; PROQOLID, 2009), e o *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, direcionado ao idoso fragilizado (NERI, 2007). O Qualidade de vida em ancianos (CVA), adaptado à população espanhola, foi baseado no OARS e consta de quatro partes. A primeira é um teste relacionado à cognição. A segunda, um questionário composto por itens de avaliação da capacidade funcional nas dimensões de recursos sociais, saúde física, AVD, saúde mental, recursos econômicos e utilização e necessidades de serviços. A terceira, uma avaliação do entrevistador perante a atitude do entrevistado e, por último, uma escala de valoração para cada dimensão (MARTÍNEZ, 1999). O EASY Care, direcionado à população idosa com 75 anos ou mais, considerado multidimensional, é concebido por sistema de pontuação da incapacidade. Este instrumento é validado no Brasil, porém possui limitações psicométricas, exigindo a revisão de alguns itens (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003; FIGUEIREDO, SOUSA, 2001).

Existem ainda instrumentos de medida do bem-estar subjetivo de idosos como o *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, de Lawton e Brody, relacionado

ao funcionamento psicológico, mede a satisfação geral com a vida, através de 17 itens no formato concordo-discordo (NERI, 2007).

O *Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH)*, que avalia os estados emocionais e a satisfação global com a vida atual e comparada à juventude, e o *Life Satisfaction Index (LSI)*, que mede animação, apatia, resolução, fortaleza e congruência entre metas desejadas e alcançadas (NERI, 2007).

O CASP-19, baseado no modelo de satisfação das necessidades, que avalia os domínios: controle, autonomia, auto-realização e prazer. Possui uma versão europeia de 12 itens (CASP-12) (HYDE; WIGGINS; HIGGS, 2003).

A literatura científica destaca, ainda, instrumentos multidimensionais que abrangem diversos domínios de qualidade de vida.

O *Quality of Life Profile – Seniors Version (QOLPSV)*, composto por questões relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos, espirituais, sociais, de crescimento e lazer e, *Self Evaluation of Life (SELF) Scale*, com 54 questões sobre depressão, controle pessoal, incapacidade física, auto-estima, satisfação social e envelhecimento (HAYWOOD; GARRATT; FITZPATRICK, 2005).

O *Quality of Life in Later Life (QuiLL)* que se refere aos aspectos de trabalho, lazer, social, financeiro, moradia, segurança, família, fé e saúde (EVANS et al., 2005).

O Leipad questionnaire, de origem europeia, que possui as seguintes subescalas: função física, auto-cuidado, depressão e ansiedade, funcionamento cognitivo, sexual e satisfação com a vida (DE LEO et al., 1998).

O módulo WHOQOL-OLD que possui 24 itens da escala Likert, distribuídas em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social, morte e morrer e intimidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Este instrumento deve ser utilizado concomitantemente com instrumentos genéricos mais abrangentes, pois fornecem itens complementares, sendo sugerido o WHOQOL-100 ou o WHOQOL-BREF (CHACHAMOVICH et al., 2008).

O WHOQOL-OLD foi desenvolvido visando verificar se os instrumentos genéricos (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) eram aplicáveis aos idosos. Para a realização das adaptações necessárias, participaram 22 centros ao redor do mundo (CHACHAMOVICH et al., 2008). Este instrumento possibilita avaliar o impacto da

prestação de serviços de saúde sobre a qualidade de vida, assim como identificar as áreas que necessitam de investimentos para favorecer ganhos nesta qualidade (CHACHAMOVICH et al., 2008).

Apesar do atual crescimento no número de instrumentos, a maioria não apresenta descrições sobre as propriedades psicométricas que embasem cientificamente seu uso, o que diminui a sua credibilidade (GARRATT et al., 2002).

Estudo realizado para rever as provas relativas à medição de propriedades de instrumentos utilizados para aferição de status de saúde e qualidade de vida analisou 46 artigos, totalizando 18 instrumentos. Destes, apenas quatro apresentavam validade e confiabilidade adequadas: *OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*; *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, *Self Evaluation of Life* e o *Quality of Life Profile – Seniors Version* (HAYWOOD; GARRATT; FITZPATRICK, 2005).

Outra revisão realizada no período de 1994 a 2006, que investigou a conceitualização e mensuração da qualidade de vida entre idosos, evidenciou que 87% dos estudos não apresentavam quadro conceitual e 55% não referiram quaisquer considerações metodológicas relacionadas aos idosos (HALVORSRUD; KALFOSS, 2007).

Dentre os instrumentos específicos direcionados à mensuração da qualidade de vida em idosos, multidimensionais, no Brasil são validados o EASY Care e o WHOQOL-OLD. Desta forma, o WHOQOL-OLD foi a opção para ser utilizado na presente pesquisa, considerando as propriedades psicométricas que mostraram características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Tendo em vista o processo de envelhecimento, a qualidade de vida e as implicações desta complexa rede na saúde, verifica-se um aumento na produção do conhecimento sobre esta temática nas últimas décadas.

Estudo realizado com idosos através da utilização de instrumento genérico, a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, demonstrou satisfação em relação ao desenvolvimento pessoal e realização, relações com familiares, participação social, bem-estar físico e material, amizade e aprendizagem (SANTOS et al., 2002).

Em pesquisa documental sobre o número de teses realizadas com a temática qualidade de vida, entre 1993 e 2001, em quatro universidades públicas de São Paulo, encontrou-se 53 teses, das quais quatro se referiam a idosos (7,5%) (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Inquérito conduzido com idosos utilizando o Elderly Assesment System (EASY), que avalia a percepção dos indivíduos em relação às suas capacidades em diversas áreas da vida, descreve como resultados principais, quatro fatores básicos: atividades da vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

Estudo realizado entre idosos não institucionalizados, utilizando os instrumentos Euroqol e Perfil de Saúde de Nottingham, evidenciou que as mulheres apresentam pior percepção do estado de saúde e qualidade de vida comparada aos homens e que os idosos de 80 anos e mais apresentam menores escores em ambas as escalas (GARRIDO et al., 2003).

Pesquisa a partir de metodologia qualitativa e de grupos focais conduzida com idosos saudáveis e doentes e com cuidadores, como parte inicial do desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD, indicou que a definição de qualidade de vida está associada ao bem-estar, à saúde e à independência (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Inquérito relacionado ao desenvolvimento de um instrumento para aferição de qualidade de vida em idosos (QuiLL) destacou como fatores determinantes: autoestima, disposição, modo como é tratado pelos outros, transporte e mobilidade (EVANS et al., 2005).

Outro estudo verificou a existência de três grupos segundo a definição de qualidade de vida dos idosos: o primeiro valorizou a questão afetiva e a família; o segundo priorizou a obtenção do prazer e conforto; o terceiro poderia ser sintetizado em como o idoso coloca em prática o seu ideário de vida (VECCHIA et al., 2005).

Em pesquisa realizada através da utilização da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e do WHOQOL-100, evidenciou que a manutenção da independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amigos foram fatores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido, tanto para homens como para mulheres (MORAES; SOUZA, 2005).

Entre idosos de um Programa Saúde da Família (PSF) nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente na qualidade de vida geral mensurada pelo WHOQOL-BREF (PEREIRA et al., 2006).

Em inquérito realizado, observou-se que maioria dos idosos estava satisfeita com sua vida em geral e em aspectos específicos associados ao conforto domiciliar; valorização do lazer como qualidade de vida; acordar bem pela manhã, dentre outros (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Investigação evidenciou que os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência apresentaram um menor repertório de habilidades sociais, uma menor rede de apoio social e uma pior qualidade de vida quando comparados aos que frequentam ambientes de ensino, aos residentes em seus lares não engajados em atividades sociais e instituições (CARNEIRO et al., 2007).

Outro estudo observou que os idosos residentes em edifícios apresentaram pior percepção de qualidade de vida em relação aos que moravam em condomínios (TORRES et al., 2008).

A literatura científica evidencia que, numa relação diretamente proporcional, a percepção de bem-estar e qualidade de vida do octogenário acompanha a percepção do cuidador (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

Ressalta-se que grande parte dos estudos não utiliza instrumentos específicos para esta faixa etária. Assim, itens relevantes para a avaliação de qualidade de vida não são abordados. Nesse sentido, pesquisas que objetivam identificar a qualidade de vida de idosos, através da mensuração com instrumentos específicos, contribuem para o planejamento de ações em saúde, considerando as características desta população.

Deste modo, o presente estudo pretende utilizar instrumento de qualidade de vida direcionado aos idosos e agregar o sistema de informação geográfica (SIG) que localiza pontos em determinado espaço, partindo da identificação da qualidade de vida desta população. Será que existem, no município, aglomerados de menores escores de qualidade de vida?

### 1.3 GEOPROCESSAMENTO APLICADO À SAÚDE DO IDOSO

O geoprocessamento apresenta um enorme potencial, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, que apresenta carência de informações que poderiam ser utilizadas na tomada de decisões sobre os problemas urbanos, rurais e ambientais. Permite melhor compreensão da distribuição geográfica, favorecendo outras investigações com vistas a subsidiar ações em saúde e contribuir com o declínio da morbimortalidade (HINO, 2007).

O SIG é uma das ferramentas computacionais que permite realizar análises complexas, ao integrar dados de diversas fontes e criar bancos de dados georreferenciados, permitindo a elaboração do diagnóstico da situação de saúde. É usado para o entendimento dos fatos e fenômenos que ocorrem no espaço geográfico. A sua capacidade de reunir uma grande quantidade de dados convencionais de expressão espacial, estruturando-os e integrando-os adequadamente, torna-os ferramentas essenciais para a manipulação das informações geográficas (HINO, 2007).

A tecnologia SIG integra operações convencionais de bases de dados como captura, armazenamento, manipulação e apresentação. Possibilita a seleção, busca de informações, análise estatística e geográfica conjuntamente com a visualização por meio de mapas (HINO, 2007).

A aplicação do SIG na pesquisa em saúde contribui na identificação de áreas geográficas e grupos da população que necessitam de maior atenção, seja preventiva, curativa ou de promoção da saúde. Isto implica na reorganização dos serviços que responda não apenas às demandas de atenção, mas também, fundamentalmente, às necessidades de saúde não atendidas (HINO, 2007).

Deste modo, os casos podem ser expressos através de ocorrências pontuais ou em áreas. A representação pontual relaciona-se a ocorrências identificadas como pontos localizados no espaço, tais como localização de crimes, de espécies vegetais, de doenças. O objetivo destas análises é estudar a distribuição espacial, testando hipóteses sobre o padrão observado; se, aleatório, se em aglomerados ou se estão regularmente distribuídos. Assim, o objeto de estudo é a própria localização dos eventos (CÂMARA; CARVALHO, 2004).

O interesse primário ao analisar padrões de distribuição de pontos é denominar se os eventos observados exibem algum padrão sistemático, em oposição a uma distribuição aleatória. Busca-se detectar a existência de padrão de conglomerados espaciais denominados *cluster*, através da constatação de um número acima do esperado de casos excessivamente próximos, considerando uma distribuição estocástica, usualmente Poisson. Se um padrão de eventos pontuais apresentar desvios significativos do comportamento, esperado para uma distribuição de Poisson, isto indicará a existência de uma distribuição espacial diferente da completa aleatoriedade, que merece ser objeto de maior análise (CÂMARA; CARVALHO, 2004).

O uso do geoprocessamento possibilita a reunião de bancos de dados socioeconômicos, de saúde e ambientais, em bases espaciais, permitindo o entendimento do contexto em que se verificam os eventos em saúde (BARCELOS; BASTOS, 1996). O conhecimento da estrutura e dinâmica espacial permite a caracterização da situação em que ocorrem eventos e favorece a análise de situações concretas das populações em interação, submetidas a riscos de natureza difusa, e, por vezes, superposta (BARRETO; CARMO; NORONHA, 1993).

Ressalta-se que em virtude do conjunto de elementos inter-relacionados, presentes no espaço, torna-se difícil o estabelecimento de relações de causalidade entre condições ambientais e saúde. No entanto, o uso do geoprocessamento, contendo informações ambientais e de saúde, permite identificar variáveis da estrutura social, econômica e ambiental, nas quais o comprometimento da qualidade de vida dos idosos está presente. No campo preditivo e preventivo é possível, ainda, planejar medidas de intervenção, controle, alocação de recursos e ações de emergência (BARCELOS; BASTOS, 1996).

Desta forma, o uso do geoprocessamento permite estabelecer diferenciações entre conjuntos de regiões, conforme características que as distingam; discutir diferenças entre as regiões e sua relação com a estrutura espacial, na qual estão inseridas (BARCELOS; BASTOS, 1996).

Sua vantagem relaciona-se, também, com a apresentação visual de agrupamentos, importante na divulgação de resultados e compreensão pela população em geral (ROTHMAN, 1990; BROWN; SILVA JÚNIOR; GOMES, 1984).

A literatura sobre sistemas de informação geográfica e idosos é escassa. Estudo que utilizou o mapeamento para verificar a incapacidade funcional de idosos encontrou diferenças regionais do nível e de perda funcional evidenciando o SIG como ferramenta para reorientação de programas gerontológicos e políticas de saúde (MOSS; SCHELL; GOINS, 2006).

Análise espacial da incidência de fratura de quadril encontrou diferenças geográficas significativas nas taxas de incidência variando de 154,4-572,2 nas mulheres e 77,3-231,5 em homens, por 100.000 habitantes. Houve aglomerados espaciais de alta incidência ( $p < 0,0001$ ) possivelmente devido a fatores ambientais e socioeconômicos (PINA et al., 2008).

Pesquisa realizada evidenciou ausência de associação entre características do bairro e possibilidade dos idosos em caminharem. No entanto, entre os participantes que relataram algum grau de deambulação, o aumento do tempo médio de caminhada por semana foi associado significativamente com maior tráfego local e ao maior número de estabelecimentos comerciais na sua vizinhança (NAGEL et al., 2008). Resultado semelhante ao encontrado em outro estudo que sugeriu que as características do bairro estão associadas com a frequência da caminhada entre os idosos (BERKE et al., 2007).

Inquérito evidenciou que os idosos com melhor nível socioeconômico residem nos setores censitários de estratos sociais mais altos, o que foi estatisticamente comprovado pela utilização de técnicas de análise espacial para renda e escolaridade (CAMPOS et al., 2009).

Estudo identificou agrupamentos em relação à exclusão social e disparidades na qualidade de vida e vulnerabilidade na cidade de São Paulo (CÂMARA; MONTEIRO, 2001).

Pesquisa conduzida observou que o padrão de distribuição espacial dos idosos, segundo o modo como definem qualidade de vida, é formado por agrupamentos nos setores censitários (MAGALHÃES et al., 2008).

Não foram encontrados na literatura estudos que utilizaram o SIG para verificar a distribuição de qualidade de vida, mensurada por meio de instrumento específico. A qualidade de vida pode proporcionar ao idoso um envelhecer saudável, contribuir para a manutenção da autonomia e independência e fortalecer as redes sociais. Considerando que estes aspectos podem ser estimulados pelas atividades



educativas grupais, os idosos devem ser incentivados à participação em atividades da comunidade de modo a promover melhoria da qualidade de vida.

Deste modo, no tópico seguinte será discutida a participação dos idosos em atividades educativas grupais e sua relação com a qualidade de vida, objetos do presente estudo.

#### 1.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS NA SAÚDE DO IDOSO

Sendo o ser humano de natureza gregária, sua existência faz sentido a partir de seus inter-relacionamentos grupais. Desde o nascimento o indivíduo participa de diferentes grupos, em constante dialética entre a busca de sua identidade individual, grupal e social (ZIMERMAN, 2000).

A definição de grupo assume relativa imprecisão e pode designar conceituações muito dispersas. Assim pode-se definir um grupo de três pessoas, como uma família, turma, classe escolar, grupo terapêutico, dentre outros. Do mesmo modo, a conceituação de grupo pode se estender ao nível de uma abstração, como, por exemplo, o conjunto de pessoas que, compondo uma audiência, está sintonizado no mesmo programa de televisão, ou pode abranger uma nação unificada no simbolismo de um hino (ZIMERMAN, 2000).

A Escola Francesa considera o grupo como uma unidade social, cujo foco não é o indivíduo, mas o grupo como um todo (MELO FILHO, 2000). Nele são criados sistemas de papéis que condensam expectativas, necessidades e crenças sucedendo-se a distribuição e o interjogo (LEITÃO, 1982).

Para fins deste trabalho considerou-se o conceito de grupo tal como proposto por Osório (2000, p.11), que o define como “um conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetivos compartilhados”. Deste modo, uma fila de indivíduos esperando o ônibus, por exemplo, não constitui um grupo, pois ainda que o deslocamento buscado seja o objetivo, falta a interação, ou seja, o aspecto relacional (OSÓRIO, 2000).

Assim, observa-se que os grupos assumem distintas definições de acordo com as teorias defendidas pelos estudiosos do tema. Nos conceitos abordados, destaca-se a tendência do grupo como uma representação das relações existentes,

em que os indivíduos vivenciam emoções e compartilham situações imaginárias ou não.

O foco de interesse do grupo no contexto do presente trabalho é voltado para a utilização deste enquanto um recurso terapêutico. Na história da humanidade, desde os seus primórdios, a terapêutica humana esteve relacionada à presença do outro. Quando não existiam princípios químicos, as radiações e os métodos aprimorados da medicina atual, havia o homem ou o curandeiro com sua magia. Assim, constituiu-se, inicialmente, um ato isolado entre feiticeiro e o indivíduo e, logo se tornou um ato coletivo entre os doentes e o xamã de sua tribo, ou realizado de outros modos grupais, como os rituais religiosos mágicos, protótipos da atualidade nos terreiros de umbanda e espíritas que buscam a cura (MELO FILHO, 2000).

Na antiga Mesopotâmia a prática de Heródoto reunia os indivíduos em praças públicas para que discutissem sobre suas doenças, seus sofrimentos e sobre a morte, ou seja, aquilo que tivessem em comum (MELO FILHO, 2000). Na Grécia, os templos de Esculápio foram os precursores dos hospitais, que eram modelos grupais e sociais de se enfrentar a doença (MELO FILHO, 2000).

Na Idade Média, surgem as hospedarias, atuais hospitais, nos quais os indivíduos convivem uns com os outros e são assistidos por uma equipe, aspectos estes que podem funcionar terapêuticamente (MELO FILHO, 2000).

A observação do uso do grupo como um recurso para a atenção as necessidades do ser humano surgem com as ideias de Freud, no início do século XX, quando este apresenta considerações sobre a psicologia das multidões. Na década de 30, Jacobo Levy Moreno introduz a expressão “terapia de grupo” e em 1944, Kurt Lewin sistematiza as primeiras pesquisas em torno da temática criando o termo e a ciência da “dinâmica de grupo”. Destacam-se na história os primeiros registros sobre o uso desse recurso como terapêutica, a partir dos estudos de Pratt, 1950, em uma enfermaria com indivíduos tuberculosos, onde se observa o benefício de se compartilhar coletivamente experiências vivenciadas e os efeitos terapêuticos da convivência como estratégia de cuidado (MUNARI; FUREGATTO, 2003; MELO FILHO, 2000; OSÓRIO, 2000; OSÓRIO, 2000a; ZIMERMAN, 1997).

O trabalho com grupos pode ser usado para diversos fins e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tanto no que diz respeito à sua saúde física e

mental, quanto no seu rendimento no trabalho, relacionamento na sociedade, na família, na política, nos esportes, dentre outros (GODOY; MUNARI, 2006; MUNARI; FUREGATTO, 2003).

A convivência em grupo proporciona experiência que pode desenvolver um clima de valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrar barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas (MUNARI; FUREGATO, 2003).

De modo geral, para compor grupos é necessário ter conhecimento prévio das necessidades, dos interesses, dos níveis de informação sobre os temas, das crenças e dos aspectos emocionais e culturais ligados aos temas que serão abordados. A falta de formação adequada se traduz no emprego mecânico de técnicas, normalmente, seguidas de falas prescritivas. Dessa forma, as estratégias de trabalhos grupais não passarão de formas disfarçadas da educação bancária (ANDALÓ, 2006; SILVA, 2002).

Ao se utilizar o grupo como recurso de cuidado é fundamental ter claro o objetivo que se pretende, bem como conhecer o tipo de grupo para escolha adequada de uma abordagem que considere os limites e possibilidades dos participantes e também daquele que coordena o trabalho (MUNARI; FUREGATO, 2003). Assim, os grupos podem assumir distintas classificações sendo que qualquer intente classificatório partirá de um determinado ponto de vista, que pode ser uma vertente teórica, uma finalidade a ser alcançada, os tipos de integrantes, vínculo com o coordenador, dentre outros (ZIMERMAN, 2000).

No caso da aplicação desse recurso na atenção ao idoso, os grupos podem adquirir diferentes modalidades, conforme as circunstâncias e os objetivos propostos, tais como: integração, convivência, socioterapia, de aprendizado, de educação em saúde e com familiares de idosos, entre outros (MARTINS et al., 2007).

Quando utilizados com objetivo *de integração*, a finalidade principal é de reintegrar cada idoso à sua família sendo esse propósito alcançado pela integração prévia entre seus participantes, por meio de tarefas coletivas e do assinalamento das angústias e falsas crenças que cercam a velhice. Quando se pensa na *socioterapia* o grupo é utilizado para incentivar o resgate prazeroso de atividades

sociais em ambientes externos ao cotidiano no seu domicílio. Os grupos *com familiares* possibilita à família descobrir quem é seu idoso, suas necessidades e possibilidades enquanto este se descobre e aprende a se conhecer; e *com cuidadores* possibilita que estes conheçam as necessidades, possibilidades e limitações do indivíduo a ser cuidada (ZIMERMAN, 2000a).

Existem alguns elementos comuns que funcionam como fatores terapêuticos em grupos com idosos. A abertura de um novo espaço para o extravasamento de emoções, que podem estar contidas ou ser despejadas nos demais indivíduos da casa, e de um canal de comunicação, que pode estar deteriorado. O funcionamento grupal estimula o conhecimento dos problemas relativos ao envelhecimento e re-socialização, pois os idosos se sentem reconhecidos, estão no mesmo idioma emocional e formam amizades (ZIMERMAN, 1997a).

Os grupos com idosos apresentam algumas peculiaridades, pois, à medida que os anos vão passando, as perdas de pessoas aumentam e exigem uma reestruturação. Muitos idosos acabam não refazendo seus contatos e ficando sem seus grupos de referência. Assim é necessário estimulá-los à participação e ajudá-los a descobrir aqueles que lhe trarão maior satisfação (ZIMERMAN, 2000a).

O aprofundamento desta temática faz-se necessário devido à proliferação de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”. Atualmente, a sociedade busca esses locais, como forma de engajar e reintegrar esta população ao meio social. O que se observa, é que existe uma preocupação, nesse novo contexto, que extrapola o problema econômico e inicia uma problematização ao redor da integração do idoso, população antes tida como marginalizada. Os grupos surgem, então, para dar respostas a esse novo contingente que começa a aparecer e se fazer presente na sociedade (TEIXEIRA, 2002).

A OMS, em 2005, indicou os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo: participação, saúde e segurança, que devem ser observados para que os idosos participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Nesse contexto, os grupos de convivência de idosos vão de encontro à promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

No Brasil, a política direcionada à atenção a saúde do idoso indica que os serviços de saúde devem atender às necessidades do idoso promovendo treinamento e a capacitação de profissionais, bem como orientação a cuidadores, o desenvolvimento e a facilitação à participação em grupos (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2003).

No presente estudo, para reconhecimento dos grupos, será adotado o termo atividades educativas grupais dadas às características das ações realizadas nos serviços de saúde no qual este recurso é utilizado para acompanhar os idosos, na maioria denominados de grupos de diabéticos, de hipertensos ou de idosos.

No contexto da saúde coletiva, as ações educativas grupais frequentemente assumem abordagem focada na doença ou nos problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços e não na utilização do potencial do grupo enquanto um agente de mudança e de promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos (FERNANDES, 2007; SILVA et al., 2003). Este fato evidencia que a atenção básica aborda o envelhecimento natural como doença, o que não é verídico (BRASIL, 2007).

Diante disso, faz-se necessário a reflexão das equipes de saúde sobre o trabalho grupal, de modo a utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva (BRASIL, 2007). Muitas vezes os participantes podem ou não se percebem beneficiados com o grupo, sendo a participação imposta e permeada de trocas simbólicas, tais como, “troca” de receitas médicas, aferição de pressão arterial, e outros (OLIVEIRA et al., 2008; FERNANDES, 2007).

Este fato pode estar relacionado às intervenções grupais direcionadas à prevenção, controle e tratamento das doenças que são fundamentadas na divulgação de informações científicas generalistas. Estas se encontram fracamente articuladas aos contextos socioeconômicos em que estão inseridas e aos significados simbólicos. O conhecimento é seguido de recomendações de mudanças de hábitos e oferecido como antídoto às vulnerabilidades apresentadas (SANTOS et al., 2006).

Estudo realizado em unidades de atenção básica evidenciou, no discurso do enfermeiro, resquícios de enfoque na educação em saúde pautada no modelo sanitário prescritivo com ênfase no controle de doenças e nem sempre possibilitando a participação ativa população (JESUS et al., 2008).

Outra investigação identificou a prática de grupo pouco inovadora sendo que as metodologias enfatizavam a cultura da doença e cronificação de processos pedagógicos. As abordagens permaneceram centradas na transmissão de conhecimento e a metodologia utilizada nesses grupos vem sendo permeada pela “transmissão vertical” conhecida por “palestras educativas” sendo uma das estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros e médicos nos seus grupos (FERNANDES, 2007).

Frequentemente o profissional de saúde assume o trabalho com a visão que foi construída em seus processos de formação e em trabalhos desenvolvidos em instituições de saúde que abordam métodos tradicionais (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Ressalta-se que estas atividades devem ser estabelecidas sem hierarquia, na medida em que todos têm um conhecimento próprio, eliminando-se a relação de autoridade, que inviabiliza o trabalho (BRASIL, 2007).

Pesquisa realizada identificou como problemas nas atividades grupais a postura profissional identificada pela infantilização da linguagem direcionada ao idoso, o relacionamento de cunho autoritário e a intimidação para obtenção da adesão ao tratamento e conhecimento das doenças (GARCIA et al., 2006).

Investigação descreveu como dificuldades dos profissionais inerentes à realização de atividades educativas a ausência de lugar apropriado, a carência de material, o despreparo do profissional e o desinteresse da comunidade (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Outro estudo evidenciou a dificuldade técnica-teórica do profissional para coordenar o grupo, sendo a abordagem de temas na perspectiva da cronicidade e a crença de que recursos e apoio logístico tornariam o grupo mais interessante e efetivo, estabelecendo vínculo, credibilidade e adesão (FERNANDES, 2007).

A falta de condições de infra-estrutura somada à sobrecarga de trabalho e falta de apoio institucional inviabiliza a contribuição da atividade (MUNARI; FUREGATO, 2003). Nesse sentido, o profissional sente-se desmotivado para a realização de atividades educativas e dedica-se quase que exclusivamente a atender, consultar, realizar procedimentos e tarefas burocráticas administrativas, que compõem a produtividade desejada pelos sistemas de saúde (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Destaca-se que a postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo, sendo muitas vezes responsável pelo distanciamento entre os profissionais de saúde e participantes (BRASIL, 2007).

Inquérito observou que o distanciamento dos profissionais e participantes relacionava-se à detenção de conhecimentos e uso de termos técnicos e ainda, a carência de explicações mantendo a situação de “sujeitos-de-doença” (GARCIA et al., 2006).

A “transmissão vertical” a partir de um discurso científico, muitas vezes distancia os participantes provocando evasão nos grupos, ao passo que na perspectiva do cuidado, o grupo torna-se humanizado e há entre eles, uma mútua aproximação (FERNANDES, 2007).

Na abordagem das intervenções grupais direcionadas à prevenção, controle e tratamento das doenças o coordenador do grupo tem como função expor conhecimentos preventivistas e responsabilizar os participantes pelas doenças e possíveis agravos advindos de suas práticas. Em contraposição, nos grupos que trabalham a promoção à saúde, o coordenador escuta ativamente a demanda, facilita o desenvolvimento de atitudes capazes de interferir na autonomia e comportamentos direcionados à transformação do nível de saúde e condições de vida (SANTOS et al., 2006).

A literatura indica que os profissionais de saúde têm dificuldades para desenvolver atividades educativas estando aptos a realizar apenas palestras e orientações durante as consultas e visitas domiciliares (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Nesse contexto, a formação dos profissionais de saúde se constitui em ponto de reflexão. O despreparo profissional evidencia-se por discursos no qual a educação em saúde está voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva (BESEN et al., 2007).

Os impasses criados nas atividades grupais, na visão do profissional, ocorrem por falta de embasamento para resolução e falta de planejamento da atividade (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Dessa forma, constata-se um dilema entre as atuais modalidades de grupos, pois retratam metodologias influenciadas pelo modelo biomédico e pelo estilo

pessoal que limitam a visão do profissional sobre este trabalho. O não seguimento de temas articulados com a doença e seu tratamento fariam o grupo perder a sua razão de ser, uma vez que se formou a partir do diagnóstico, e permitir romper-se com esse tema, metodologicamente falando, estar-se-ia improvisando (FERNANDES, 2007).

Pesquisa realizada com universitários da área da saúde evidenciou, nas atividades desenvolvidas na atenção básica, a instituição da prática educativa tradicional, baseada no domínio e repasse de conteúdos. O egresso considera que cabe àquele que ensina o domínio do saber não estando desperto para buscar elementos teórico-pedagógicos que poderiam favorecer a construção de uma aprendizagem significativa (SUDAN; CORRÊA, 2008).

A reprodução do ensino tradicional que se mostra a ele como modelo no contexto da sua formação traz dificuldades para a análise crítica e problematizadora da realidade (SUDAN; CORRÊA, 2008). Por essa razão, é relevante repensar a reestruturação da graduação, de modo a aproximar as práxis da educação em saúde da realidade social (BESEN et al., 2007). Ressalta-se a necessidade de reflexão, no que se refere ao conhecimento pedagógico e aos conteúdos ministrados, as estratégias pedagógicas utilizadas e a articulação teórico e prática, no sentido de problematizar as práticas educativas realizadas nos serviços de saúde (SUDAN; CORRÊA, 2008).

O limite do conhecimento pode estar relacionado à formação acadêmica, dentre enfermeiros, mais voltada ao ensino clínico. As carências estão no domínio das relações com o outro, sua complexidade e as nuances que envolvem a compreensão do ser humano como um todo e instrumentalização para uma atuação mais adequada (MUNARI; FUREGATO, 2003).

É fundamental que a abordagem da educação em saúde seja contemplada no currículo dos cursos da área da saúde, de maneira a proporcionar, além de conhecimentos teóricos, conhecimento metodológico considerando o indivíduo como sujeito e ser integral (COSTA, 2005).

Diante disso, pode-se inferir que estas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde podem refletir na participação da população nas atividades educativas.



No que concerne à participação de idosos em atividades grupais, pesquisa realizada identificou que 36% dos idosos conhecem ou participam de algum grupo sendo diminuído o percentual de participação quanto maior a idade (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO, 2007).

Estudo realizado evidenciou que a participação de idosos nas atividades direcionadas para hipertensão arterial e diabetes *mellitus* na região Sul foi de aproximadamente 10% nas unidades tradicionais e 30% no PSF, enquanto na região Nordeste representou 25% e 40%, respectivamente (PICCINI et al., 2006).

Faz-se necessário identificar as necessidades dos idosos e os obstáculos impostos à sua participação mais efetiva nestas atividades, conhecendo os atores envolvidos e os seus interesses. Outro inquérito observou falta de sistematização e/ou registro de dados sobre os idosos participantes identificado pelo percentual de desconhecimento do motivo de abandono das atividades grupais (59%) (VAROTO; TRUZZI; PAVARINI, 2004).

Considerando que os idosos objetivam os grupos como espaços que permitam a escuta, uma vez que, na maioria dos ambientes familiares, não é permitida a sua participação nas decisões, estes programas devem atender seus interesses considerando suas possibilidades e limites pessoais (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2005).

Dentre os idosos, o desenvolvimento de atividades educativas grupais pode contribuir para um viver mais saudável. Deste modo, a abordagem desta atividade pode se constituir em ferramenta para melhoria da qualidade de vida uma vez que constitui ação terapêutica aos participantes.

Reconhecendo a necessidade das atividades educativas grupais como suporte para proporcionar melhoria de qualidade de vida ao idoso, questiona-se a contribuição das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde para proporcionar melhor qualidade de vida. Diante disso, surgem algumas inquietações: os idosos que participam de atividades educativas grupais apresentam maiores escores de qualidade de vida? Que fatores estão associados à participação dos idosos em atividades grupais? Existem grupamentos de menores escores de qualidade de vida relacionados à não participação em atividades educativas grupais neste município?

Estas questões não se encontram de forma clara na literatura. Apesar das pesquisas com idosos que participam de atividades educativas grupais referirem

melhoria da qualidade de vida, não são observados estudos que possibilitem visualização dessa melhoria através da mensuração com instrumentos de avaliação de qualidade de vida específicos para esta faixa etária.

Ao associar qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais são encontradas pesquisas como de intervenção educativa que evidenciou ausência de relação entre a prática educativa e a qualidade de vida. Segundo os autores, possivelmente devido à homogeneidade da amostra, que apresentou bom estado de saúde e rede social bem estabelecida (ZABALEGUI et al., 2006).

Investigação conduzida com idosos participantes de atividades grupais identificou melhorias no aspecto biológico, como maior flexibilidade e melhor mobilidade articular, além da ampliação das interações sociais, favorecendo a qualidade de vida (VICTOR et al., 2007).

Pesquisa randomizada e experimental observou que as alterações na auto-estima e satisfação na vida do grupo experimental, após participação em programa grupal no período de oito semanas, foram significativamente melhores em comparação ao controle (CHIANG et al., 2008).

Inquérito realizado em uma comunidade rural evidenciou que o grupo que apresentou aderência às atividades educativas atingiu escores mais altos através de um instrumento qualidade de vida relacionada à saúde, desenvolvido pelos autores (RANA et al., 2009).

Em revisão bibliográfica, no período 1990-2002, direcionado aos estudos de atividades educativas e/ou preventivas com idosos evidenciou que na experiência internacional predominou o estudo quase-experimental, enquanto no Brasil foram comuns os relatos de experiências. Concluiu-se que a avaliação em promoção da saúde do idoso é pouco desenvolvida no Brasil e pesquisas relacionadas aos programas implementados pode ser parâmetro para o desenvolvimento das experiências em nosso contexto (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

Partindo da hipótese que os idosos que participam de atividades educativas grupais apresentam maiores escores de qualidade de vida e, que estes escores, tem padrão de distribuição em *clusters*, a proposta deste estudo é identificar, através da análise espacial, agrupamentos dos escores de qualidade de vida segundo a participação ou não participação nestas atividades. Assim, este trabalho tem a

finalidade de contribuir com o conhecimento sobre a melhoria da qualidade de vida, investigando sua relação com a participação dos idosos em atividades grupais desenvolvidas no município de Uberaba/MG.

Nesta perspectiva, acredita-se que o estudo poderá fornecer subsídios para o planejamento de ações em saúde, a distribuição de recursos e a tomada de decisões, pelos gestores, na atenção à saúde da população idosa com vistas a melhorar a qualidade de vida, direcionados pela localização pontual dos eventos que apresentarem os menores escores dentre os domínios e facetas. Deste modo, foram delineados os objetivos desta pesquisa.

## 2 OBJETIVOS

1. Caracterizar os idosos e a sua participação em atividades educativas grupais;
2. Verificar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à não participação em atividades educativas grupais;
3. Comparar os escores de qualidade de vida entre os idosos participativos e não participativos de atividades educativas grupais;
4. Identificar *clusters* de menores escores de qualidade de vida relacionados à participação ou não em atividades educativas grupais.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho foi formatado segundo a NBR 14724 e NBR6023 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2005; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

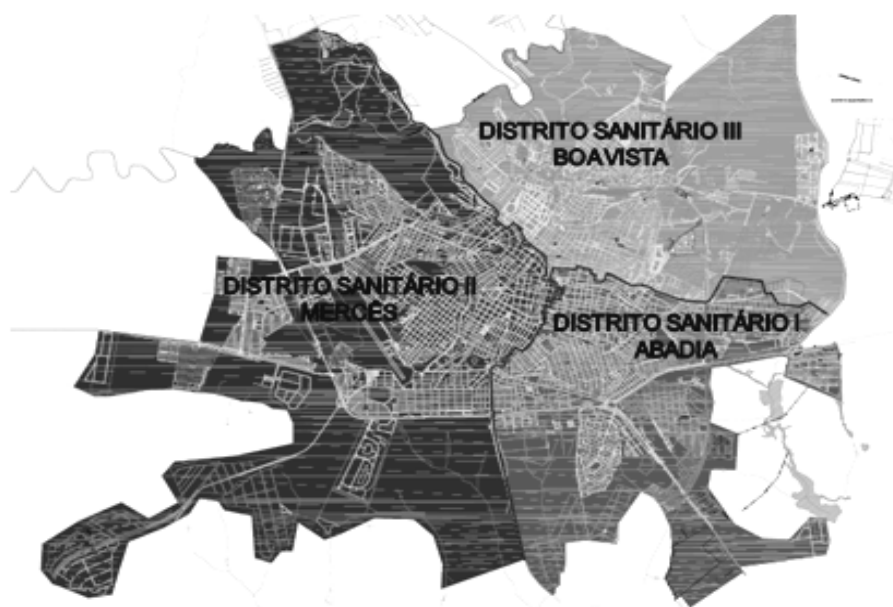
#### 3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo tipo inquérito domiciliar transversal, observacional e comparativo.

Em estudos transversais as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento. Nestas investigações não há seguimento dos indivíduos, sendo os dados coletados em um momento pontual (PEREIRA, 1995).

Esta pesquisa foi desenvolvida na zona urbana do município de Uberaba-MG que se situa a 19°45'27" latitude sul e 47°55'36" longitude oeste (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

O referido município está dividido em três Distritos Sanitários, dos quais se subdividem em 18 áreas de abrangências. A estimativa da população total de idosos residentes no município para o ano de 2009 era de 35.808 habitantes (BRASIL, 2009).



Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2009.

**Figura 1** – Mapa do município de Uberaba com arruamento segundo distritos sanitários. Uberaba, 2010.

O município é o maior e principal centro de atendimento médico-hospitalar-odontológico do Triângulo Mineiro, composto por serviços próprios, contratados ou conveniados. Possui 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas, das quais 12 Unidades de Saúde da Família (USF). As Equipes de Saúde da Família cobrem 44,95% do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2008).

### 3.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo de maior abrangência, que investigou a qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba. O cálculo da amostragem populacional foi realizado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em pesquisa anterior. Tal cálculo integra 3.034 idosos, considerado 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $\pi=0,5$  para as proporções de interesse. Para a seleção dos idosos utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional levando-se em consideração os diversos bairros como estratos.

Nesta pesquisa, a amostra foi constituída pelos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva\* realizada no estudo anterior; sexo masculino ou feminino, morar na zona urbana no município de Uberaba-MG e concordar em participar da pesquisa. Partindo-se de uma amostra populacional de 2.683 idosos, foram excluídos 541 idosos, dos quais, 201 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados. Desta forma, a amostra populacional foi de 2.142 idosos.

### 3.3 MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS

#### 3.3.1 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro construído pelos próprios pesquisadores, contendo os dados sociodemográficos e de saúde e participação em atividades educativas grupais (Apêndice 1). O instrumento foi previamente testado através de um estudo piloto para verificação da adequação aos objetivos deste estudo.

Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados os instrumentos WHOQOL-BREF (Anexo 1) e WHOQOL-OLD (Anexo 2).

O módulo WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100, composto por 26 questões, no qual as duas primeiras são genéricas. Esta versão abreviada é composta por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas

---

\* A avaliação cognitiva, composta por seis questões, visa identificar a preservação da memória recente. O somatório das questões variam de zero a 19 pontos, tendo o número treze como ponto de corte. Desta forma, o idoso tem condições de responder as questões propostas pela WHOQOL-OLD.

informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte) (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

O módulo WHOQOL-OLD tem 24 itens da escala Likert atribuídos em um escore total e seis facetas, a saber: funcionamento dos sentidos (avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais); autonomia (descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (retrata a satisfação sobre as conquistas e esperanças futuras); participação social (em atividades cotidianas, especialmente na comunidade); morte e morrer (preocupações, inquietações e temores), e; intimidade (avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas) (CHACHAMOVICH et al., 2008).

Cada faceta possui quatro itens, portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode variar de 4 a 20, e convertidos em escala de 0 a 100, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos (CHACHAMOVICH et al., 2008).

### 3.3.2 Variáveis de estudo

- ◆ Variáveis sociodemográficas e de saúde: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-70, 70-80, 80 e mais) estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), arranjo de moradia (mora só, somente com cuidador profissional, somente com cônjuge, com outros de sua geração, com filhos, com netos, outros arranjos, não sei), escolaridade (sem escolaridade; 1-4 anos de estudo; 4-8 anos de estudo; 8 anos de estudo; 9-11 anos de estudo e 11 ou mais anos de estudo), renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-3; 3-5; >5), morbidades; número de morbidades (nenhuma, 1-4, 4-7, 7-10, ≥10); atividades da vida diária (AVD); número de incapacidade funcional (nenhuma, 1-3, 3-5; >5); participação em atividades educativas grupais (sim, não); tipo de atividades educativas grupais (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, idoso, outros); local de participação (PSF, UBS, Unidade de Pronto Atendimento, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Hospital Escola,



Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde, outros). Foi considerada incapacidade funcional quando o idoso referiu que necessitava da ajuda de terceiros para a realização da AVD.

- ◆ Qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF: domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e WHOQOL-OLD: facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

### **3.3.3 Coleta dos dados**

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista direta dos referidos instrumentos, que podem ser auto-aplicáveis, e em razão de uma possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário e problemas visuais apresentados pelos idosos. As entrevistas foram realizadas nas respectivas residências dos idosos.

As atividades de campo, realizadas por uma equipe de 12 entrevistadores selecionados e capacitados para o seu desenvolvimento, duraram cinco meses (agosto a dezembro de 2008).

Ressaltam-se alguns cuidados que o entrevistador utilizou no momento da entrevista para a coleta de dados, como não interferir na escolha das respostas do entrevistado, discutir as questões e comentar o significado ou a escala das respostas. No caso de dúvida por parte do idoso, o entrevistador apenas releu a questão de forma pausada, evitando dar sinônimos às perguntas. As questões do questionário relacionadas à qualidade de vida foram respondidas tendo como base as duas últimas semanas de vida. Para as questões que o idoso se negou a responder foi colocado o código (99). Ao término da entrevista, foi verificado atentamente se ficou alguma questão sem resposta e se somente uma alternativa foi marcada para cada questão. Quando mais de 20% dos itens não foi preenchido, o entrevistador retornou ao local para seu preenchimento, na impossibilidade o questionário foi descartado.

Todas as entrevistas foram revisadas pelo pesquisador e sempre que houve dúvidas e/ou necessidade de complementar os dados, o entrevistador retornou à residência dos idosos para as devidas correções.

### 3.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída uma planilha eletrônica para armazenagem dos dados, através do programa Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistência. Quando houve diferenças, o pesquisador buscou a entrevista original para as devidas correções.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram transportados para o programa estatístico “Statiscal Package for Social Sciences” (SPSS) versão 17.0. Para a análise dos dados de qualidade de vida foi utilizado o software SPSS e para o geoprocessamento os programas MapInfo Professional versão 9.5 e Terraview versão 3.3.1.

Os instrumentos WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD foram analisados de acordo com suas respectivas sintaxes (Anexos 3 e 4). Os maiores escores corresponderam a maior qualidade de vida.

Para o primeiro objetivo foi utilizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais.

No objetivo 2, foi realizada análise bivariada através do teste qui-quadrado para a comparação entre as variáveis categóricas. Nesta etapa, as variáveis sociodemográficas foram recategorizadas de modo a tornarem-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), arranjo de moradia (mora só ou não), escolaridade (sem ou com), renda (sem ou com). As variáveis numéricas (número de morbidades e de incapacidades) foram submetidas ao teste *t*-Student para comparação de duas médias independentes, devido ao tamanho da amostra

segundo o Teorema do Limite Central (MOORE, 2005). O nível de significância ( $\alpha$ ) foi de 0,10 e os testes foram considerados significativos quando  $p < \alpha$ . O valor de  $\alpha = 0,10$  tem sido sugerido para as variáveis serem mantidas nos modelos multivariados subsequentes (VICTORA et al., 1997).

Foi realizada análise multivariada através de regressão logística. A análise multivariada com variável dependente dicotômica possibilita a visualização de sua variação dada a alteração em determinada variável independente quando as demais são mantidas constantes, informando o efeito isolado da variável independente alterada sobre a dependente (PEREIRA, 1995). Neste modelo multivariado foram consideradas as variáveis que tiveram valor de  $p < 0,10$  na análise bivariada. Foi considerada variável dependente a participação ou não em atividades educativas grupais e como independentes o sexo, a faixa etária, o estado conjugal, o arranjo de moradia, a escolaridade, a renda individual, o número de morbidades e de incapacidade funcional. Para o modelo multivariado o  $\alpha$  foi de 0,05 permanecendo neste modelo quando  $p < \alpha$ .

Para alcançar o terceiro objetivo foram constituídos dois grupos: idosos participativos (grupo 1) e idosos não participativos de atividades educativas grupais (grupo 2). Estes grupos foram emparelhados de modo artificial segundo sexo (masculino e feminino) e faixa etária (60 | 70, 70 | 80, 80 e mais) seguindo a ordem da data de coleta dos dados, na proporção de um (idoso participativo) para quatro (idosos não participativos).

O emparelhamento consiste em técnica para eliminar considerável quantidade e variabilidade quando se extraem amostras de uma população. Ele pode ser: *natural* - como que ocorre entre gêmeos idênticos que reduz a variabilidade ao mínimo; *artificial* - quando são formados pares semelhantes em relação a uma série de características como mesma idade, sexo, dentre outros; *auto-emparelhamento* - cada elemento atua como seu próprio controle (DORIA FILHO, 1999).

A comparação da qualidade de vida entre os grupos foi realizada por meio do teste *t*-Student devido ao tamanho da amostra segundo o Teorema do Limite Central (MOORE, 2005). O  $\alpha$  foi de 0,05 e os testes foram considerados significativos quando  $p < \alpha$ .

O objetivo 4 foi analisado por meio do geoprocessamento, visando estabelecer a localização e a distribuição espacial dos menores escores de

qualidade de vida relacionados à participação ou não dos idosos em atividades educativas grupais, com vistas a identificar os agrupamentos em regiões, utilizando-se de mapas temáticos.

Foi obtido um mapa com a divisão dos bairros junto à Prefeitura Municipal de Uberaba. Para o mapeamento da qualidade de vida foram utilizadas coordenadas Universal Transversa Mercator (UTM), modelo da Terra (SAD-69), coletadas pelo programa Google Earth. Os endereços que não foram encontrados neste programa foram coletados através de um equipamento apropriado do tipo Sistema de Posicionamento Global (GPS) das marcas Juno ST, PROXR e PROXRS.

As coordenadas planas (Hemisfério Sul) foram: X1: 184.780,48 m, X2: 196.450,74 m, Y1: 7.808.333,18 m, Y2: 7.814.259,92 m.

Os menores escores de qualidade de vida em cada domínio e faceta foram identificados através do percentil 10 que forneceu os 10% menores valores.

Para estimar a intensidade dos eventos (número de eventos por unidade de área) utilizou-se o Kernel estimation, que fornece uma visão geral da distribuição de primeira ordem (variações no valor médio do processo no espaço) (CÂMARA; CARVALHO, 2004). O método Kernel foi utilizado com raio adaptativo da função quártica. As áreas com taxas mais elevadas foram representadas por tons mais escuros. Cada célula equivale a 250 m.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior, que decorre este estudo, referido anteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFTM e está aprovado, protocolo Nº 897 (Anexo 5).

Os idosos foram contatados em seus respectivos domicílios e informados sobre os objetivos desta pesquisa. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), foi realizada a entrevista.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS E SUA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS

Dentre os 2.142 idosos entrevistados no domicílio, 251 (11,7%) participavam de atividades educativas grupais; destes a maioria (79,7%) frequentavam uma atividade, 16,3% duas e, 3,6% três. Percentual superior foi encontrado em investigação realizada com idosos cadastrados em unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual 35,6% participavam de grupos (SILVA, 2008).

A baixa adesão às atividades educativas grupais encontrada neste estudo pode estar relacionada ao fato dos idosos terem sido entrevistados no domicílio, independente do seu vínculo com o serviço público de saúde, diferente da investigação citada. O município de Uberaba possui 51,1% de cobertura pela ESF destacando-se que as atividades educativas grupais não são desenvolvidas por todas as unidades podendo justificar o percentual de adesão obtido neste estudo (BRASIL, 2009).

Diante disso faz-se necessário refletir sobre a possibilidade de ampliação da participação dos idosos nas atividades educativas grupais. Os serviços de saúde podem desenvolver estratégias de divulgação e realizar ações educativas junto à comunidade, com enfoque na prevenção de doenças e promoção de saúde, diferente do que tem sido abordado, ou seja, foco nas doenças (SILVA et al., 2003).

No presente estudo os idosos participaram mais de atividades educativas grupais relacionadas a hipertensão arterial (44,5%), do idoso (31,6%) e diabetes *mellitus* (18,4%). Destaca-se que as temáticas mais focadas pelos serviços de saúde na abordagem grupal ao idoso relacionam-se às doenças ou problemas de saúde (FERNANDES, 2007; SILVA et al., 2006; OLIVEIRA, 2005).

Destaca-se o Programa direcionado à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HiperDia), preconizado pelo Ministério da Saúde que prevê a criação de grupos educativos direcionados à esta população alvo (BRASIL, 2001). É possível que o maior percentual relacionado às estas atividades educativas seja em decorrência da quase exclusiva oferta destes grupos na atenção primária.

Por outro lado, é necessário refletir se a oferta das atividades educativas grupais nestas temáticas atende as necessidades de aprendizagem dos idosos.

As práticas de educação centrada em programas, como as citadas acima, atende o preconizado pelo Ministério da Saúde, por vezes, não favorecendo o desenvolvimento de atividades que estimulem a maior participação da comunidade (SILVA et al., 2006).

Ressalta-se que na atenção à saúde do idoso e, principalmente, nos grupos é importante considerar a concepção acerca do envelhecimento e das consequências da multiplicidade de problemas, sejam mórbidos, sociais ou culturais (GARCIA et al., 2006). A discussão de questões que vão além do biológico pode propiciar o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde, que permitirão alcançar estratégias para o maior controle sobre as condições de vida, individual e coletivamente (BESEN et al., 2007).

Deste modo, sugere-se que sejam realizadas pesquisas buscando identificar se as atividades educativas grupais atendem as reais necessidades e expectativas dos idosos. Estes dados poderiam contribuir no planejamento e desenvolvimento desta ação.

Os locais de participação das atividades foram predominantemente: UBS (34,7%), ESF (32%) e Unidade de Atenção ao Idoso (16%). Dentre as competências da equipe de atenção primária no cuidado ao idoso destaca-se a coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se as características sociodemográficas da população estudada.

**Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

Atividade grupal		Participam		Não participam		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	81	32,3	723	38,2	804	37,5
	Feminino	170	67,7	1168	61,8	1338	62,5
Faixa etária (em anos)	60   70	129	51,4	865	45,7	994	46,4
	70   80	98	39	724	38,3	822	38,4
	80 e mais	24	9,6	302	16	326	15,2
Estado conjugal	Casado/mora companheiro	134	53,4	912	48,2	1046	48,8
	Separado/desquitado/divorciado	21	8,4	167	8,8	188	8,8
	Viúvo	82	32,7	714	37,8	796	37,2
	Solteiro	14	5,6	96	5,1	110	5,1

**Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010. (continuação)

Mora com	Só	29	11,6	248	13,1	277	12,9
	Cuidador profissional	-	-	21	1,1	21	1
	Cônjuge	52	20,7	434	23	486	22,7
	Outros de sua geração (com/sem cônjuge)	7	2,8	64	3,4	71	3,3
	Filhos (com/sem cônjuge)	101	40,2	613	32,4	714	33,3
	Netos (com/sem cônjuge)	11	4,4	92	4,9	103	4,8
	Outros arranjos	49	19,5	418	22,1	467	21,8
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	57	22,7	369	19,5	426	19,9
	1   4	102	40,6	581	30,7	683	31,9
	4   8	72	28,7	633	33,5	705	32,9
	8	7	2,8	88	4,7	95	4,4
	9   11	3	1,2	44	2,3	47	2,2
	11 e mais	7	2,8	161	8,5	168	7,8
	Não sabem	3	1,2	15	0,8	18	0,8
	Sem renda	36	14,3	188	9,9	224	10,5
Renda individual (salários mínimos)	< 1	5	2	19	1	24	1,1
	1	138	55	1041	55,1	1179	55
	1   3	64	25,5	513	27,1	577	26,9
	3   5	6	2,4	78	4,1	84	3,9
	> 5	1	0,4	39	2,1	40	1,9
	Não sabem	1	0,4	13	0,7	14	0,7

Observou-se que em ambos os grupos a maioria era do sexo feminino, sendo o percentual maior entre os idosos que participavam de atividades educativas grupais (67,7%) do que para os não participativos (61,8%), Tabela 1. Esse resultado diverge do encontrado em ensaio clínico aleatorizado com idosos, onde houve prevalência de mulheres em ambos os grupos, porém o percentual foi superior entre os idosos que não participaram de atividades educativas (63,3%) comparado aos participativos (61,1%) (ZABALEGUI et al., 2006).

Outras pesquisas descritivas realizadas com idosos que participavam de grupos identificam predomínio do sexo feminino (TEIXEIRA, 2002; AREOSA; BEVILACQUA; WERNER, 2003; ASSIS, 2004; GARCIA et al., 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO, 2007; MARTINS et al., 2007a; BELTRAME, 2008; BORGES et al., 2008; CELICH, 2008).

A maior adesão das mulheres idosas em atividades ofertadas pelos serviços de saúde pode ser em decorrência de sua maior longevidade, da ausência dos filhos e da viuvez, que contribuem para ampliar o tempo livre, diminuir as responsabilidades e preocupações domésticas (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG,

2008; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008). Por sua vez, os homens apresentam maior dificuldade de participarem de atividades não relacionadas ao trabalho e grupos após a aposentadoria (BELTRAME, 2008).

Portanto, as ações destinadas aos grupos de idosos, como potencial suporte para integração social, informação e lazer, devem considerar o universo feminino e masculino em suas peculiaridades bem como desenvolver alternativas que atraiam os homens (BORGES et al., 2008).

Referente à faixa etária destacou-se que o percentual de idosos com 60-70 anos entre os participativos foi superior aos não participativos ocorrendo o inverso para a faixa etária de 80 anos e mais, ou seja, os idosos mais jovens participam mais e os mais velhos participam menos, Tabela 1. Dentre os idosos frequentadores de grupos de convivência prevalece a faixa etária de 60 a 70 anos corroborando com o presente estudo (BELTRAME, 2008; AREOSA; BEVILACQUA; WERNER, 2003), sendo encontradas ainda pesquisas que evidenciam predomínio de participantes com maior faixa etária (MARTINS et al., 2007a; ASSIS, 2004).

O menor percentual de participação entre os idosos de 80 anos e mais pode estar relacionado às limitações para desenvolverem e participarem de atividades necessitando do auxílio de outras pessoas, embora estes dados não tenham sido investigados neste inquérito. Porém, sabe-se que os idosos com maior idade apresentam maior prevalência de incapacidade funcional (SANTOS et al., 2007), o que pode prejudicar a sua independência para participação em atividades junto à comunidade.

Estes dados evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem estratégias para identificar as possíveis dificuldades dos idosos mais velhos na adesão à atividades educativas grupais, além de prever a adaptação dos espaços destinados a essas atividades de modo a acolhê-los com segurança. Pode-se ainda direcionar a atenção ao idoso, priorizando ações preventivas de doenças e promotoras de saúde, nas quais as atividades educativas grupais podem contribuir para o acompanhamento e monitoramento das condições de saúde desta população.

Em ambos os grupos prevaleceram os idosos casados ou que moram com companheiro sendo 53,4% para os que participavam de atividades e 48,2% para os que não participavam, Tabela 1. Resultado semelhante ao encontrado em



investigação na qual, em ambos os grupos, a maioria morava com cônjuge. Porém, o percentual de idosos casados entre os que não participaram de atividades educativas (76,7%) foi superior em relação aos participativos (61,1%), diferente desta pesquisa (ZABALEGUI et al., 2006).

Ressalta-se que o percentual de idosos viúvos entre os que não participavam de atividades educativas grupais (37,8%) foi maior do que para os participativos (32,7%), Tabela 1. Diferente desta investigação, outras pesquisas evidenciam maior participação entre os viúvos (BORGES et al., 2008; AREOSA; BEVILACQUA; WERNER, 2003).

Porém, considerando a proporção de viúvos neste estudo e que a viuvez se constitui um fator de risco significativo para a morbidade no primeiro ano da morte do cônjuge (TEIXEIRA, 2002), os serviços de saúde devem direcionar a atenção aos idosos que não possuem companheiros. Deve-se estimulá-los à participação em atividades de sua preferência, de modo a contribuir para minimização do isolamento social. As atividades em grupo podem ser uma alternativa para ampliação da rede social e possibilidade de companhia.

Quanto ao arranjo familiar, observou-se predomínio de idosos que moram com filhos, com ou sem cônjuge, sendo o percentual entre os que participavam de atividades educativas grupais (40,2%) superior aos que não participavam (32,4%), Tabela 1. Pesquisa realizada com idosos participantes de um centro de convivência identificou arranjo domiciliar diversificado, no qual 65,9% residia com filhos e 28,4% com companheiro, diferente desta pesquisa (BORGES et al., 2008).

Os filhos podem se constituir em fonte de apoio e prazer para alguns idosos, para outros fonte de estresse e conflito (SILVA et al., 2006). Já a família assume funções de estabilidade social para seus membros, proteção física e mental, educação e sentimentos de satisfação. Trata-se de apoio para o enfrentamento das adversidades nesta fase da vida (ROCHA et al., 2009; INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

O estímulo e o fortalecimento de parcerias entre familiares e profissionais de saúde podem minimizar as dificuldades vivenciadas por ambos na atenção e cuidado ao idoso. Nesse sentido, os serviços de saúde podem aproveitar o espaço familiar para fortalecimento dos laços afetivos. Deve-se buscar o apoio da família no

incentivo à socialização e participação em atividades educativas grupais que podem se constituir em oportunidade de acompanhamento deste idoso.

Destaca-se que 13,1% dos idosos que não participavam de atividades educativas grupais e 11,6% dos que participavam moravam só, Tabela 1. Entre idosos o compartilhamento de emoções e sentimentos, frequentemente, ocorre entre familiares e amigos. Entretanto, muitos não possuem filhos ou familiares próximos e somente contam com os amigos para interagir e dialogar, constituindo-se em uma rede de apoio com possíveis limitações (LEITE et al., 2008).

Deste modo, a enfermagem deve incentivar os idosos que moram sozinhos a participarem de atividades desenvolvidas nos serviços de saúde e junto à comunidade com vistas à ampliação das relações sociais.

Concernente à escolaridade, os maiores percentuais foram para 1 | 4 anos de estudo (40,6%) para os participativos de atividades educativas grupais e 4 | 8 anos (33,5%) para os não participativos, Tabela 1. Resultado semelhante foi encontrado em investigação na qual os idosos que participavam de grupos possuíam até quatro anos de estudo (69%) (BELTRAME, 2008).

Destaca-se que 22,7% dos idosos que participavam de atividades educativas não tinham escolaridade e, entre os não participativos este percentual representou 19,5%, Tabela 1. Diferente desta investigação, pesquisa observou o predomínio de idosos sem escolaridade participando de atividades educativas grupais (GARCIA et al., 2006).

A escolaridade pode estar relacionada às condições de vida e oportunidades que os idosos tiveram quando eram jovens. É possível que a maioria passou parte de sua vida na zona rural, sendo, portanto, privados de escola, atenção à saúde e outros benefícios que a proximidade da zona urbana pode oferecer (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Estes dados devem ser considerados pelos serviços de saúde. Porém, pesquisa realizada com profissionais de saúde evidenciou equipes multiprofissionais pouco preparadas e que não consideravam, muitas vezes, os diferentes graus de escolaridade e compreensão dos participantes dos grupos. Observaram-se depoimentos de falta de conhecimento e desinteresse em relação a dados de caracterização dos indivíduos, desconsiderando sua importância na assistência à saúde (COSTA, 2005).

Este fato pode ser um dos empecilhos à participação dos idosos nas atividades educativas grupais, uma vez que estes podem apresentar dificuldades no entendimento bem como não encontrarem as suas necessidades de saúde atendidas nos grupos.

Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento e considerem a escolaridade desta população. Este dado poderá contribuir no direcionamento de estratégias a serem utilizadas nas ações desenvolvidas que devem estar vinculadas ao contexto no qual os idosos estão inseridos.

Referente à renda individual mensal, os percentuais foram semelhantes em ambos os grupos. Prevaleceu um salário mínimo, sendo 55% entre os idosos participativos e 55,1%, não participativos, Tabela 1. Pesquisa realizada com idosos participantes de atividades grupais em unidades de saúde obteve que 55,9% vivia com menos de dois salários mínimos (GARCIA et al., 2006).

A renda pode se constituir em fator limitante para acesso ao lazer e aquisição de bens necessários para melhoria das condições de saúde e de vida. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas na comunidade e nos serviços de saúde podem se constituir em uma das poucas opções de socialização de idosos com menor renda.

Concernente ao número de morbidades, entre os idosos que participavam de atividades educativas grupais prevaleceu 7-10 morbidades (33,9%) seguido por 4-7 (27,5%). Para os não participativos ocorreu o inverso prevalecendo 4-7 morbidades (33,3%) seguido por 7-10 (27,7%).

Os percentuais encontrados para os idosos não participativos estão acima do encontrado em outras investigações. Inquéritos realizados obtiveram prevalência de idosos com até duas morbidades (54%) (LIMA et al., 2009) (59%) (SANTOS et al., 2007).

Diante disso, faz-se necessário que os serviços de saúde reconheçam as condições associadas à presença de doenças e desenvolvam estratégias para o monitoramento e controle minimizando o aparecimento de possíveis complicações e promovendo melhoria da saúde destes idosos.

Nesse sentido, as atividades educativas grupais poderiam funcionar como suporte na atenção à saúde do idoso com co-morbidades priorizando a promoção à saúde e prevenção de complicações.

Na Tabela 2, a seguir, encontra-se a distribuição das morbidades da população estudada.

**Tabela 2** - Distribuição da frequência de morbidades dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

<b>Atividade educativa</b>	<b>Participam</b>		<b>Não participam</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Problemas de Saúde</b>				
Reumatismo	70	27,9	505	26,7
Artrite/Artrose	100	39,9	733	38,7
Osteoporose	64	25,5	489	25,8
Asma/Bronquite	27	10,8	226	12
Tuberculose	1	0,4	5	0,3
Embolia	-	-	8	0,4
Hipertensão arterial	205	81,7	1097	58
Problemas de circulação (varizes)	127	50,6	990	52,3
Problemas cardíacos	110	43,8	719	38
Diabetes	71	28,3	287	15,2
Obesidade	49	19,5	203	10,8
Derrame	16	6,4	74	3,9
Parkinson	-	0,4	26	1,4
Incontinência urinária	34	13,6	209	11,1
Incontinência fecal	6	2,4	58	3
Prisão de ventre	93	37,1	854	45,1
Problemas para dormir	96	38,3	792	41,9
Catarata	85	33,8	610	32,3
Glaucoma	16	6,4	139	7,4
Problemas de coluna	148	59	1203	63,6
Problema renal	32	12,8	212	11,2
Sequela acidente/trauma	28	11,2	284	15
Tumores malignos	4	1,6	55	2,9
Tumores benignos	13	5,2	99	5,3
Problemas de visão	178	70,9	1469	77,6

As morbidades mais referidas pelos idosos que participavam de atividades educativas grupais foram: hipertensão arterial (81,7%), problemas de visão (70,9%) e problemas de coluna (59%), Tabela 2.

A hipertensão arterial foi a doença prevalente entre participantes em um centro comunitário (55%) que também obteve entre as queixas mais referidas os problemas musculoesqueléticos (44,7%) (BELTRAME, 2008). Outra investigação observou que a hipertensão arterial (46%) e perda visual (37%) estiveram entre as morbidades com maiores percentuais para os idosos participantes de atividades grupais (ASSIS, 2004), com valores inferiores ao obtido no presente estudo.

Entre os idosos não participativos 77,6% referiram problemas de visão, 63,6% problemas de coluna e 58% hipertensão arterial, Tabela 2. Resultado divergente ao encontrado em pesquisa realizada com idosos frequentadores de um PSF sendo os agravos mais referidos a hipertensão arterial (73,2%) e alteração visual (67,1%) (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

Destaca-se, no presente estudo, que o percentual de idosos com problemas de visão e de coluna entre os não participativos foi maior do que os participativos, ao contrário da hipertensão arterial; fato que pode ser justificado pelo predomínio de atividades educativas grupais direcionadas à esta morbidade.

Estes dados evidenciam que em ambos os grupos os idosos apresentam percentual considerável de doenças crônicas. Nesse sentido, o enfermeiro deve direcionar o cuidado ao idoso promovendo ações que visem o monitoramento de suas condições de saúde, tendo como objetivos a prevenção de complicações crônicas e o aumento do envolvimento do sujeito no autocuidado (VERAS, 2009). Estas ações podem ser ampliadas no contexto das atividades educativas grupais de modo a contribuir para manutenção da saúde desta população.

Destaca-se, como limitação deste estudo, que a morbidade foi auto-referida podendo-se estes dados ser subestimados por ausência de diagnóstico.

Referente à capacidade funcional, entre os idosos participativos 23,5% apresentaram 1-3 incapacidades, 1,6% 3-5 e, 0,4%, seis e mais. Para os não participativos 22% apresentaram 1-3 incapacidades, 3,6% 3-5 e, 1,2%, seis e mais. Ressalta-se que foi considerada incapacidade funcional quando o idoso referiu não conseguir realizar a AVD sem auxílio.

Nesta pesquisa, embora os percentuais estejam próximos, o fato dos idosos não participativos apresentarem percentualmente maior número de incapacidade funcional, remete à reflexão sobre a inclusão de idosos mais dependentes, garantindo o acesso dos mesmos a estes locais, bem como atividades que possibilitem a sua participação.

Diante destes dados, deve-se considerar a possibilidade de limitação à participação em atividades educativas grupais imposta pela incapacidade funcional. Pode-se ainda inferir sobre a contribuição destas atividades na saúde e funcionalidade do idoso, pois os participantes das referidas atividades, apesar de apresentarem maior proporção de morbidades obtiveram menos incapacidades.

Considerando que a dependência pode ser ocasionada pela evolução da doença de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional (VERAS, 2009) o acompanhamento e monitoramento das condições de saúde, utilizando as atividades educativas grupais como ferramenta, pode minimizar o aparecimento de incapacidades.

O enfermeiro pode contribuir nestes aspectos desenvolvendo estratégias de estímulo e manutenção da funcionalidade junto às atividades educativas grupais. Deve-se buscar apoio da equipe de saúde no desenvolvimento destas ações de modo a ampliar a atenção ao idoso.

É relevante ainda que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de intervenção direcionadas aos idosos e familiares, com vistas a educá-los para o autocuidado, no caso das doenças crônicas e dependências nas AVD e AIVD. Deve-se propiciar à esta população a oportunidade de viver o mais independente possível, sempre em busca da potencialidade da capacidade funcional individual (RODRIGUES et al., 2008).

Na Tabela 3, a seguir, encontra-se a distribuição das AVD da população estudada.

**Tabela 3** - Distribuição de frequência das AVD dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

Atividade educativa	Participam				Não participam			
	Com muita dificuldade		Não consegue		Com muita dificuldade		Não consegue	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Atividades da vida diária</b>								
Comer	8	3,2	1	0,4	27	1,4	12	0,6
Tomar banho	6	2,4	2	0,8	50	2,6	23	1,2
Vestir-se	7	2,8	1	0,4	49	2,6	20	1,1
Pentear cabelo	7	2,8	1	0,4	23	1,2	19	1
Deitar/levantar da cama	15	6	1	0,4	69	3,6	16	0,9
Ir ao banheiro em tempo	7	2,8	1	0,4	45	2,4	11	0,6
Controle urinário	10	4	1	0,4	53	2,8	18	1
Controle intestinal	6	2,4	1	0,4	31	1,6	11	0,6
Andar no plano	13	5,2	2	0,8	132	7	75	4
Subir e descer escadas	44	17,5	10	4	315	16,7	134	7,1
Transporte cadeira para cama e vice-versa	4	1,6	1	0,4	36	1,9	47	2,5
Andar perto de casa	14	5,6	4	1,6	124	6,6	98	5,2
Cortar unhas dos pés	25	10	63	25,1	102	5,4	474	25,1

Observou-se que o maior percentual para incapacidade funcional em ambos os grupos foi para cortar as unhas dos pés, Tabela 3. Percentual inferior ao encontrado neste estudo, foi obtido em pesquisa com idosas participantes de uma universidade aberta à terceira idade (14,9%) (BARRETO et al., 2003). Outra investigação realizada em grupos de convivência observou que 26,4% dos idosos relataram limitação para cortar as unhas dos pés, percentual semelhante ao obtido neste estudo (BORGES et al., 2008).

Essa dificuldade funcional pode ser explicada pelas limitações musculoesqueléticas que aparecem no decorrer dos anos interferindo na realização das AVD (BORGES et al., 2008).

Destaca-se que os idosos não participativos apresentaram maior percentual de incapacidade funcional relacionada à mobilidade, subir e descer escadas e andar perto de casa, Tabela 3. Este fato pode estar contribuindo para a menor participação, visto que o idoso que participa de grupos é independente para deambulação e para as AVD (BORGES et al., 2008).

Diante disso, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias para facilitar a participação do idoso dependente de atividades relacionadas à locomoção. A enfermagem pode contribuir sensibilizando os familiares e acompanhantes e estimulando-os a participarem das atividades juntamente com o idoso. Pode-se ainda identificar os locais mais próximos estabelecendo parcerias com a comunidade e horários mais adequados que atendam esta população.

As AVD desempenhadas com muita dificuldade também foram as mesmas em ambos os grupos. Porém, houve maior percentual de idosos participativos apresentando muita dificuldade para subir e descer escadas (17,5%) e menor para andar perto de casa (5,6%) do que os não participativos (16,7% e 6,6%, respectivamente), Tabela 3.

Em pesquisa realizada com idosos, as AVDs subir e descer escadas e andar perto de casa obtiveram maior referência quanto a dificuldade de execução, como o encontrado neste estudo (FARINASSO et al., 2006). Inquérito com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) evidenciou que 19% dos idosos tinham grande dificuldade para subir ladeira ou escadas, percentual superior ao desta investigação (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Destaca-se que os idosos não participativos apresentaram maior percentual de dificuldades relacionada à mobilidade, andar perto de casa e andar no plano, ainda que os percentuais estejam próximos, podendo este fato estar contribuindo para a não participação em atividades educativas grupais. As limitações funcionais podem ser consideradas como processo que antecede a condição de incapacidade. A identificação de fatores relacionados com estas limitações permite à elaboração de políticas públicas direcionadas à preservação da independência (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2008).

Evidencia-se assim, a necessidade dos profissionais de saúde incluir no desenvolvimento das suas atividades a promoção da manutenção da capacidade funcional. Pode-se, ainda, implementar estratégias de estímulo a funcionalidade para postergar o aparecimento de incapacidade funcional mesmo na presença de múltiplas morbidades.

#### 4.2 FATORES ASSOCIADOS À NÃO PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS

Para a realização da análise bivariada, as associações foram consideradas significativas quando  $p < 0,1$ , obtidas nas variáveis: sexo, faixa etária, renda e incapacidade funcional.

O sexo masculino ( $\chi^2=3,360$ ;  $p=0,067$ ) e a maior faixa etária ( $\chi^2=7,763$ ;  $p=0,021$ ) estiveram associados a menor participação em atividades educativas grupais. A ausência de renda relacionou-se à maior participação ( $\chi^2=4,513$ ;  $p=0,034$ ). A média do número de incapacidade funcional foi maior entre os idosos não participativos (0,51) comparado aos participativos (0,36) ( $t=-2,086$ ;  $p=0,038$ ).

Na Tabela 4, a seguir, encontram-se as variáveis inseridas no modelo multivariado de regressão logística.



**Tabela 4** - Modelo de regressão logística dos fatores associados à não participação dos idosos em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

Variáveis	Modelo inicial <sup>1</sup>			Modelo final <sup>2</sup>		
	$\beta^*$	IC (95%)	<i>p</i>	$\beta^*$	IC (95%)	<i>p</i>
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,29	0,97-1,73	0,079	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
70   80	1,07	0,81-1,43	0,634	-	-	-
80 e mais	1,74	1,09-2,77	0,02	1,89	1,2-2,98	0,006
<b>Renda</b>						
Com renda	1,35	0,91-2	0,138	-	-	-
<b>Incapacidade funcional</b>	1,09	0,95-1,25	0,206	-	-	-

<sup>1</sup> $\chi^2=16,529$ ;  $p=0,005$

<sup>2</sup> $\chi^2=8,508$ ;  $p=0,014$

\* $\beta$  exponencial

No modelo final da análise multivariada observou-se que apenas a faixa etária permaneceu como preditor da não participação em atividades educativas grupais, Tabela 4.

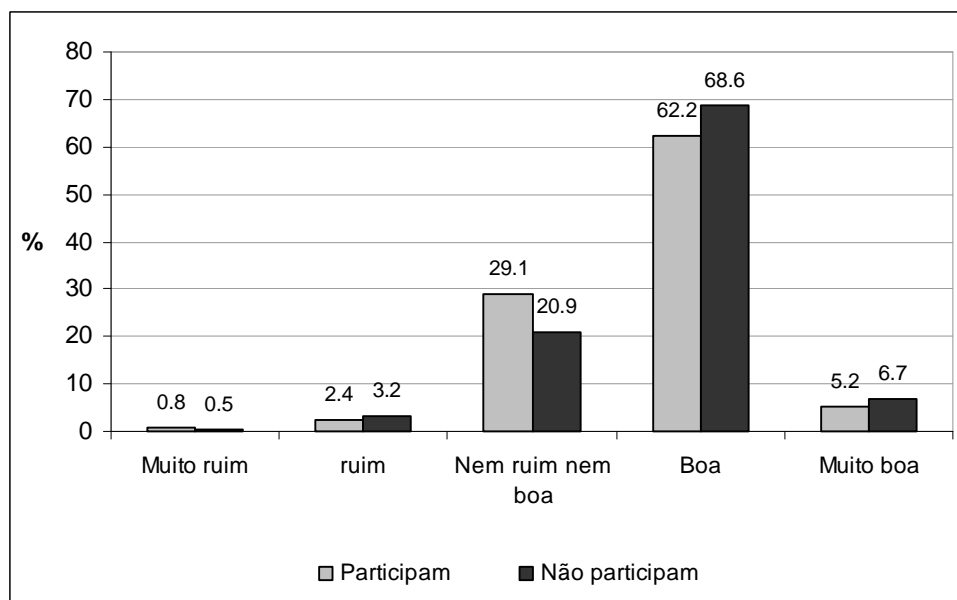
Os idosos com 80 anos e mais apresentaram 89% mais chance de não participarem de atividades educativas grupais, Tabela 4. Tal fato pode estar relacionado às limitações funcionais, uma vez que o desempenho funcional tende a diminuir conforme aumenta a faixa etária (DUARTE, 2003). Apesar de não ter sido investigada a faixa etária que apresentou maior dependência para a realização das AVDs, neste estudo a incapacidade funcional esteve relacionada a mobilidade.

A incapacidade funcional para a mobilidade, provavelmente, contribui para o afastamento do idoso do entorno social e, conseqüentemente, aumenta a tendência ao isolamento em sua residência (DUARTE, 2003). Pesquisa realizada encontrou que a idade maior ou igual a 75 anos relaciona-se à 3,4 mais chances de dificuldades para a realização das AIVD podendo intervir na participação em atividades comunitárias (SANTOS et al., 2008).

Estes dados remetem à necessidade de que sejam investigadas as causas de menor participação dos idosos octagenários em atividades educativas grupais e desenvolvidas ações que visem estimular e facilitar o acesso desta população aos serviços de saúde e em atividades junto à comunidade.

### 4.3 QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO PARTICIPAÇÃO OU NÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS

Na Figura 2, abaixo, encontra-se a autoavaliação da qualidade de vida dos idosos.



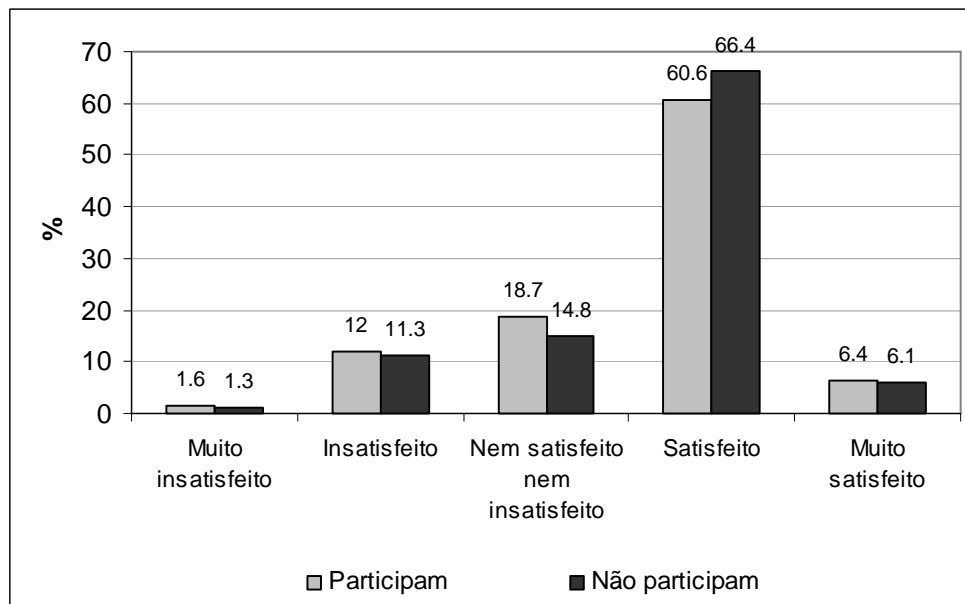
**Figura 2** - Autoavaliação da qualidade de vida dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

Na autoavaliação da qualidade de vida, em ambos os grupos, a maioria a considera boa, Figura 2. Resultado semelhante foi obtido em outro estudo, em que a maioria dos idosos classificou a qualidade de vida como boa (46%) e, nem boa, nem ruim (32%) (MORAES; WITTER, 2007).

Destaca-se que entre os idosos que não participavam de atividades educativas grupais o percentual que respondeu muito boa e boa foi superior aos participativos, Figura 2. Diversos fatores podem influenciar na qualidade de vida, dentre eles, neste estudo os idosos participativos apresentam maior número de morbidades, o que gera maior preocupação advinda das possíveis complicações e seguimento do tratamento. Tal fato pode estar influenciando na pior percepção da qualidade de vida entre os idosos participativos.

Os profissionais de saúde devem aproveitar o momento das atividades educativas grupais para identificar os fatores que levam a esta percepção da qualidade de vida, visando desenvolver estratégias para a sua melhoria com apoio dos familiares e buscando recursos junto à comunidade.

Na Figura 3, a seguir, encontra-se a autoavaliação da satisfação com a saúde dos idosos.



**Figura 3** – Autoavaliação da satisfação com a saúde dos idosos segundo participação ou não em atividades educativas grupais. Uberaba, 2010.

Na autoavaliação da satisfação com a saúde, ambos os grupos, na maioria, referiram-se satisfeitos, sendo maior o percentual entre os idosos não participativos, Figura 3. Para o idoso a sua a saúde pode associar-se com a independência, a autonomia, o comportamento de busca e de viver plenamente (PENNA; ESPÍRITO SANTO, 2006). Nesse sentido, os enfermeiros devem identificar, junto aos idosos, os fatores que interferem negativamente na autoavaliação da saúde e implementar ações que visem a sua melhoria.

Na Tabela 5, a seguir, encontra-se a distribuição dos escores de qualidade de vida dos idosos, WHOQOL-BREF.

**Tabela 5** - Qualidade de vida dos idosos que participavam ou não de atividades educativas grupais segundo o WHOQOL-BREF. Uberaba, 2010.

	Participam		Não participam		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Físico	58,82	15,52	60,49	16,18	-1,472	0,141
Psicológico	67,3	11,05	66,51	12,7	0,984	0,325
Relações sociais	67,35	12,27	69,18	12,54	-2,084	0,037
Meio ambiente	61,03	13,27	62,65	12,26	-1,845	0,065

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF evidenciou que ambos os grupos obtiveram maior escore no domínio relações sociais, Tabela 5. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa conduzida com idosos (PEREIRA et al, 2006). Outra investigação realizada com idosos na comunidade encontrou resultados divergentes sendo observado maior escore no domínio físico (70,2) (TOKUDA et al., 2008). Este fato pode estar relacionado à diversidade cultural, social, econômica e de saúde entre os diferentes países do estudo.

Referente ao menor escore, ambos os grupos obtiveram no domínio físico, Tabela 5. Resultado divergente de inquérito realizado com idosos na comunidade que apresentaram menor escore no domínio psicológico (55,9) (TOKUDA et al., 2008).

O menor escore obtido no domínio físico pode estar relacionado ao grande número de morbidades encontradas entre os idosos participativos (7 |10) e não participativos (4 |7). Pesquisa evidenciou que os idosos com mais de uma doença crônica possuem menor escore de qualidade de vida no componente físico (BELVIS et al., 2008). Este domínio abrange aspectos relacionados à dependência de medicação ou tratamentos que em virtude de múltiplas doenças podem estar contribuindo para o impacto negativo na qualidade de vida do idoso, diminuindo sua energia e capacidade para o trabalho (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

O enfermeiro pode contribuir para a melhoria deste aspecto da qualidade de vida por meio da sistematização da assistência à saúde do idoso, intervindo durante as atividades educativas grupais, consultas individuais e visitas domiciliares.

A comparação entre os grupos evidenciou que os idosos que participavam de atividades educativas grupais apresentaram escore de qualidade de vida significativamente menor no domínio relações sociais comparado aos que não participavam ( $t=-2,084$ ;  $p=0,037$ ), Tabela 5. Resultado divergente foi obtido em inquérito conduzido na ESF, que observou que os idosos participativos de grupos apresentam maior escore nas relações sociais (63,9) comparado aos não participativos (57,4) ( $p=0,007$ ) (SILVA, 2008).

O menor escore obtido neste domínio pelos idosos participativos remete à reflexão sobre a qualidade de suas relações pessoais, visto que a maioria destes possuía companheiro e a maior percentual morava com os filhos, com ou sem cônjuge. Esperava-se que esta rede social proporcionasse suporte e houvesse bom

relacionamento entre o idoso e seus familiares. No entanto, mesmo residindo em companhia de algum familiar, o idoso pode sentir-se solitário (LEITE et al., 2008). A família, que está associada ao fortalecimento das relações e representa uma fonte de apoio social, muitas vezes apresenta dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento, tornando o relacionamento familiar mais difícil (MENDES et al., 2005).

Neste contexto, o desenvolvimento das atividades educativas grupais deve estar direcionada à ampliação do convívio social, estabelecendo laços entre os seus membros, com capilaridade até aos familiares. Porém, há de se investigar como têm sido realizadas as atividades educativas grupais, uma vez que os idosos da presente pesquisa participavam, predominantemente, em grupos de hipertensão arterial, sugerindo que o foco das ações esteja pautado na doença.

A vivência profissional e a cultura acabam por mostrar e reforçar a doença nestas atividades. Pesquisa realizada evidenciou que o indivíduo se apresenta para o grupo identificando as suas doenças e fazendo poucas referências às suas características pessoais. Destaca-se que o grupo sustentado por possibilidades de descoberta, mudança de hábitos, educação e aprendizado, pode surgir com a reflexão de se adotar uma outra denominação libertando-se da redução à doença (FERNANDES, 2007).

Além do enfoque na doença o grupo pode se destacar por eventos repetitivos muitas vezes justificando o trabalho direcionado à indivíduos com doenças crônicas. Este fato reforça a cultura de permanência desses indivíduos no serviço, o que se poderia denominar de cultura da cronicidade (FERNANDES, 2007).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de ampliar os benefícios das atividades educativas grupais direcionadas à esta população. Tais atividades têm potencialidade para facilitar a socialização e oferecer suporte social para enfrentamento das possíveis dificuldades no processo de envelhecimento humano, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (CELICH, 2008).

As ações do enfermeiro na atenção à saúde do idoso devem considerar as necessidades da população a qual direciona o trabalho, caso contrário, a melhoria da qualidade de vida pode estar comprometida. O conhecimento das relações familiares pode contribuir para que esta seja capaz de proporcionar suporte ao idoso e auxiliem os serviços de saúde no cuidado.

Os idosos que participavam de atividades educativas grupais apresentaram em todos os domínios, com exceção do psicológico, menores escores de qualidade de vida em relação aos não participativos, Tabela 5. Estes dados evidenciam a necessidade de reflexão sobre a possível relação dos menores escores de qualidade de vida e o maior número de morbidades entre os participativos. Embora este aspecto não tenha sido investigado, as morbidades podem contribuir para estes resultados na medida em que o idoso encontra dificuldades relacionadas à medicação, tratamentos de saúde e recursos financeiros, aspectos estes avaliados na qualidade de vida (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Diante disso, as atividades educativas grupais podem contribuir identificando as dificuldades e fatores que tem impactado negativamente na qualidade de vida do idoso e propondo ações direcionadas a minimizar este impacto.

Na Tabela 6, a seguir, encontram-se os escores de qualidade de vida, WHOQOL-OLD, da população estudada.

**Tabela 6** - Qualidade de vida dos idosos que participavam e não participavam de atividades educativas grupais segundo o WHOQOL-OLD. Uberaba, 2010.

	Participam		Não participam		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
<b>WHOQOL-OLD</b>						
Funcionamento dos sentidos	77,32	20,52	81,01	19,29	-2,583	0,01
Autonomia	56,86	14,51	61,34	13,34	-4,654	<0,001
Ativ. pas., pres. e futuras	63	14,13	65,93	13,63	-3,023	0,003
Participação social	62,43	16,32	65,41	15,29	-2,723	0,007
Morte e morrer	75,88	25,57	75,74	24,18	0,076	0,939
Intimidade	67,06	15,31	68,54	17,19	-1,252	0,211

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-OLD evidenciou em ambos os grupos maior escore de qualidade de vida na faceta funcionamento dos sentidos, Tabela 6. Resultados divergentes do encontrado em estudo com idosos que obtiveram maior escore na faceta participação social (72) (CELICH, 2008) (72,5) (RAMOS, 2008). Diferente do obtido nesta investigação, outra pesquisa evidenciou maior escore na faceta intimidade (FIGUEIRA et al., 2009).

O menor escore de qualidade de vida foi encontrado na faceta autonomia em ambos os grupos, Tabela 6. Resultados semelhantes foram obtidos entre idosos participantes de grupos de terceira idade (66,3) (CELICH, 2008) e idosos não institucionalizados (34,1) (RAMOS, 2008). Porém, resultados divergentes foram

encontrados entre idosos cadastrado em PSF que obtiveram menor escore para morte e morrer (FIGUEIRA et al., 2009).

Estes dados evidenciam que no presente inquérito os idosos de ambos os grupos encontram-se cerceados quanto a tomar suas próprias decisões podendo ainda encontrar dificuldades para obter espaços adequados às suas necessidades. A enfermagem pode contribuir para a melhoria destes aspectos identificando os fatores que estão associados à menor autonomia e desenvolvendo ações conjuntas, com o idoso e o familiar, no sentido de incentivar a expressão de desejos e capacidade de decisão nesta etapa da vida.

A comparação entre os grupos evidenciou que os idosos participativos de atividades educativas grupais apresentaram menor escore na faceta funcionamento dos sentidos comparado aos não participativos ( $t=-2,583$ ;  $p=0,01$ ), Tabela 6.

A faceta funcionamento dos sentidos refere-se ao maior impacto das perdas sensoriais na qualidade de vida do idoso (CHACHAMOVICH et al., 2008). Pesquisa identificou que a diminuição da visão, associada, principalmente, a mudança na capacidade de realizar atividades, esteve presente em 59,7% das idosas (MARIN et al., 2008).

Esta condição quase sempre é subestimada, sendo considerada pelos familiares, idosos e profissionais da saúde, como própria do processo de envelhecimento, sem proposta de solução. Além disso, para as idosas com menor renda, faltam recursos para aquisição de óculos que poderiam contribuir para melhoria da capacidade visual (MARIN et al., 2008).

Evidenciou-se ainda, que outros problemas relacionados ao funcionamento dos sentidos entre as idosas cadastradas em Unidade de Saúde da Família foram: diminuição na audição (17,4%) e olfato (1,5%) e deglutição prejudicada (4,4%) (MARIN et al., 2008). Destaca-se que os órgãos sensoriais permitem o relacionamento do sujeito com o meio em que vive, seja ele familiar, do trabalho ou outros. Através dos sentidos, o corpo percebe diversas situações que o rodeiam, contribuindo para a sua integração com o ambiente (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009). Assim, perdas nestas funções podem impactar negativamente na qualidade de vida do idoso podendo interferir nas suas relações pessoais e hábitos de vida.

Os idosos podem apresentar perdas ou diminuição em diferentes órgãos sensoriais necessitando de intervenção em saúde. Para tanto, os profissionais de

saúde devem investigar estes aspectos na atenção ao idoso, bem como, devem ser capazes de diferenciar as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento das alterações patológicas.

Na faceta autonomia, o escore de qualidade de vida dos idosos participativos de atividades educativas grupais foi menor em relação ao dos não participativos ( $t=4,654$ ;  $p<0,001$ ), Tabela 6. Estudo realizado entre idosos observou que as principais preocupações eram: mostrarem que não perdem sua identidade por se tornarem idosos; ser reconhecidos enquanto cidadãos; ter saúde, apoio, convivência e cuidado na família, bem como independência financeira (SILVA; BOEMER, 2009).

A autonomia do idoso pode ser garantida de diversas maneiras, como oportunizando a decisão de escolher a roupa que deseja vestir; a preferência alimentar, os locais que deseja passear, dentre outros. O importante é reconhecer as capacidades e potencialidades presentes, estimulando-o a viver desfrutando de seus direitos enquanto cidadão, mantendo seu espaço físico e existencial (CELICH, 2008).

A diminuição da sua autonomia refere-se ao desempoderamento, ou seja, minimização da obtenção de ferramentas necessárias para mover a própria vida na direção que se deseja (TEIXEIRA, 2002). A visão que se tem acerca do envelhecimento pode influenciar neste aspecto. Pesquisa realizada evidenciou que os adolescentes e os adultos vinculavam a velhice ao sofrimento e dependência, decorrente de perdas físicas e psicológicas (MAGNABOSCO-MARTINS; VIZEU-CAMARGO; BIASUS, 2009). Estes fatores podem contribuir para manutenção da percepção negativa que se tem dos idosos na família e junto à comunidade associando-os à dependência e diminuindo sua liberdade por acreditar que ele não é capaz de tomar suas próprias decisões.

Considerando que o envelhecimento pode desencadear o processo de desempoderamento, é preciso que os grupos direcionados aos idosos tenham como foco o desenvolvimento de uma consciência crítica do processo de envelhecimento, ao entendê-lo como natural, inerente a todo ser humano e que pode ser vivido com autonomia (TEIXEIRA, 2002).

Nesta perspectiva, a participação efetiva em ações de educação em saúde culmina com a autonomia dos sujeitos, nas práticas do autocuidado e principalmente, na promoção da saúde (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).



No que concerne à faceta atividades passadas, presentes e futuras os idosos participativos de atividades educativas grupais obtiveram menor escore de qualidade de vida do que os não participativos ( $t=-3,023$ ;  $p=0,003$ ), Tabela 6. Esperava-se resultado divergente visto que, o trabalho em grupos tem potencial para favorecer o idoso a refletir sobre os mitos negativos da velhice e criar possibilidades de estar no mundo de forma mais prazerosa, em busca de novas realizações (TEIXEIRA, 2002).

Estes aspectos podem estar relacionados ao reconhecimento de suas ações no passado e ao valor que o idoso assume perante a família e a sociedade. Neste contexto, os familiares devem ser estimulados a identificar os anseios e frustrações do idoso buscando estratégias, junto à comunidade e no ambiente familiar, que tragam novos significados e satisfação pessoal.

A busca pelo alcance de metas na terceira idade tem sido descrita como fenômeno que contribui para a melhor qualidade de vida e o envelhecer saudável. Os idosos têm aspirações das mais variadas, sendo que algumas já foram conquistadas e trouxeram sentimento de autorrealização, e outras ainda estão por vir (SILVA et al., 2006).

A autorrealização mantém interdependência com a qualidade das relações pessoais, a disposição física para as atividades e os recursos financeiros necessários. Relaciona-se com a abertura para mudanças, enfrentamento dos desafios, além da construção pessoal e social do envelhecimento (SILVA et al., 2006).

Pesquisa realizada com idosos evidenciou que para alguns as metas existenciais se referem à sobrevivência, enquanto para outros, refletem a busca da concretização de sonhos de diferentes dimensões como novas possibilidades de aprendizado e de realizações pessoais (SILVA et al., 2006).

A falta de expectativa quanto à vida futura pode levar o viver dia após dia com tristeza e melancolia. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve estreitar o vínculo com os idosos e familiares, visando maior participação no cotidiano desses sujeitos para, em conjunto, reconstruir novos sentidos e aspirações nesta etapa da vida.

Estudo realizado entre idosas participantes de um programa educativo observou que as mulheres deixaram as velhas atitudes voltadas para o passado e vivenciaram relações satisfatórias no envelhecimento pela inserção social, ao

encontrarem sentido para vida, no aprendizado, na autonomia e na cidadania. Isto foi possível investindo-se nos aspectos cognitivo e afetivo, pois, quando o idoso se mantém em atividade, pode continuar a produzir, preservando suas faculdades mentais (FIGUEIREDO et al., 2006).

Na faceta participação social, o escore de qualidade de vida dos idosos que participavam de atividades educativas grupais foi menor comparado aos não participativos ( $t=-2,723$ ;  $p=0,007$ ), Tabela 6. Divergente do encontrado neste estudo, pesquisa evidenciou que os idosos não participantes de grupo de terceira idade apresentaram menor engajamento em atividades sociais (BAPTISTA et al., 2006).

O avançar da idade pode trazer ao idoso insegurança de sair de casa sozinho. Desta forma, as dificuldades dos familiares de tornarem-se mais próximos dos idosos em atividades de lazer, talvez percebidas como de menor importância do que acompanhá-los a médicos e a exames, podem limitá-lo quanto às oportunidades de interação social (ASSIS, 2004).

Por outro lado, os idosos podem ser alvos de cuidado dos filhos levando à super proteção. Muitas vezes o excesso de proteção cerceia as atividades, levando-os a dependência precoce e ao isolamento social (SILVA et al., 2006).

A interação social vivenciada colabora para o exercício da cidadania e para que os idosos se sintam valorizados e inseridos no meio em que vivem. Além disso, ele passa a ter a sensação de pertencimento a um grupo para o qual pode contribuir de maneira significativa utilizando-se de sua experiência e conhecimento. No entanto, deve-se ter claro que essa interação não ocorre somente em espaços públicos, mas em qualquer ambiente, seja familiar, igreja, escola, enfim em todo local em que há respeito e valorização pelo ser humano, em especial, ao idoso e suas limitações (LEITE et al., 2008).

O menor escore de qualidade de vida dos idosos participativos obtido na faceta participação social desta pesquisa evidencia a necessidade de refletir sobre os aspectos que estão sendo trabalhados no grupo. Questiona se a abordagem dos temas tem consonância com as necessidades sentidas pelos idosos ou se tem focado a doença, uma vez que a maioria dos idosos participava de atividades educativas grupais direcionadas à hipertensão arterial. Nesta perspectiva, o espaço do grupo pode não estar favorecendo a sociabilidade, interação afetiva entre os participantes e ampliação da inserção social (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

Os profissionais de saúde podem promover atividades educativas grupais, no seu espaço de atuação, por meio da articulação intersetorial. Por sua vez, a população ao se identificar com a atividade, terá satisfeita sua necessidade de relacionamento interpessoal, possibilitando a ampliação e a adaptação da interação social. É relevante que o familiar seja inserido nestes espaços e estimule a participação dos idosos com o objetivo de estreitar laços de companheirismo que favorece o sentimento de pertencer ao seio familiar e à comunidade.

Diante dos resultados encontrados no presente estudo, constatou-se que os menores escores de qualidade de vida foram obtidos pelos idosos que participavam de atividades educativas grupais, refutando a hipótese delineada para esta pesquisa, o que remete a necessidade de aprofundar sobre os fatores que podem estar relacionados ao fato.

As atividades educativas grupais direcionadas aos idosos são permeadas por múltiplos aspectos dentre os quais se destacam: as peculiaridades do cliente, a interação profissional-cliente, formação e capacitação dos profissionais de saúde e organização dos serviços.

Referente às peculiaridades do idoso, ressalta-se que cada um possui uma história de vida e apresenta necessidades, anseios e expectativas próprias. O idoso deve ser considerado na sua individualidade, na relação com familiares e com a comunidade. Embora esteja vivenciando a mesma etapa da vida cada qual tem seu modo de viver e enfrentar os problemas cotidianos. O que se espera é que os serviços de saúde sejam capazes de atender estes anseios e que possam construir, conjuntamente, estratégias que favoreçam melhoria das suas condições de vida e de saúde contribuindo para a qualidade de vida.

Nesse contexto, as atividades educativas grupais poderiam se constituir como suporte para melhoria destes aspectos. Porém, na maioria das vezes, a intervenção educacional parte da hipótese que os problemas de saúde são resultantes da sua precária situação educacional. Os coordenadores das atividades grupais se organizam para levar ao grupo conhecimentos e receitas prontas assumindo uma atitude de cobrança e policiamento. Acredita-se que os indivíduos possam e devam seguir as orientações recebidas, ignorando a existência de fatores intervenientes que dificultam o exercício da autonomia individual. Deste modo, por não considerarem as necessidades e vivências dos membros do grupo, os encontros se

constituem em espaços de participação obrigatória para se manter vinculado ao programa de atendimento ou para o recebimento de benefícios (GAZINELLI et al., 2005; SOUZA et al., 2005; MUNARI; FUREGATTO, 2003; SILVA et al., 2003).

Deste modo, questiona-se a redução da saúde ou comportamentos saudáveis a algo controlado pelo indivíduo. Ignorar que as estruturas e as diferenças socioculturais e econômicas influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis e não-saudáveis, leva os profissionais da saúde a considerarem os sujeitos como os únicos responsáveis pela suas condições de saúde (SOUZA et al., 2005). Faz-se necessário refletir sobre como aceitar a autonomia das pessoas, quando as escolhas que elas fizerem não forem compatíveis com um viver saudável (OLIVEIRA, 2005).

Ressalta-se que as decisões dos sujeitos estão alicerçadas no contexto de suas próprias vivências. A mudança de comportamento acontece em um processo que inclui fatores subjetivos e objetivos, como o contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações individuais (SOUZA et al., 2005). O que se pensa tem papel preponderante sobre aquilo que se faz devendo-se considerar a influência do meio na determinação dos comportamentos individuais (GAZINELLI et al., 2005).

O trabalho educativo extrapola o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam às formas específicas de condutas. As práticas são vistas originando das representações, constituindo-se em expressão do modo como os sujeitos representam eventos da sua vida (GAZINELLI et al., 2005).

Nesse contexto, as atividades educativas grupais devem estar pautadas no cotidiano dos idosos considerando suas necessidades e estabelecendo relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do grupo pode ser considerada invasão cultural porque não emerge do saber popular daquela população (BRASIL, 2007). Deste modo, contribui-se para manutenção da relação vertical profissional–cliente, que associada ao desconhecimento dos processos grupais que permeiam as relações dos profissionais nas equipes de saúde, prejudica o planejamento, realização e avaliação tanto das ações de saúde quanto do modo de operar no trabalho (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009). Assim, o idoso pode não se reconhecer nestas ações não tendo suas expectativas atendidas. Dessa forma, é

relevante repensar sob qual contexto as atividades educativas grupais estão sendo desenvolvidas e oferecer mecanismos que possibilitem atenção direcionada ao cotidiano do idoso.

As transformações direcionadas ao compartilhamento de conhecimentos e decisões na prática educativa grupal podem se efetivar quando o profissional amplia sua reflexão sobre o trabalho desenvolvido; os contextos históricos, sociais, culturais de sua formação, o modelo tecnoassistencial e a constituição e os saberes da equipe na qual está inserido. O profissional deve ter a sensibilidade para perceber a real intenção das atividades educativas grupais. Pois, se não é perspicaz, afasta os participantes de si e de sua identidade, dando lugar a comportamentos de acomodação, em detrimento do aspecto relacional. É importante a incorporação de conhecimentos teóricos e práticos para a construção de um novo saber fazer que resgate o grupo, enquanto possibilidade operativa e humanizadora para si e participantes, numa perspectiva crítica e transformadora (FERNANDES, 2007).

O profissional deve trabalhar “com” o grupo e não “para” ele, tendo o cuidado de não assumir uma postura de detentor do saber. A atitude do coordenador das atividades grupais deve ser pautada no respeito e na crença do potencial de mudança e nas possibilidades de superação do indivíduo. Nesse sentido, atenção especial deve ser dada ao movimento do grupo por meio de uma escuta qualificada de suas necessidades. Assim o coordenador assume seu verdadeiro papel de coordenar e ajudar os participantes, oferecendo-lhes condições de encontrar as respostas e soluções condizentes à sua realidade (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Destaca-se aqui, a enfermagem como profissão de compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos, e como ciência que busca novas metodologias para o alcance da melhoria da qualidade de vida e da assistência (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

O enfermeiro possui relação direta com o trabalho educativo nas unidades de saúde. É um educador por natureza que ao sistematizar e individualizar o cuidado pode contribuir para mudança no estilo de vida dos sujeitos favorecendo e respeitando suas próprias decisões (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Ressalta-se que a responsabilidade pelo desenvolvimento das atividades educativas grupais deve ser de toda a equipe de saúde. No entanto, a coordenação

destas atividades requer dos profissionais de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes específicas que geralmente não são obtidas durante a sua formação (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Deste modo, para que estes profissionais possam desenvolver atividades educativas grupais que possibilitem ao idoso desfrutar desta etapa da vida com qualidade, é necessário que ele esteja capacitado para o desempenho deste trabalho.

Pesquisa realizada com Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil evidenciou que o ensino da temática de grupo no currículo e suas características é pouco abordado (MUNARI et al., 2005). Assim, muitos enfermeiros necessitam buscar a capacitação para o manejo de atividades educativas grupais após a graduação, visto que não possuem os conhecimentos necessários para o seu desenvolvimento.

Investigação conduzida em Unidades de Atenção Básica identificou, na realização da educação em saúde, carências no âmbito da formação e o descompromisso do profissional com a sua formação por meio de cursos de atualização. Vários enfermeiros consideraram que a formação recebida durante a graduação não foi suficiente e alguns referiram ter participado de cursos de pós-graduação para se atualizarem (JESUS et al., 2008).

Este fato remete à necessidade de repensar a formação profissional com vistas ao cuidado da população. As Instituições de Ensino podem, através de educação crítica e politizadora, inserir os acadêmicos nas atividades educativas grupais e fornecer suporte teórico para o seu desenvolvimento, visando a melhoria da prática efetiva de educação em saúde realizada nos serviços.

Além disso, os profissionais que atuam na área da saúde necessitam de capacitação continuada acerca do processo de envelhecimento para que possam oferecer serviços compatíveis com as novas demandas demográficas. Nos cursos de formação deve-se incorporar ou implementar conteúdos que abordem o envelhecimento saudável, o autocuidado, a manutenção e a melhoria da saúde. Tais conteúdos serão a base para a construção de abordagens que respeitem as diferenças entre as gerações sem discriminação (INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

A capacitação na abordagem ao idoso e no desenvolvimento de atividades educativas grupais pode instrumentalizar o profissional de saúde no cuidado

individual e coletivo. Isto poderá proporcionar o desenvolvimento de ações direcionadas à esta população culminando com a satisfação das suas necessidades e favorecendo a melhoria das suas condições de saúde e de vida.

Diante disso é relevante discutir o desenvolvimento de competências na perspectiva da formação para o trabalho em saúde. Deste modo, o Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, postulou quatro pilares da educação do futuro: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e com os outros e aprender a ser. Tais pilares são eixos norteadores de uma proposta de educação que visa um projeto de vida em comum, incorporando conhecimentos e habilidades às atitudes pessoais e sociais (DELORS, 2006).

Aprender a conhecer refere-se ao domínio dos instrumentos da compreensão. Nessa esfera, o processo de aprendizagem nunca está acabado e, pode enriquecer com qualquer experiência. O aprender a fazer refere-se à ação sobre o meio envolvente. O aprender a viver juntos e com os outros representa o maior desafio da educação. A finalidade é cooperar e participar com os outros em todas as atividades humanas. Finalmente, o aprender a ser que integra as três precedentes e implica em melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com maior capacidade de autonomia, de discernimento e responsabilidade pessoal (DELORS, 2006).

No campo da saúde, especialmente no que se refere à formação profissional, os quatro pilares da educação permitem compreender a construção de competências. Pretende articular diferentes saberes para construção de uma prática em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007).

Desse modo, a participação do idoso e da comunidade nos serviços de saúde é valorizada havendo a possibilidade para o desenvolvimento de ações conjuntas em que ele sinta-se reconhecido em seu contexto. As atividades educativas grupais podem contribuir para esta participação na medida em que os sujeitos estejam inseridos na preparação e desenvolvimento dos encontros, de forma ativa, e se incentive a troca de saberes.

Inquérito identificou conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento de práticas educativas dialógicas e participativas. Foi construído o perfil de competências para a ação educativa, na perspectiva coletiva e das

necessidades de saúde. Dentre elas destacam-se: articulação entre teoria e prática; promoção de acolhimento e construção de vínculos; atuação como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecimento e respeito à autonomia dos sujeitos em relação a sua vida; reconhecimento da incompletude do saber profissional; utilização do diálogo e operacionalização de técnicas pedagógicas que o viabilizem; instrumentalização dos sujeitos com informação adequada, e valorização e exercício da intersectorialidade no cuidado à saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007).

Estes fatores podem contribuir para que os serviços que acolhem os idosos possam oferecer oportunidades para minimizar o isolamento, estabelecendo vínculos, aumentando e fortalecendo as suas relações pessoais (ROCHA et al., 2009).

Além de profissionais preparados, sensibilizados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da população nos serviços de saúde, torna-se necessário o apoio dos gestores favorecendo esta prática de construção coletiva (SILVA et al., 2006). Diante disso, passa-se a refletir sobre as atividades educativas grupais no âmbito organizacional dos serviços de saúde.

A falta de apoio institucional aliada à falta de capacitação, de recursos materiais e de organização sistemática se constitui em empecilho para o bom desempenho das atividades educativas grupais.

Inquérito realizado na Atenção Primária observou entre os principais problemas enfrentados a falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da Unidade e dificuldades para realizar práticas de educação em saúde (JESUS et al., 2008).

É necessário que os profissionais de saúde identifiquem os problemas vivenciados nas Unidades quanto às práticas educativas direcionadas aos idosos, mas que desenvolvam estratégias de enfrentamento resolutivas buscando a participação dos usuários, familiares e comunidade. Porém, destaca-se que a limitação de recursos materiais e financeiros não deve ser fator imobilizador para a realização destas ações.

Algumas estratégias podem ser discutidas e elaboradas de forma conjunta pelos gestores, profissionais de saúde e representantes da comunidade, como: a organização dos serviços; a responsabilidade da União, Estado e municípios com o



Sistema Único de Saúde (SUS), a participação e o controle social; os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença; a concepção e as necessidades de saúde. Esses temas seriam abordados pelas equipes de saúde nas diferentes atividades grupais que acontecem na comunidade, seja nas unidades de saúde, escolas ou igrejas, dentre outros espaços (SILVA et al., 2006). O objetivo seria de implementar ações que contribuam para o estabelecimento de atividades educativas grupais que atendam as reais demandas da comunidade.

Sabe-se que dentre as atividades da ESF está a oferta de educação em saúde, desenvolvidas em grupo. Ao se inserirem na ESF os profissionais iniciam os grupos e podem descobri-lo como uma ferramenta de enfrentamento da demanda dos sujeitos de acordo com determinadas características (FERNANDES, 2007). Assim, os grupos de educação em saúde têm sido constituídos de acordo com a condição crônica (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial), do sexo (mulheres) e da fase de desenvolvimento vital e da família (adolescentes, gestantes), conforme orientações dos Programas Ministeriais (SILVA et al., 2006; COSTA, 2005).

O trabalho centrado na doença torna o conteúdo da atividade grupal uma receita que deve ser cumprida e que nem sempre valoriza a experiência do outro diante do seu processo de adoecimento, seus conhecimentos e suas formas de enfrentamento. Esta abordagem embasada em um modelo prescritivo, com enfoque no alcance de comportamentos desejados para o controle e prevenção da doença não garante a adesão dos indivíduos (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Tem-se, portanto, uma dimensão superficial de educação em saúde (informação) com uma dimensão terapêutica implícita (convivência e vínculos afetivos). A realização de grupos se consolida como uma estratégia clínica assistencial, enquanto a dimensão educativa-participativa e de empoderamento dos sujeitos e da comunidade para o exercício da cidadania se apresenta reduzida (SILVA et al., 2006).

Deste modo, é possível que o trabalho grupal não seja desenvolvido com todo o seu potencial transformador e fortalecedor, dada a ênfase nos aspectos relacionados à doença. Este fato pode contribuir para a desvalorização das atividades educativas grupais. O idoso pode não sentir-se beneficiado na participação, não reconhecendo a melhoria da sua qualidade de vida, aspecto este esperado, uma vez que os grupos constituem-se em alternativa para que retomem

seus papéis sociais, atividades de ocupação do tempo livre e o relacionamento interpessoal e social. Agregam sujeitos com dificuldades semelhantes e possibilita o convívio, fato importante visto que a solidão é uma queixa frequente entre idosos (GARCIA et al., 2006).

O sentimento de pertencer a um grupo é valioso nesta faixa etária, dada à tendência de afrouxamento dos vínculos sociais e solidão resultantes de aposentadoria, dependência, viuvez e outras perdas afetivas. O grupo favorece a sociabilidade através da interação afetiva que ocorre entre seus integrantes. Os idosos fazem novas amizades e ampliam suas possibilidades de inserção social, pela motivação adicional para buscar novas atividades (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

A formação desses grupos instiga o sujeito a interagir com outras pessoas e a descobrir a importância do outro na resolução dos problemas. Incita também a desvendar o poder resiliente em cada participante, bem como o comunitário (ROCHA et al., 2009).

Além disso, as atividades educativas em saúde com a participação de todos os envolvidos mostram-se efetivas para aquisição e compartilhamento de informações. Possibilita a execução de práticas favoráveis a sua saúde e seu bem-estar, de forma consciente, na qual os participantes agem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

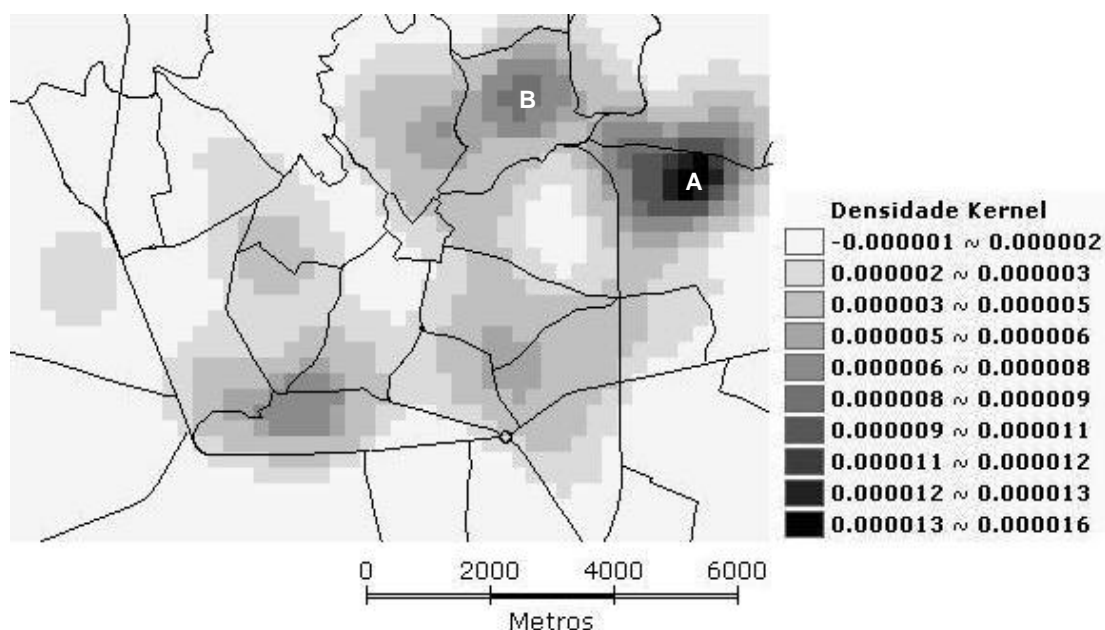
Assim, a realização de atividades educativas grupais nos serviços de saúde poderia ser instrumento privilegiado contribuindo para a transformação e melhoria da qualidade de vida da população idosa. Porém, devem ser considerados: os múltiplos referenciais do processo saúde-doença e os conhecimentos neles envolvidos, tanto dos profissionais como da população; as raízes dos problemas de saúde dos participantes, articulando-os com os demais setores de políticas sociais; a relação com outros grupos organizados da comunidade buscando solução para os problemas vivenciados; a adoção de novas estratégias de educação em saúde, incorporando a noção de apoio social, sem perder a perspectiva de transformação das condições de vida e de saúde da população; a adoção da perspectiva dialógica de educação em saúde, sendo que os participantes do grupo possuem saberes sobre os seus processos saúde-doença-cuidados e de condições de vida (SILVA et al., 2006).

Posto isso, é necessário que a formação profissional, a organização e prática das atividades educativas grupais sejam objeto de reflexão considerando estes espaços como suporte à atenção ao idoso. Se estas atividades não oferecem espaço para escuta e o idoso não tem atendida a sua necessidade de aprendizagem poderão não causar impacto positivo no cotidiano desta população.

Quando o sujeito não é reconhecido em sua cultura e aspectos sociais, tendo seus saberes e sentimentos desvalorizados pelos profissionais e serviços de saúde, podem não ter estímulo para participação. O idoso reconhecido em seu contexto poderá identificar e usufruir dos benefícios das atividades educativas grupais, que atendendo as suas expectativas e necessidades, poderá proporcionar melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

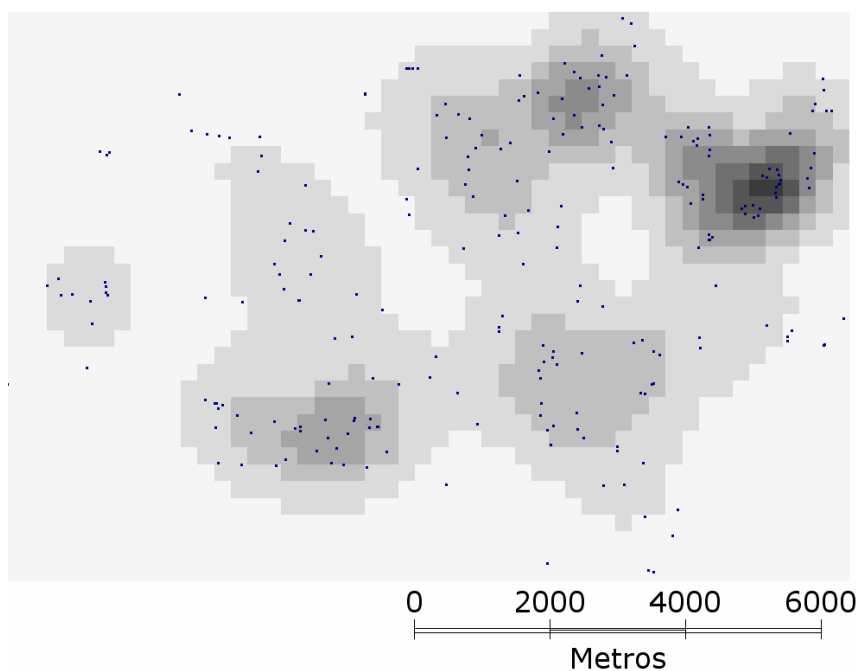
#### 4.4 MAPEAMENTO DOS MENORES ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA

Os mapas temáticos evidenciaram a heterogeneidade da distribuição espacial permitindo a identificação de áreas de maior concentração de idosos com menores escores de qualidade de vida no município.



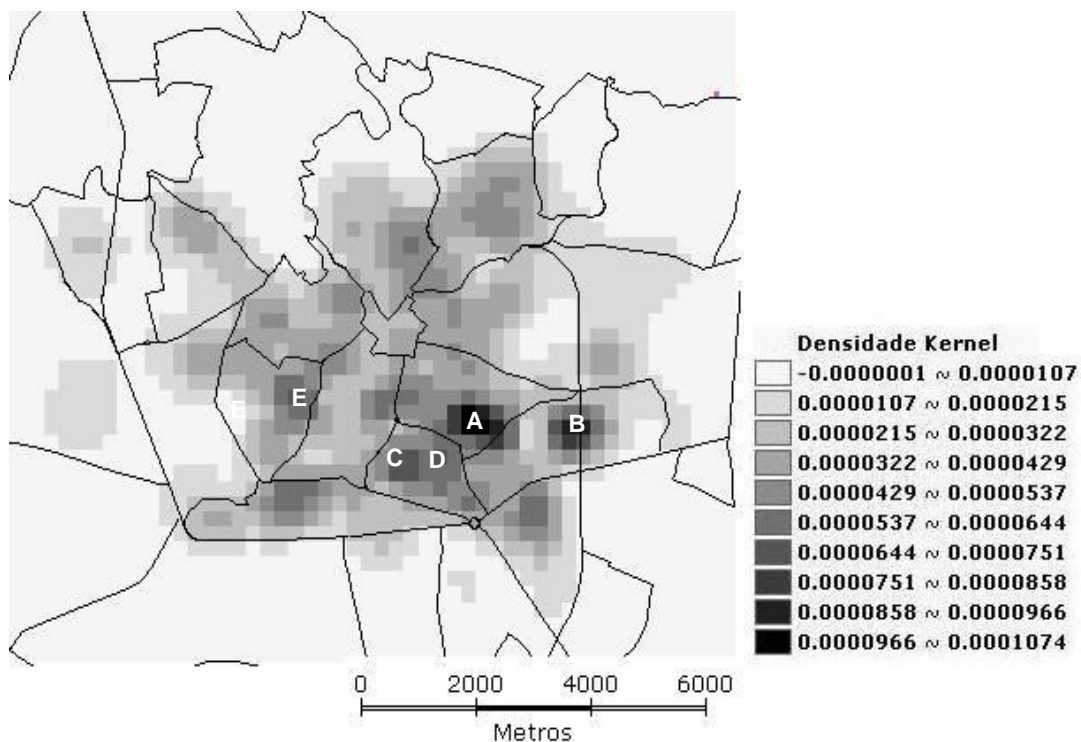
**Figura 4** – Densidade Kernel dos idosos participativos com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 4 evidencia que os bairros na região do Jardim Elza Amuí (I, II, III e IV) (A) apresentaram aglomerados de idosos que participavam de atividades educativas grupais de forte intensidade, representado pelas áreas mais escuras do mapa. O bairro Boa Vista (B) apresentou aglomerado em menor densidade, Figura 4.



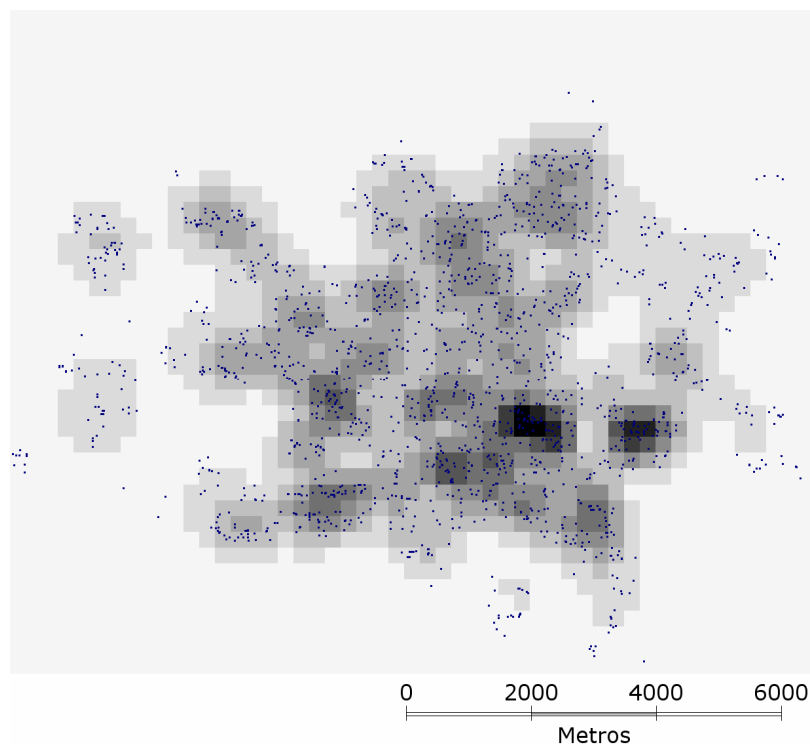
**Figura 5** – Mapa da distribuição da densidade de idosos participativos com os participantes sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 5 demonstra os aglomerados de participação em atividades educativas grupais, sobrepostos pelos idosos participativos.



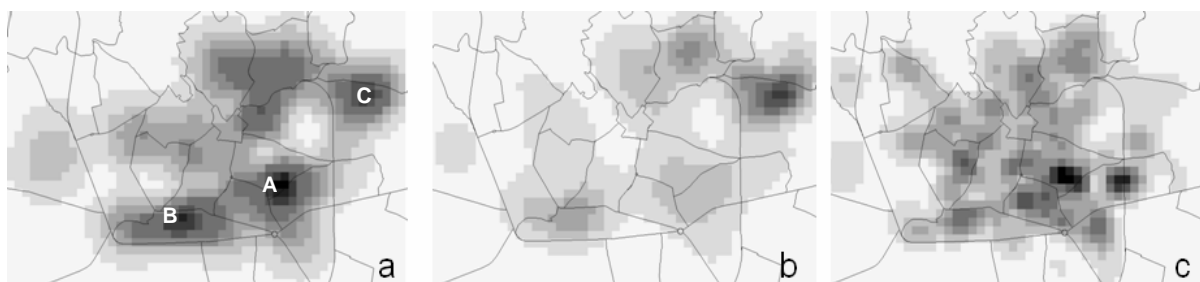
**Figura 6** – Densidade Kernel dos idosos não participativos com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 6 evidencia que os bairros na região sul da Abadia (A) e junção do Orlando Costa Teles com Bairro de Lourdes (B) apresentaram concentração de idosos que não participavam de atividades educativas, representado pelas áreas mais escuras do mapa. As regiões da Vila São Marcos e Parque Bom Retiro (C), centro do Leblon (D) e Vila Santa Maria (E) apresentaram aglomerados em menor densidade, Figura 6.



**Figura 7** – Mapa da distribuição da densidade de idosos não participativos com não participantes sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 7 demonstra os aglomerados de não participação em atividades educativas grupais sobrepostos pelos idosos não participativos.



**Figura 8** – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio físico (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 8a evidencia que os menores escores de qualidade de vida no domínio físico encontraram-se nas regiões da Vila São Vicente, Vila Santo Antônio e Vila Industrial (A), coincidindo com regiões de aglomerados de idosos não participativos, Figura 8c.

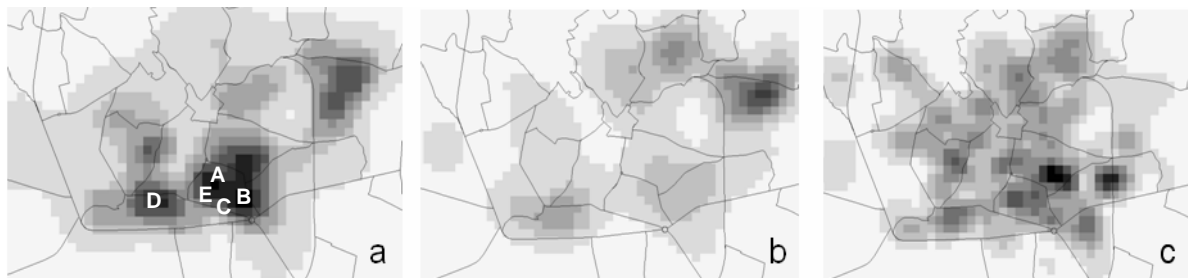
Em menor densidade observaram-se aglomerados de menores escores no domínio físico no Parque das Américas (B), Figura 8a, coincidindo com áreas de idosos não participativos de atividades educativas grupais, Figura 8c; e no Jardim

Elza Amuí (I e III) (C), Figura 6a, coincidente com aglomerados de participativos, Figuras 8b.

Este domínio, dentre outros fatores, apresenta relação com a dependência para tratamentos de saúde (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Alguns fatores podem estar gerando o menor escore de qualidade de vida entre os idosos que não participam das atividades educativas grupais. Dentre elas, destaca-se a não oferta da atividade educativa grupal pela Unidade de Saúde na Atenção Primária ou a oferta em horário que dificulta a participação entre os idosos que trabalham. Este aspecto dificulta o conhecimento, a compreensão e a conscientização sobre o cuidado e autocuidado em saúde, haja vista a presença de polimorbidades entre os idosos desta investigação. Ademais, a baixa renda pode dificultar a aquisição de outros medicamentos que não aqueles oferecidos pelos serviços de saúde.

Ressalta-se ainda que as Vilas Santo Antônio, São Vicente e Industrial correspondem às regiões nas quais 31,1% das famílias apresentam médio risco e nas localidades do Elza Amuí aproximadamente 8%. Esta classificação de risco familiar considera a ausência de escolaridade do chefe de família, a baixa renda, o abastecimento de água inadequado além de condições ou doenças específicas consideradas prioritárias como: idosos dependentes para a realização das AVD, com incapacidade cognitiva, dentre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a). Estes fatores podem estar impactando negativamente na qualidade de vida relacionada ao aspecto físico.

Por outro lado, deve-se considerar a dificuldade de acesso ao serviço de saúde que pode estar relacionada a longa distância da moradia do idoso ou a dificuldade de ser atendido. Desta forma, alguns idosos fazem convênio com a medicina de grupo. Verificou um baixo percentual de sujeitos com planos de saúde nestas localidades, que pode estar contribuindo para a ocorrência de aglomeração de menores escores de qualidade de vida. Na região da Vila São Vicente 8,7% dos sujeitos encontram-se cobertos pelos planos de saúde, no Jardim Elza Amuí 18,2%, nas Vila Santo Antônio e Industrial 26,1% e, no Parque das Américas 27,7% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2008a).



**Figura 9** – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio psicológico (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

Evidencia-se aglomerado com menor escore de qualidade de vida no domínio psicológico nas regiões dos bairros periféricos Cidade Jardim e Jardim Pinheiros (A) e sudeste do Leblon (B), Figura 9a, aglomerados de idosos não participativos, Figura 9c.

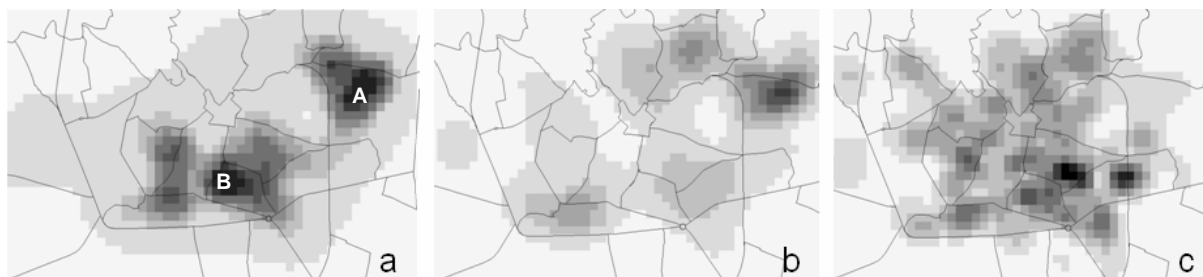
Em menor densidade encontram-se aglomerados no Parque São Geraldo (C), Parque das Américas (D) e Vila São Marcos (E), Figura 9a, coincidente com aglomerados de menor densidade de idosos não participativos, Figura 9c.

O domínio psicológico refere-se à aprendizagem, concentração, autoestima e espiritualidade (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008), evidenciando que estes aspectos encontram-se dificultados nas referidas regiões.

Nos bairros Cidade Jardim, Jardim Pinheiros e Vila São Marcos este fato pode estar relacionado à não cobertura pela ESF do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a), podendo justificar a não participação em atividades educativas grupais.

Nas localidades do Parque São Geraldo (23,9%) e Leblon (25,8%) um dos fatores que podem estar impactando no domínio psicológico é o predomínio de famílias com classificação de risco alta e média, respectivamente (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a) contribuindo para o advento de sentimentos negativos diante das possíveis dificuldades enfrentadas no cotidiano relacionadas aos fatores socioeconômicos e morbidades.



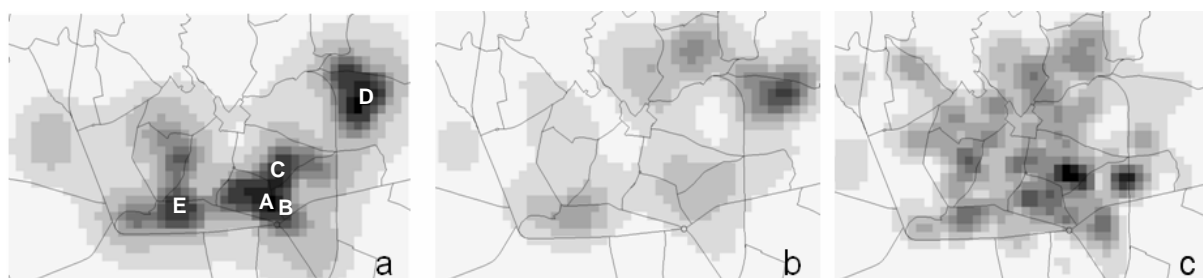


**Figura 10** – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio relações sociais (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

As regiões do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV), Residencial Mangueiras e Cidade Nova (A), Figura 10a, apresentaram aglomerados de menores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais coincidentes com áreas de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 10b.

Este domínio avalia as relações pessoais e suporte social (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Embora estes aspectos possam estar relacionados à família e comunidade há de se considerar que, nestas regiões, a ESF acompanha, aproximadamente, 40,4% das famílias devido número reduzido de agentes comunitários de saúde, podendo associar-se à menor percepção de apoio ao idoso (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

Os bairros Cidade Jardim, Vila São Marcos e oeste do Jardim Pinheiros (B) apresentam aglomerados de menores escores no domínio relações sociais, com menor densidade, sendo áreas de idosos não participativos, Figura 10c. Estas regiões não possuem cobertura da ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).



**Figura 11** – Densidade Kernel segundo menores escores no domínio meio ambiente (a), WHOQOL-BREF, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

Na Figura 11a, observa-se que as regiões dos bairros Leblon, Parque São Geraldo (A), Jardim América, Vila São Francisco e oeste do Parque das Gameleiras (B) e sudeste do Abadia (C), áreas de idosos não participativos, Figura 11c,

apresentam aglomerados de menores escores de qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Este domínio avalia a segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidade de lazer e ambiente físico (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Em levantamento realizado pela ESF foram identificados problemas relacionados aos aspectos mensurados neste domínio que podem estar contribuindo para aglomerados de menores escores nestas regiões (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

Os bairros Leblon e Parque São Geraldo possuem praças públicas, porém estas se encontram em mal estado de conservação. Os moradores também referem problemas relacionados ao transporte público, como a falta de abrigos nos pontos e áreas sem itinerário (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

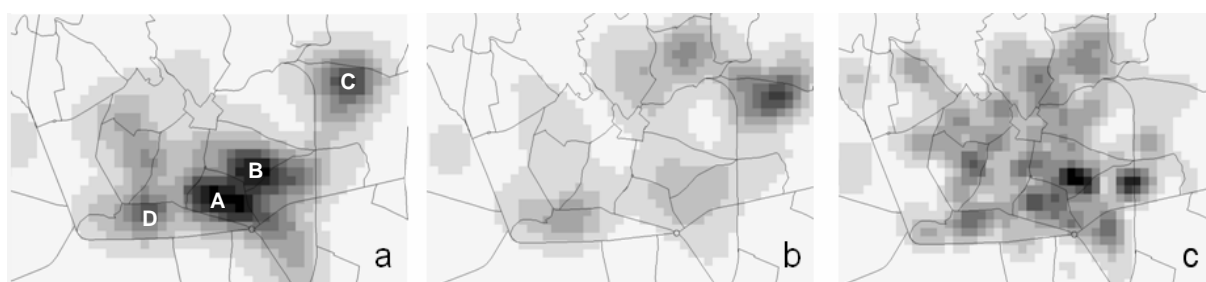
No bairro Abadia foram referidos: ausência de posto policial; falta de segurança pública, principalmente próximo às escolas; uso de drogas ilícitas em vias públicas; desarborização da praça pública. Além disso, a região possui problemas de drenagem pluvial na estação chuvosa. Estes fatores podem ter impacto sobre a segurança física e proteção dos sujeitos (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

Nas localidades da Vila São Francisco e Parque das Gameleiras foram referidas áreas de risco ambiental (frigorífico), bem como no Jardim América (ferro velho e frigorífico) (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a). Além dos fatores relacionados ao ambiente físico, este domínio avalia os recursos financeiros (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008) que podem estar contribuindo para aglomerados de menores escores, considerando que nas localidades do Jardim América aproximadamente 8,9% dos chefes de família não possuem escolaridade e a renda mensal familiar de 3,9% era menor do que R\$60,00 (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

As regiões de idosos participativos, Figura 11c, o Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Cidade Nova (D) apresentaram aglomerados de menores escores, Figura 11a. Estas regiões são áreas em desenvolvimento, constando com construções inacabadas, gerando acúmulo de poeira nas residências. Aproximadamente 20% dos terrenos são lotes vagos utilizados como depósito de entulhos, colaborando

para a presença de animais peçonhentos e roedores. Além disso, considerando que a maioria da população é usuária de transporte público (51,9%), o advento de áreas sem itinerário exige que o indivíduo percorra grandes distâncias. Todos estes fatores podem impactar negativamente na qualidade de vida relacionada ao meio ambiente desta população (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).

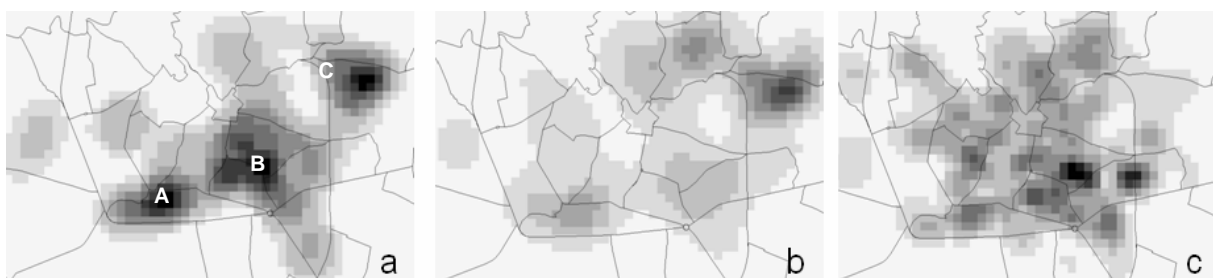
As Vilas Raquel, Inês Helena e Silva Campos e Parque das Américas (E) apresentam aglomerados de menor densidade, Figura 11a, e correspondendo à áreas de idosos não participativos, Figura 11c.



**Figura 12** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta funcionamento dos sentidos (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

Os maiores aglomerados foram encontrados nos bairros periféricos Cidade Jardim, Jardim Pinheiros, sul do Leblon e no Parque São Geraldo (A) e, sul da Abadia e Vila São Vicente (B), Figura 12a, que coincidem com regiões de idosos não participativos, Figura 12c.

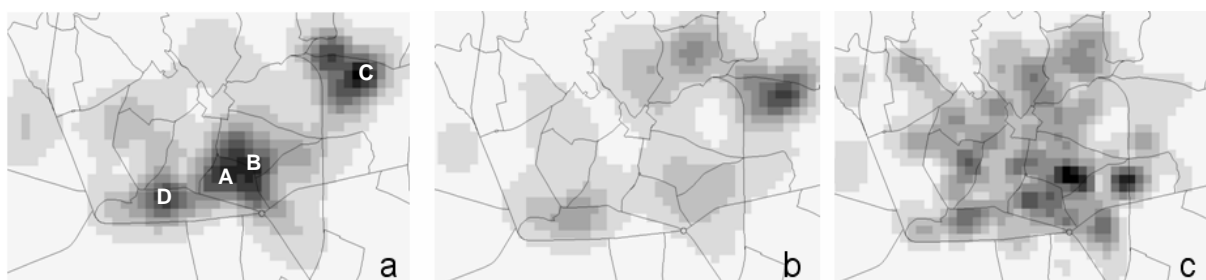
Nas localidades do Jardim Elza Amuí (I, II, III) (C), correspondente a aglomerado de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 12b, Vila Inês Helena e Parque das Américas (D), áreas de não participativos, Figura 12c, observaram-se aglomerados menos intensos de menores escores na faceta funcionamento dos sentidos, Figura 12a.



**Figura 13** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta autonomia (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

Os menores escores de qualidade de vida na faceta autonomia apresentaram fortes aglomerados nos bairros periféricos Vila Raquel, Vila Inês Helena e norte do Parque das Américas (A) e sul do Abadia (B), Figura 13a; aglomerados de menor densidade de não participativos, Figura 13c.

O Jardim Elza Amuí (I, II, III) (C), região de idosos participativos, Figura 13b, também apresentou aglomerados de menores escores de qualidade de vida nesta faceta, Figura 13a.

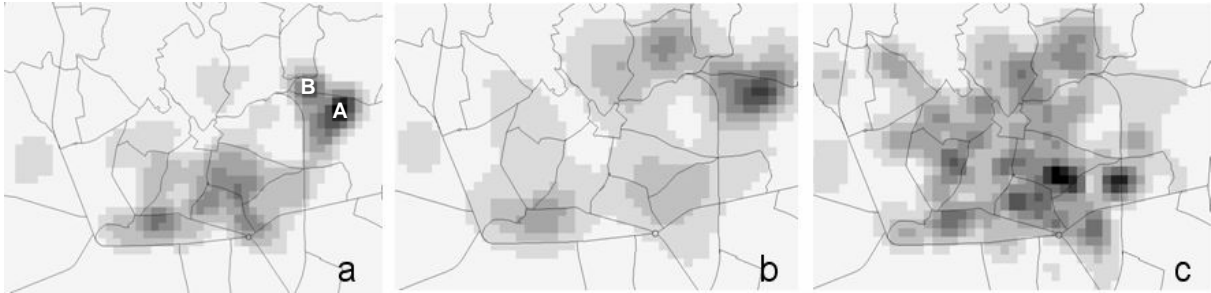


**Figura 14** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta atividades passadas, presentes e futuras (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 14a evidencia que as regiões dos bairros Cidade Jardim, norte do Jardim Pinheiros e do Leblon (A) e sul do Abadia (B) apresentaram menores escores de qualidade de vida na faceta atividades passadas, presentes e futuras, coincidindo com aglomerados de idosos não participativos, Figura 14c.

O Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras (C) também apresentaram aglomerados de idosos com menores escores nesta faceta, Figura 14a, correspondendo à regiões de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 14b.

Os bairros Vila Inês Helena, Vila Silva Campos e Parque das Américas (D), regiões de idosos não participativos, Figura 14c, apresentaram aglomerados de menores escores em menor intensidade, Figura 14a.

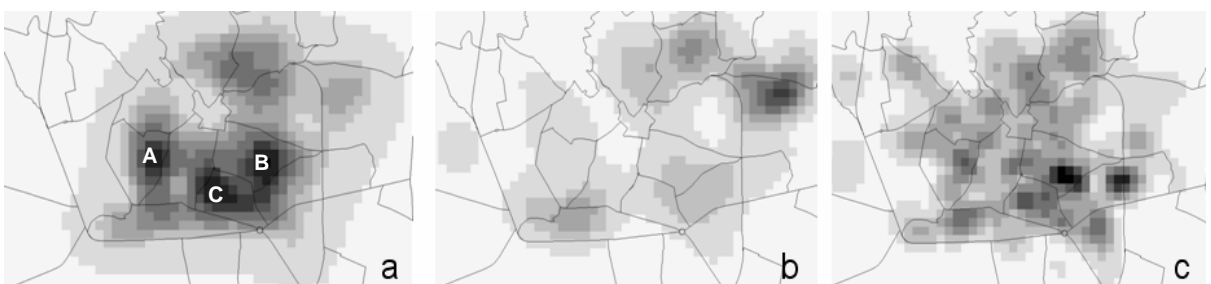


**Figura 15** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta participação social (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 15a evidencia forte aglomerado na região do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras (A), referente aos menores escores de qualidade de vida na faceta participação social, que coincidem com regiões de idosos participativos, Figura 15b. Observou-se aglomerado de menor intensidade nos bairros Josa Bernardino I e II (B), Figura 15a, áreas de menor densidade de idosos participativos, Figura 15c.

Evidencia-se a necessidade de reflexão sobre a concentração de menores escores de qualidade de vida nesta faceta, nas áreas correspondentes à regiões de idosos que participavam de atividades educativas grupais, visto que é avaliada a participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade (CHACHAMOVICH et al., 2008).

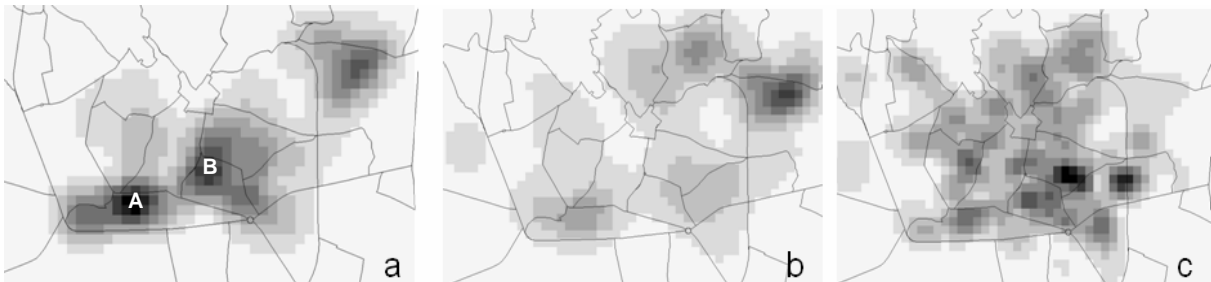
Nas localidades do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras este fato pode estar relacionado às características ambientais, sendo a origem dos bairros relativamente recente, datando de 1994. A localidade não possui espaços de lazer e opções culturais, e aproximadamente 70% da comunidade não participa de nenhum tipo de atividade devido escassez de opções (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).



**Figura 16** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta morte e morrer (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

A Figura 16a identifica os menores escores de qualidade de vida na faceta morte e morrer, em aglomerados nas regiões da Vila Santa Maria (A), leste do Abadia e Vila São Vicente (B), Cidade Jardim, Vila São Marcos e Jardim Pinheiros (C). Estas regiões correspondem a aglomerados de idosos não participativos, sendo a Vila Santa Maria, Cidade Jardim, Vila São Marcos e Jardim Pinheiros em menor densidade, Figura 16c.

Esta faceta avalia as preocupações e temores relacionados à morte (CHACHAMOVICH et al., 2008). Destaca-se que estas regiões não estão cobertas pela ESF, podendo este fato ser um dificultador para que o idoso tenha um local no qual possa discutir estas questões e vivenciar esta etapa da vida de modo mais tranquilo (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010a).



**Figura 17** – Densidade Kernel segundo menores escores na faceta intimidade (a), WHOQOL-OLD, idosos participativos (b) e não participativos (c) com os bairros sobrepostos. Uberaba, 2010.

O aglomerado mais forte referente aos menores escores de qualidade de vida na faceta intimidade, Figura 17a, foi observado entre os idosos residentes nos bairros periféricos Parque das Américas e Vila Raquel (A). Nas regiões dos bairros Cidade Jardim e Jardim Tropical (B) observaram-se aglomerados de menor escore nesta faceta, porém em menor intensidade, Figura 17a. Estas regiões coincidem com aglomerados de menor densidade de idosos não participativos, Figura 17c.

Estes dados evidenciam que existem diferenças regionais neste município indicando que a qualidade de vida pode ser influenciada por aspectos territoriais, ambientais e sociais. Observou-se que cada região possui peculiaridades devendo receber atenção direcionada às suas necessidades. Portanto, devem ser implementadas ações que contribuam para a resolução dos problemas enfrentados pela comunidade e que afetam a qualidade de vida do idoso.

O método de Kernel permitiu detectar pontos de concentração de eventos evidenciando a presença de aglomeração espacial dos casos. A estratificação do município em áreas de risco, através do conhecimento da distribuição espacial dos escores de qualidade de vida, possibilita a definição de prioridades para o planejamento de ações mais adequadas voltadas para áreas de menores escores.

Nesse sentido, conhecer a distribuição da qualidade de vida entre idosos é relevante, pois se levanta a hipótese de que diferenças sociais, econômicas e culturais se associam às suas percepções apresentando um padrão de distribuição espacial. Assim, é possível contribuir para o planejamento de políticas públicas para os idosos, considerando a distribuição de menores escores de qualidade de vida em diversos aspectos, podendo contribuir para a sua melhoria.

## 5 CONCLUSÃO

A maioria dos idosos não participava de atividades educativas grupais. Os idosos participativos frequentavam predominantemente atividades direcionadas à hipertensão arterial na UBS e ESF.

Observou-se que em ambos os grupos a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 60-70 anos, casados ou que moravam com companheiro, residiam com filhos (com ou sem cônjuge) e tinham renda individual mensal de um salário mínimo. Referente à escolaridade, os participativos apresentaram predominantemente 1-4 anos de estudo e os não participativos, 4-8.

As morbidades mais referidas pelos idosos que participavam de atividades educativas grupais foram hipertensão arterial e problemas de visão, com predomínio de 7-10 morbidades. Entre os idosos não participativos foram prevalentes os problemas de visão e problemas de coluna, com predomínio de 4-7 morbidades.

Em ambos os grupos o maior percentual foi para 1-3 incapacidades funcionais para a realização das AVDs, com predomínio para cortar as unhas dos pés. Entre as AVD desempenhadas com muita dificuldade destacaram-se subir e descer escadas e andar perto de casa.

Concernente aos fatores associados à não participação em atividades educativas grupais, observou-se que a faixa etária de 80 anos e mais esteve associada à maior chance de não participação.

A maioria dos idosos avaliou sua qualidade de vida como boa e estavam satisfeitos com sua saúde. A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF apresentou para ambos os grupos maior escore no domínio das relações sociais e menor no físico.

A comparação entre os grupos evidenciou que os idosos que participavam de atividades educativas grupais apresentaram menor escore no domínio relações sociais, comparado aos não participativos.

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-OLD evidenciou, em ambos os grupos, maior escore na faceta funcionamento dos sentidos, e menor na autonomia.

Os idosos que participavam de atividades educativas grupais apresentaram menores escores nas facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades



passadas, presentes e futuras e participação social comparado aos não participativos.

Referente à distribuição espacial dos menores escores de qualidade de vida, verificou-se maiores aglomerados nas regiões periféricas do município.

Os idosos que participavam de atividades educativas grupais se concentraram nas localidades do Jardim Elza Amuí. O bairro Boa Vista apresentou aglomerados em menor densidade.

A região sul da Abadia e junção Orlando Costa Teles com Bairro de Lourdes apresentaram concentração de idosos não participantes. Em menor densidade foram identificados aglomerados nas regiões da Vila São Marcos, Parque Bom Retiro, centro do Leblon e Vila Santa Maria.

Referente à localização dos menores escores de qualidade de vida, nas regiões com aglomerado de idosos participativos obteve-se: nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social.

Nas localidades dos idosos não participativos obtiveram aglomerados de menores escores: nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e intimidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo devem ser retornados à comunidade por meio da apresentação e discussão com gestores municipais de saúde, buscando-se estratégias de enfrentamento e suporte que contribuam para melhoria da atenção à saúde da população e potencialize a efetividade das atividades educativas grupais direcionadas aos idosos.

Nesse sentido, sugere-se que cada equipe de saúde, incentivada pela Secretaria Municipal, realize um levantamento das dificuldades e limitações enfrentadas para o desenvolvimento e adesão às atividades educativas grupais, bem como as reais necessidades e expectativas da população idosa. As ações podem ser realizadas por meio de encontros com a população local, nas consultas individuais e visitas domiciliares.

É relevante ainda o conhecimento do perfil socioeconômico e de saúde dos idosos que possibilitará o desenvolvimento de estratégias direcionadas, sugerindo a implementação de ações baseadas em suas reais necessidades. Deste modo, têm-se intervenções personalizadas que contribuem para a obtenção de melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Após esse diagnóstico inicial, pode ser estabelecido um planejamento para reorganização das atividades educativas grupais, desenvolvidas nos serviços de saúde, com base nas dificuldades e necessidades evidenciadas. Destaca-se que estas atividades devem ser do interesse do idoso e serem apoiadas pelas instâncias superiores através de recursos materiais, humanos e condições de trabalho. Porém, as necessidades de recursos materiais e humanos devem ser vistas com cautela, buscando o aproveitamento do que já se tem e otimizando espaços dentro da comunidade. Devem ser buscadas estratégias para implementação desse plano junto à todos os membros da equipe. As ações devem ser avaliadas periodicamente desde o início do plano.

Pode-se promover atividades de captação da população idosa por meio de sensibilização da comunidade e junto aos familiares, divulgando e incentivando a participação nas atividades educativas grupais, informando sobre as novas estratégias a serem utilizadas.

Considerando a menor participação dos idosos mais velhos, evidencia-se a necessidade de identificação das suas dificuldades de participação nas atividades

educativas grupais e desenvolvimento de estratégias de captação, buscando apoio entre familiares e amigos. É preciso que os profissionais de saúde estabeleçam uma rede entre as unidades de saúde e a comunidade, com vistas à ampliação do cuidado ao idoso.

Sugere-se ainda que a gestão municipal realize um diagnóstico junto aos profissionais de saúde, verificando a necessidade de aperfeiçoamento da equipe.

A partir daí pode ser verificada a possibilidade de capacitação dos profissionais envolvidos para o cuidado integral do idoso, considerando suas necessidades interpessoais e de saúde, almejando a melhoria da qualidade de vida; bem como no manejo de grupos, com a finalidade de otimizar estas ações nos serviços de saúde. É necessário que o profissional de saúde seja participativo, crítico e sensível aos indivíduos, família e comunidade.

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados sobre o potencial das atividades educativas grupais para a atenção à saúde da população. Deste modo, poderá planejar ações que possibilitem o atendimento das necessidades do idoso e estejam adequadas às peculiaridades advindas do envelhecimento, contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

Referente aos menores escores de qualidade de vida apresentados pelos idosos que participavam de atividades educativas grupais, evidencia-se a necessidade de reflexão sobre a contribuição destas ações para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Neste ponto insere-se uma limitação deste estudo, o qual, em virtude do delineamento transversal, impede de assegurar relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas.

Considerando o potencial das atividades grupais como suporte para melhoria destes aspectos, faz-se necessário identificar as reais necessidades e buscas dentro de cada grupo para que as atividades tenham sustentação e satisfaçam seus participantes.

Sabe-se que são muitas as dificuldades enfrentadas, iniciando na graduação, passando pela escassez de recursos e identificação do profissional neste tipo de atividade. Porém, os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias junto aos participantes na busca de soluções e adequação das ações desenvolvidas.

Além disso, é relevante que sejam identificados os fatores que podem estar contribuindo para os menores escores em determinadas regiões deste município.

Acredita-se que os fatores ambientais, econômicos, sociais e culturais apresentam relação com a qualidade de vida. O espaço dos grupos envolve diversos condicionantes, e a evidência de desigualdades indica que devem ser definidas prioridades para o planejamento de ações mais adequadas a cada uma. A identificação destes subconjuntos e dos fatores que possivelmente determinam menor qualidade de vida ao idoso permitirá a melhor racionalização das ações que poderão contribuir para proporcionar a vivência desta etapa da vida com mais qualidade.

Sugere-se que os serviços de saúde utilizem os dados coletados pela ESF como diagnóstico inicial das condições ambientais e de saúde da comunidade. A partir disso poderão ser planejadas ações direcionadas às especificidades de cada localidade, pautando-se nas características encontradas que podem estar influenciando no cotidiano e qualidade de vida da população.

As atividades educativas grupais também podem contribuir para a identificação dos fatores impactantes na qualidade de vida do idoso. Ela possibilitará extrair do próprio idoso o que tem proporcionado menor qualidade de vida, além de buscar junto ao grupo soluções conjuntas para minimização deste impacto.

Devem ser buscados o apoio e suporte junto aos diversos setores da comunidade e gestão municipal. As ações desenvolvidas devem estar pautadas no diagnóstico efetuado e nas reflexões realizadas junto às atividades educativas grupais. Deste modo, os serviços de saúde poderão contribuir para atenção direcionada às necessidades do idoso, proporcionando melhoria da sua qualidade de vida.

Sabe-se que estas sugestões se constituem num desafio; porém, é preciso que cada ator esteja envolvido neste processo para que se obtenha êxito nas ações.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDALÓ, C. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Agora, 2006.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-46, mar. 2008.

ARAÚJO, L.F.; COUTINHO, M.P.L.; CARVALHO, V.A.M.L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 118-31, mar. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2009.

ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 25, n. 2, p. 59-66, 2007.

AREOSA, S.C.; BEVILACQUA, P.; WERNER, J. Representações sociais do idoso que participa de grupos para terceira idade no município de Santa Cruz do Sul. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 5, p. 81-100, 2003.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. 235f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-81, 2004.

ASSIS, M.; PACHECO, L.C.; MENEZES, I.S. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.4, n.7, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BAPTISTA, M.N. et al. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 77-85, 2006.

BARCELOS, C.; BASTOS, F.I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-97, 1996.

BARRETO, K.M.L. et al. Perfil sócio epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-54, jul./set. 2003.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; NORONHA, C.V. Mudança dos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 127-46, 1993.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida idosos diabéticos**. 101f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BELVIS, A.G. et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. **BioMed Central Public Health**, London, v. 8, p. 348, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/348>>. Acesso em: 24 set. 2009.

BESSEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, abr. 2007.

BERKE, E.M. et al Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. **Journal Journal of Public Health**, Washington-DC, v. 97, n. 3, p. 486-92, 2007.

BERKENBROCK, I. Envelhecimento saudável e com qualidade de vida. In: HARGREAVES (Org.). **Geriatrics**. Brasília: SEEP, 2006. p.113-28.

BORGES, P.L.C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-808, dez. 2008.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p.1447-62, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, seção 1, p. 1-5. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde**. Série G. Estatística e informação em Saúde. Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, seção 1, p. 142-5. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS, 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2009.

BROWN, I.F.; SILVA JUNIOR, A.G.; GOMES, H.M. Geologia ambiental em um programa de saúde comunitária. Exemplo do bairro de Anaia – São Gonçalo, RJ. **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Geologia**, Rio de Janeiro, p. 295-301, 1984.

CÂMARA, G.; CARVALHO, M.S. Análise espacial de eventos. In: DRUCK, S. et al. Análise espacial de dados geográficos. Brasília-DF: EMBRAPA, 2004. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

CÂMARA, G.; MONTEIRO, A. M. V. Técnicas de geocomputação para análise espacial: é o caso para dados de saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1059-71, set./out. 2001.

CAMARANO, A. A. C. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA/MPEG, 2002. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2002/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2009.

CAMPOS, F.G. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, jan. 2009.

CARNEIRO, R.S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-37, 2007.

CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M.; GARCIA, Y.M. Biologia e teorias do envelhecimento. p. 3-18. In: FILHO, E.T.C.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CELICH, K.L.S. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade**. 106f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M.P.A. Desenvolvimento do WHOQOL BREF. p.74-82. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos - conceito e investigação. p.61-81. In: Neri AL. **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

CHACHAMOVICH, E. et al. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. p.102-111. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. p. 40-47. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHIANG, K.J. et al. Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 23, n. 1, p. 7-10, jan. 2008.

COSTA, K.S. **Práticas educativas em obesidade e envelhecimento desenvolvidas por profissionais de saúde de Goiânia**: significados e desafios. 194f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), 2005.

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/envelhecimento.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html)>. Acesso em: 24 jul. 2009.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 632-8, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017)>. Acesso em: 14 jul 2009.

DE LEO, D. et al. Leipad questionnaire: an instrument to assess quality of life in the elderly. **Behavioral medicine: interdisciplinary journal of research and practice**, New York, v. 24, n. 1, p. 17-27, 1998.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 10.ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: MEC, UNESCO, 2006.

DOIMO, L.A.; DERNTL, A.M.; LAGO, O.C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1333-42, ago. 2008.

DORIA FILHO, U. Entendendo o emparelhamento. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à bioestatística**: para simples mortais. São Paulo: Negócio editora, 1999.



DUARTE, T.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. p. 185-200. In: Lebrão ML, Duarte YAO. **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília-DF: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003.

DUARTE, Y.E.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

EVANS, S. et al. Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 14, n. 5, p. 1291-300, 2005.

FARINASSO, A.L.C. et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 45-52, mar. 2006.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science and Medicine**, New York, v. 41, n.10, p. 1439-46, 1995.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensibility. p.77-108. In: \_\_\_\_\_. **Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2.nd. Chichester:John Wiley&sons. 2007.

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

FIGUEIRA, H.A. et al. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, n. 3, p. 368-72, nov./dec. 2009.

FIGUEIREDO, M.L.F. et al. Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 458-63, dez. 2006.

FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso. **Revista Geriatria**, Portugal, v. 130, p. 41-7, 2001.

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. p.19-27. In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M.P.A. et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 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". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-99, 2003.

\_\_\_\_\_. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, oct. 2006.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-70, 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 2007. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/node/5401>>. Acesso em: 16 dez. 2009.

GARCIA, M.A.A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-82, 2006.

GARRAT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **British Medical Journal**, London, v. 324, p. 1417-21, 2002.

GARRIDO, M.A. et al. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 31, n. 5, p. 285-292, mar. 2003.

GAZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-6, jan./fev. 2005.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-26, 1994.

GODOY, M.T.H.; MUNARI, D.B. Review of scientific literature on the use of group activities in nursing work in Brazil: 1980 to 2003. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p.786-802, oct. 2006.

HALVORSRUD, L.; KALFOSS, M. The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006. **European Journal of Ageing**, Berlin, v. 4, p. 229-46, 2007.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HAYWOOD, K.L.; GARRATT, A.M.; FITZPATRICK, R. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 315–27, 2005.

HINO, P. **Padrões espaciais da tuberculose associados ao indicador adaptado de condição de vida no município de Ribeirão Preto**. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

HYDE, M.; WIGGINS, R.D.; HIGGS, P. et al. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 7, p. 186-194, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – Depis, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2009.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.15, p. 742-47, set./out. 2007.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.L. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-57, jun. 2008.

JESUS, M.C.P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-8, fev. 2007.

LEBRÃO, M. L. **O Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LEITE, M.T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-7, abr./jun. 2008.

LEITÃO, M.B.S. Conceito de grupo em Grinberg, Langer e Rogrigué. p.137-141. In: BAREMBLIT, G. **Grupo: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1982.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 847-52, 2007.

LIMA, M.G. et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington-DC, v. 25, n. 4, p. 314-21, 2009.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-7, abr./jun. 2009.

MAGALHÃES, R.M. et al. Distribuição espacial dos idosos segundo seus conceitos de qualidade de vida. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 374-79, out./dez. 2008.

MAGNABOSCO-MARTINS, C.R.; VIZEU-CAMARGO, B.; BIASUS F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 8, n. 3, p. 831-47, set./dez. 2009.

MARIN, M.J.S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 278-84, jun. 2008.

MARTÍNEZ, V.V. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 24, p. 267-73, 1999.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MARTINS, C.R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 135-54, 2007.

MARTINS, J.J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 443-56, 2007a. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2009.

MELO, G.; SANTOS, R.M.; TREZZA, M.C.S.F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-5, 2005.

MELO FILHO, J. Histórico e evolução da psicoterapia de grupo. p. 29-62. In: MELO FILHO, J. (Org.). **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MENDES, M.R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-26, dez. 2005.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.

MONTANHOLI, L.L. et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 663-71, dez. 2006.

MOORE, D. **A estatística básica e sua prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

MORAES, J.F.D.; SOUZA, V.B.A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-8, 2005.

MORAES, N.A.S.; WITTER, G.P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 57, n. 127, p. 215-38, dez. 2007.

MOSS, M.P.; SCHELL, M.C.; GOINS, R.T. Using GIS in a first national mapping of functional disability among older American Indians and Alaska natives from the 2000 census. **International Journal of Health Geographics**, London, v. 5, n. 37, 2006.

MUNARI, D.B. et al. O ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 220-30, ago. 2005.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. 2.ed. Goiânia: AB, 2003.

MUNARI, D.B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção à portadores de doenças crônicas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 148-54, 2009. Suplemento.

NAGEL, C.L. et al. The relation between neighborhood built environment and walking activity among older adults. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 168, p. 461-68, 2008.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. 6.ed. Campinas-SP: Papyrus, 1993.

\_\_\_\_\_. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. p. 58-77. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice. p.1-36. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. 2.ed. Barueri: Manole, 2007.

OLIVEIRA, D.L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-32, mai./jun. 2005.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

OLIVEIRA, L.M.A.C. et al. Use of therapeutic factors for the evaluation of results in support groups. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 432-38, 2008.

OLIVEIRA, C.J. et al. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 496-505, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a16.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de las personas de edad**. Ginebra, 1989. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_779\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.

OSÓRIO, L.C. A teoria da gestalt e a dinâmica de grupos. p. 19-23. In: \_\_\_\_\_. **Teorias e práticas**: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

\_\_\_\_\_. Grupos operativos. p. 31-37. In: \_\_\_\_\_. **Teorias e práticas**: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. p. 2-12. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: o desafio na transição do século. p.13-25. In: PAPALÉO NETTO M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. p. 79-84. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. Epidemiologia do envelhecimento. p.19-34. In: FILHO-CARVALHO, E.T.; NETTO, M.P. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. Atheneu, 2006.

PATRICK, D.L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? p. 29-39. In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PENNA, F.B.; ESPÍRITO SANTO, F.H. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, abr. 2006.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-67, 2006.

PINA, M.F. et al. Hip fractures cluster in space: an epidemiological analysis in Portugal. **Osteoporosis Internacional**, London, v. 19, n. 12, p. 1797-804, 2008.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. p. 48-59. In: FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo (SEDET). **Uberaba em dados, 2008**. Disponível em: <[http://www.uberaba.mg.gov.br/sedet/uberaba\\_em\\_dados\\_2008/Capitulo03.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/sedet/uberaba_em_dados_2008/Capitulo03.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Consolidado das famílias cadastradas**. Uberaba-MG. 2008a.

\_\_\_\_\_. A. **Localização**. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diagnóstico local do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2010a. Manuscrito.

PROQOLID. **Patient-reported outcome and quality of life instruments database**. Disponível em: <[http://www.proqolid.org/proqolid/search\\_\\_1/population#Ger](http://www.proqolid.org/proqolid/search__1/population#Ger)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

RAMOS, L.J. **Variação do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS**. 68f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

RANA, A.K. et al. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 24, n. 1, p. 36-45, mar. 2009.

RIBEIRO, L.C.C.; ALVES, P.B.; MEIRA, E.P. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 220-7, abr./jun. 2009.

ROCHA, I.A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-94, out. 2009.

ROCHA, A.D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

RODRIGUES, R.M.C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington-DC, v. 23, n. 2, p. 109-115, 2008.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.

ROTHMAN, K.J. A sobering start for the cluster busters conference. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 132, p. 6-13, 1990. Suplemento 1.

SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS, K.A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-88, nov. 2007.

SANTOS, J.L.F. et al. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 879-86, abr. 2008.

SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-64, nov./dez. 2002.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, abr. 2004.



SILVA, A.L.C. et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-24, 2003.

SILVA, C.B.D.C.A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande**. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

SILVA, E.V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n. 1, p. 46-53, jan. 2006.

SILVA, M.A. et al. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 143-9, 2006.

SILVA, M.G.; BOEMER, M.R. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, jun. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_16.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2010.

SILVA, R.C. Organização de grupos. p. 74-97. In: \_\_\_\_\_. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, mai./jun. 2003.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-71, jun. 2003.

SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, ago. 2005.

SOUZA, T.T. et al. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 150-64, 1997.

SPIRDUSO, W.W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole, 2004.

SUDAN, L.C.P.; CORRÊA, A.K. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, n. 576-82, set./out. 2008.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos de promoção da saúde**. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

TOKUDA, Y. et al. Interpersonal trust and quality-of-life: a cross-sectional study in Japan. **PLoS ONE (online)**, San Francisco, v. 3, n.12, p. e3985, dec. 2008.

Disponível

em:<<http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003985>>.

Acesso em: 03 jul. 2009.

TORRES, M.H. et al. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 136, n. 3, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007&lng=es&nrm=iso)

98872008000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2009.

UNITED NATIONS. Department of Social and Economic Affairs: Population Division. **World population prospects 1950-2050: the 2006 revision**. New York, 2006.

VAROTO, V.A.G.; TRUZZI, O.M.S.; PAVARINI, S.C.L. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.107-14, jan./mar. 2004.

VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-52, set. 2005.

VERA, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. **Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima**, Lima, v. 68, n. 3, p. 284-90, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VICTOR, J.F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 724-30, 2007.

VICTORA, C.G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 26, n. 1, p. 224-27, 1997.

VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 430-5, 2008.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 52, n. 4, p. 355-63, 1999.

XAVIER, F.M.F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.31-39, mar. 2003.

ZABALEGUI, A. et al. Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 37, n. 5, p. 260-5, 2006.

ZIMERMAN, D.E. Fundamentos teóricos. p. 23-31. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000a.

\_\_\_\_\_. Grupos com idosos. p. 331-342. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idade: (anos completos).....

SEXO.....  
 1- Masculino                      2- Feminino

### II – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?.....

- 1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)  
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)                      3- Viúvo(a)  
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)                      99- Ignorado

O SR. MORA EM SEU DOMICÍLIO.....

- 1- Só (ninguém mais vive permanentemente junto)  
 2- Somente com cuidador profissional  
 3- Somente com cônjuge  
 4- Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)  
 5- Com filhos (com ou sem cônjuge)  
 5- Com netos (com ou sem cônjuge)  
 6- Outros arranjos \_\_\_\_\_  
 7- Não sei

ESCOLARIDADE:.....

- Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.  
 99- Ignorado

QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL:

- 1 - sem renda    2 - Menos que 1 salário mínimo    3 - 1 salário mínimo  
 4 - de 1 a 3 salários mínimo    5 - de 3 a 5 salários mínimo    6 – mais de 5 salários mínimo

O(A) SENHOR(A) NO MOMENTO TEM ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE E QUE PODE OU NÃO INTERFERIR NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99

K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benignos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				

17. 1) NÚMERO DE DOENÇAS-----

AGORA EU GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS  
ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA A DIA

Estamos interessados em saber se o(a) senhor(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	SEM DIFIC.	COM DIFICULDADE		NÃO CONSEGUE
		POUCA	MUITA	
a) comer	(1)	(2)	(3)	(4)
b) tomar banho	(1)	(2)	(3)	(4)
c) vestir-se	(1)	(2)	(3)	(4)
d) pentear cabelo	(1)	(2)	(3)	(4)
e) deitar / levantar da cama	(1)	(2)	(3)	(4)
f) ir ao banheiro em tempo	(1)	(2)	(3)	(4)
g) controle urinário	(1)	(2)	(3)	(4)
h) controle intestinal	(1)	(2)	(3)	(4)
i) andar no plano	(1)	(2)	(3)	(4)
j) subir e descer escadas	(1)	(2)	(3)	(4)
k) transporte cadeira p/ cama e vice versa	(1)	(2)	(3)	(4)
l) andar perto de casa	(1)	(2)	(3)	(4)
p) cortar unhas dos pés	(1)	(2)	(3)	(4)

NÚMERO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL-----

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE-----

1- Sim                    2- Não

QUAL(IS) TIPO(S) DE ATIVIDADE(S) EDUCATIVA(S) GRUPAL(IS) O SR (SRA) PARTICIPA?

- 1- Diabetes *mellitus*  
2- Hipertensão arterial

- 3- Idoso
- 4- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**LOCAL DE PARTICIPAÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS**

- 1- PSF
- 2- UBS
- 3- Unidade de Pronto Atendimento
- 4- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 5- Hospital Escola
- 6- Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde
- 7- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

--	--	--

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Qualidade de vida de idosos residente no município de Uberaba*”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é verificar a qualidade de vida entre idosos, ver as diferenças entre os sexos e as idades e se tem algum lugar no município que os idosos têm pior qualidade de vida. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética



## **ANEXOS**

ANEXO 1 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

## **WHOQOL – ABREVIADO**

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA**

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**Professor Adjunto**

**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre – RS – Brasil**

### **Instruções**

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

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

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5

	dia-a-dia?					
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 o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüente mente	Muito freqüente mente	Sempre
26	Com que freqüência 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?**

## ANEXO 2 – INSTRUMENTO WHOQOL-OLD

## WHOQOL-OLD

## Instruções

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.

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

**old\_01** Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

**old\_02** Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

**old\_03** Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

**old\_04** Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

**old\_05** O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

**old\_06** Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

**old\_07** O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

**old\_08** O quanto você tem medo de morrer?

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

**old\_09** O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

**old\_10** Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_11** Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_12** Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_13** O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_14** Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

**old\_15** Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

**old\_16** Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

**old\_17** Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

**old\_18** Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

**old\_19** Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

**old\_20** Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

**old\_21** Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

**old\_22** Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

**old\_23** Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**old\_24** Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## ANEXO 3 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES**

```

recode q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19 q20
q21 q22 q23 q24 q25 q26
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (else=sysmis).
execute.

```

```

recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) into
qr_3 qr_4 qr_26.
execute.

```

```

compute phys=(mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18))*4.
compute psych=(mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, qr_26))*4.
compute social=(mean.2 (q20,q21,q22))*4.
compute envir=(mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25))*4.

```

```

compute total=(mean.2 (q1, q2))*4.

```

```

compute phys_p=(phys - 4) * (100/16).
compute psych_p=(psych - 4) * (100/16).
compute social_p=(social - 4) * (100/16).
compute envir_p=(envir - 4) * (100/16).

```

```

compute total_p=(total - 4) * (100/16).

```

```

compute q1_p=(q1 - 1) * (100/4).
compute q2_p=(q2 - 1) * (100/4).

```

```

count total=q1 to q26 (1 thru 5).
select if (total>21).
execute.

```

```

compute qr_3_p=(qr_3 - 1) * (100/4).
compute qr_4_p=(qr_4 - 1) * (100/4).
compute q5_p=(q5 - 1) * (100/4).
compute q6_p=(q6 - 1) * (100/4).
compute q7_p=(q7 - 1) * (100/4).
compute q8_p=(q8 - 1) * (100/4).
compute q9_p=(q9 - 1) * (100/4).
compute q10_p=(q10 - 1) * (100/4).
compute q11_p=(q11 - 1) * (100/4).
compute q12_p=(q12 - 1) * (100/4).
compute q13_p=(q13 - 1) * (100/4).
compute q14_p=(q14 - 1) * (100/4).
compute q15_p=(q15 - 1) * (100/4).
compute q16_p=(q16 - 1) * (100/4).
compute q17_p=(q17 - 1) * (100/4).

```



```
compute q18_p=(q18 - 1) * (100/4).  
compute q19_p=(q19 - 1) * (100/4).  
compute q20_p=(q20 - 1) * (100/4).  
compute q21_p=(q21 - 1) * (100/4).  
compute q22_p=(q22 - 1) * (100/4).  
compute q23_p=(q23 - 1) * (100/4).  
compute q24_p=(q24 - 1) * (100/4).  
compute q25_p=(q25 - 1) * (100/4).  
compute qr_26_p=(qr_26 - 1) * (100/4).
```

## ANEXO 4 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-OLD

RECODE

old\_01 old\_02 old\_03 old\_04  
 old\_05 old\_06 old\_07 old\_08  
 old\_09 old\_10 old\_11 old\_12  
 old\_13 old\_14 old\_15 old\_16  
 old\_17 old\_18 old\_19 old\_20  
 old\_21 old\_22 old\_23 old\_24  
 (9=SYSMIS).  
 EXECUTE.

RECODE

old\_01 old\_02 old\_06 old\_07 old\_08 old\_09 old\_10  
 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).  
 EXECUTE.

COMPUTE old\_sa\_s = (SUM.4(old\_01,old\_02,old\_10,old\_20)).  
 COMPUTE old\_sa\_m = (MEAN.4(old\_01,old\_02,old\_10,old\_20)).  
 COMPUTE old\_sa\_t = 100 \* (MEAN.4(old\_01,old\_02,old\_10,old\_20)-1)/4.  
 VARIABLE LABEL old\_sa\_s 'Sensory-Abilities\_sum'.  
 VARIABLE LABEL old\_sa\_m 'Sensory-Abilities\_mean'.  
 VARIABLE LABEL old\_sa\_t 'Sensory-Abilities\_transformed\_(0-100)'.  
 EXECUTE.

COMPUTE old\_au\_s = (SUM.4(old\_03,old\_04,old\_05,old\_11)).  
 COMPUTE old\_au\_m = (MEAN.4(old\_03,old\_04,old\_05,old\_11)).  
 COMPUTE old\_au\_t = 100 \* (MEAN.4(old\_03,old\_04,old\_05,old\_11)-1)/4.  
 VARIABLE LABEL old\_au\_s 'Autonomy\_sum'.  
 VARIABLE LABEL old\_au\_m 'Autonomy\_mean'.  
 VARIABLE LABEL old\_au\_t 'Autonomy\_transformed\_(0-100)'.  
 EXECUTE.

COMPUTE old\_pp\_s = (SUM.4(old\_12,old\_13,old\_15,old\_19)).  
 COMPUTE old\_pp\_m = (MEAN.4(old\_12,old\_13,old\_15,old\_19)).  
 COMPUTE old\_pp\_t = 100 \* (MEAN.4(old\_12,old\_13,old\_15,old\_19)-1)/4.  
 VARIABLE LABEL old\_pp\_s 'Past-Present-and-Future-Activities\_sum'.  
 VARIABLE LABEL old\_pp\_m 'Past-Present-and-Future-Activities\_mean'.  
 VARIABLE LABEL old\_pp\_t 'Past-Present-and-Future-Activities\_transformed\_(0-100)'.  
 EXECUTE.

COMPUTE old\_sp\_s = (SUM.4(old\_14,old\_16,old\_17,old\_18)).  
 COMPUTE old\_sp\_m = (MEAN.4(old\_14,old\_16,old\_17,old\_18)).  
 COMPUTE old\_sp\_t = 100 \* (MEAN.4(old\_14,old\_16,old\_17,old\_18)-1)/4.  
 VARIABLE LABEL old\_sp\_s 'Social-Participation\_sum'.  
 VARIABLE LABEL old\_sp\_m 'Social-Participation\_mean'.  
 VARIABLE LABEL old\_sp\_t 'Social-Participation\_transformed\_(0-100)'.  
 EXECUTE.

```
COMPUTE old_dd_s = (SUM.4(old_06,old_07,old_08,old_09)).
COMPUTE old_dd_m = (MEAN.4(old_06,old_07,old_08,old_09)).
COMPUTE old_dd_t = 100 * (MEAN.4(old_06,old_07,old_08,old_09)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_dd_s 'Death-and-Dying_sum'.
VARIABLE LABEL old_dd_m 'Death-and-Dying_mean'.
VARIABLE LABEL old_dd_t 'Death-and-Dying_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE old_in_s = (SUM.4(old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_in_m = (MEAN.4(old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_in_t = 100 * (MEAN.4(old_21,old_22,old_23,old_24)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_in_s 'Intimacy_sum'.
VARIABLE LABEL old_in_m 'Intimacy_mean'.
VARIABLE LABEL old_in_t 'Intimacy_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE old_to_s = (SUM.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,
old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_to_m = (MEAN.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,
old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_to_t = 100 * (MEAN.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,
old_06,old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,
old_13,old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,
old_20,old_21,old_22,old_23,old_24)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_to_s 'Total-Score_sum'.
VARIABLE LABEL old_to_m 'Total-Score_mean'.
VARIABLE LABEL old_to_t 'Total-Score_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.
```

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado  
PROTÓTIPO DE PROJETO DE PESQUISA COM DESENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: Qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba  
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Dalcene Maria dos Santos - Távora.  
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.  
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 31/04/07  
PROTOCOLO CEP/UFTM: 69

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO: Não pertinente.  
11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA  
Software (SPSS, Arcview educacional e o AutoCad R14) R\$ 14.000,00  
Material de Consumo R\$ 3.000,00  
Computador Notebook R\$ 10.000,00  
Computadores para sala de treinamento R\$ 12.000,00  
Impressora multifuncional R\$ 400,00  
Consultoria R\$ 4.000,00  
Serviço terceiro pessoa física R\$ 28.000,00  
Bolsa de Iniciação científica R\$ 7.200,00  
Total R\$ 92.600,00 Estes recursos estão sendo solicitados ao órgão de fomento (FAPEMIG)  
12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR  
A pesquisadora recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM.  
13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO  
O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta dos dados.  
14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO: O protocolo foi adequado para atender as determinações da Resolução CNS 196/96.  
15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: *Aprovado*

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 13/04/07

*M. Casagetta*  
Relator

*[Assinatura]*  
Coordenador