



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



THÁZIA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
ESTUDO SOB DUAS ÓTICAS**

NATAL/RN

2016

THÁZIA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
ESTUDO SOB DUAS ÓTICAS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família -
RENASF/ Universidade Federal do Rio
Grande do Norte – UFRN.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Lucia Alves
de Vilar

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

NATAL/RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Costa, Tházia.

Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família:
um estudo sob duas óticas / Tházia Costa. - Natal, 2016.
79f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Lucia Alves de Vilar.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Saúde do idoso - Dissertação. 2. Qualidade de vida -
Dissertação. 3. Saúde da Família - Dissertação. I. Vilar, Rosana
Lucia Alves de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-053.9

Tházia Costa

Qualidade de vida dos idosos na Estratégia Saúde da Família: um estudo sob duas óticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Rosana Lucia Alves de Villar

Profa.Dra. Rosana Lucia Alves de Villar – UFRN

(Orientadora)

Maisa Paulino Rodrigues

Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues – UFRN

(Membro Interno)

Gilson de Vasconcelos Torres

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres – UFRN

(Membro Externo ao Programa)

Marcelo Viana da Costa

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 11 de agosto de 2016.

AGRADECIMENTOS

A redação de uma dissertação de mestrado revela diversos sentimentos que no decorrer do tempo vão surgindo tais como: angústia, medo, incertezas, inseguranças; mas ao mesmo tempo demonstra a relevância que a pesquisa tem para o ser humano.

Revela acima de tudo que sem a inspiração divina, a luz de DEUS e a providência de enviar pessoas nessa caminhada, eu não teria conseguido atingir esse objetivo. Entendendo que muitas dificuldades surgiram nesse caminho, principalmente pela distância da academia por longos anos dedicados ao trabalho, mas considero que isso me trouxe experiência,

Agradeço antes de tudo e de forma muito especial o apoio e incentivo com muita paciência e compreensão a minha orientadora, ROSANA LUCIA ALVES DE VILAR, que sempre esteve ao meu lado de forma constante e incansável. Sua sabedoria, estímulo e apoio foram essenciais para que eu tivesse a autoconfiança necessária, para perseverar e chegar até aqui.

Agradeço ao coordenador geral do Projeto Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família no Brasil e Portugal: proposta de avaliação e intervenção multidimensional Prof GILSON DE VASCONCELOS TORRES que me fez despertar a vontade de fazer pesquisa, e muito contribuiu com seu conhecimento para enriquecer a minha experiência e esta pesquisa.

Agradeço de forma especial as contribuições do meu colega de trabalho na ESF, RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO que sempre se disponibilizou com muita presteza a colaborar com suas valiosas idéias.

Agradeço aos professores do Mestrado, que tive a felicidade de conviver nesses dois anos, enriquecendo meus conhecimentos e ampliando minha visão como profissional e ser humano.

Agradeço aos professores da banca de qualificação Máisa e Gilson pelas contribuições aqui incorporadas e aos professores da banca de defesa que gentilmente aceitaram o convite para participar.

Agradeço de forma carinhosa ao meu esposo HELDER GOIS, pelo companheirismo, paciência, compreensão e tolerância por tantas ausências vividas nesse cotidiano, e também por partilhar comigo tarefas na área de informática.

Agradeço aos meus filhos MARQUINHOS E MARIANA, que mesmo distantes fisicamente, sempre se fizeram presentes quando dedicaram palavras de incentivo e apoio me

mostrando que a riqueza do conhecimento é para vida toda, e me incentivando a ser perseverante nesse objetivo, por me encorajarem a ser e fazer mais do que me acredito capaz.

Agradeço aos meus colegas de trabalho da ESF, e destaco aqui de forma especial, as enfermeiras SANDRA TORRES E FRANKLEIDE MORAIS pela grande contribuição em assumir minhas tarefas quando tantas vezes precisei me ausentar e ter a felicidade de poder contar com a preciosa colaboração delas.

Agradeço a gestão da USF de Igapó, nas pessoas de ALDAIR ENÍSIA E AUXILIADORA FREIRE, quando permitiram e entenderam a importância do Mestrado Profissional, como contribuição para Estratégia de Saúde da Família.

Agradeço a equipe da ESF, da qual faço parte, nas pessoas dos ACS que de forma incansável sempre estiveram dispostos a contribuir com essa pesquisa, participando das etapas aqui descritas, articulando a participação dos idosos nas ações desenvolvidas.

Agradeço aos meus colegas de turma destacando aqui VALESKA NÓBREGA ELIZANDRA TRINDADE E SHEILA MEDEIROS, pelo companheirismo e pelo compartilhamento de ideias e conversas sobre meu tema de pesquisa.

Agradeço a secretaria acadêmica do Mestrado Profissional em Saúde da Família na pessoa de FLÁVIA BRITO BEZERRA SIQUEIRA pelo apoio.

Agradeço ao grupo de pesquisa da UFRN, na pessoa de Bruno

Agradeço a bolsista de iniciação científica DAIANE KRISHNA DE MORAES PEREIRA pela colaboração.

*Que cada comunidade acompanhe com uma compreensão amorosa
todos os que envelhecem.*

João Paulo

RESUMO

A presente pesquisa aborda o tema da qualidade de vida do idoso na Estratégia Saúde da Família, considerando a participação de um grupo de idosos nas ações de promoção a saúde desenvolvidas no bairro de Igapó em Natal-RN. Teve como objetivos analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos, em dois períodos distintos, tendo como base o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*); e analisar a visão dos idosos sobre os efeitos das ações de promoção da saúde para sua qualidade de vida. Trata-se de um estudo longitudinal e descritivo que foi desenvolvido em duas etapas incorporando óticas diferentes e complementares. Na primeira etapa foi utilizada uma abordagem quantitativa, mensurando a qualidade de vida, a partir dos parâmetros relacionados aos domínios (aspectos emocionais, físicos e funcionais; saúde mental; função social; vitalidade; dor e estado geral de saúde) e dimensões (saúde mental e física). Na segunda etapa, uma abordagem qualitativa trazendo a visão dos idosos sobre o objeto analisado “vivido” e suas repercussões. Os dados foram coletados através da aplicação de questionários e realização de grupo focal, e analisados pelos programas *Microsoft Excel 2013* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0*, adotou-se o *Teste Wilcoxon* para verificar a significância entre as diferenças dos dados. Também foi utilizada a análise temática de conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL/UFRN (Parecer n. 562.318 e CAAE: 21996313.7.0000.5537). Os resultados confirmam mudanças na qualidade de vida conforme os domínios nos aspectos físicos, funcionais e mentais. E a escuta do grupo vocalizou situações reconhecedoras da melhoria da qualidade de vida. Espera-se que a pesquisa possa contribuir para o fortalecimento das ações de promoção a saúde como potenciais impulsionadoras de práticas direcionadas a mudanças da qualidade de vida.

Palavras chave: Qualidade de vida. Saúde do idoso. Saúde da Família.

ABSTRACT

This research deals with the issue of quality of life of elderly people in the Family Health Strategy, considering the participation of a group of senior citizens in the health promotion actions developed in the neighborhood of Igapó, Natal-RN. It was aimed at analyzing the quality of life of a group of senior citizens, in two different periods, based on the SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey); and analyzing the view of elderly people with regard to the effects of health promotion actions for their quality of life. This is a longitudinal and descriptive/exploratory study, which was performed in two steps, embodying different and complementary viewpoints. In the first step, we used a quantitative approach, measuring the quality of life, from certain parameters. In the second step, we used a qualitative approach, bringing the view of elderly people about the analyzed object “lived” and its repercussions. Data were collected by applying questionnaires and holding focal group, and then they were analyzed by the softwares Microsoft Excel 2013 and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 20.0. We adopted the WilcoxonTest to check the significance among the differences of data. Moreover, we used the thematic content analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee of HUOL/ UFRN (Opinion nº 562.318 and CAAE: 21996313.7.0000.5537). The results confirm changes in the quality of life according to the domains in the physical, functional and mental aspects. In addition, the listening of the group has vocalized situations that allow us to recognize improvements in the quality of life. We hope that this research may contribute to the strengthening of health promotion actions as potential driving practices directed towards the changes in the quality of life.

Keywords: Quality of Life. Health of the Elderly. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DDH	Disque Direitos Humanos
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESSE	Estratégia de Saúde da Família
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PSE	Programa de Saúde Escolar
QV	Qualidade de Vida
RENASF	Rede Nacional de Saúde da Família
SENTAS	Secretaria de Trabalho e Ação Social
SESI	Serviço Social da Indústria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio grande do Norte
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	16
QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA.....	16
A TEORIA DA DÁDIVA NA EDUCAÇÃO E NA CONVIVÊNCIA	19
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	22
TIPO DE ESTUDO	22
CENÁRIO DA PESQUISA.....	22
SUJEITOS DA PESQUISA	24
COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	25
ASPECTOS ÉTICOS	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
ARTIGO 1 - QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
ARTIGO 2 - VISÕES DOS IDOSOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DA DÁDIVA	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	66
ANEXOS.....	75

1 INTRODUÇÃO

A longevidade tem sido apontada como uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI. Segundo relatório da UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, no ano 2000 já havia no mundo, mais pessoas com idade igual ou superior a 60 anos do que crianças menores de 5 anos e, de acordo com as projeções, em 2050, pela primeira vez na história da humanidade, haverá mais pessoas desse grupo etário do que crianças menores de 15 anos (BODSTEIN, 2012).

Segundo o Censo do IBGE do ano de 2010, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. Esse envelhecimento da população impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e atenção domiciliar.

É importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram se estruturando ao longo da vida. Nessa perspectiva, a OMS considera como determinantes do envelhecimento ativo a situação econômica e social, as condições de saúde, o comportamento em saúde, o ambiente físico e a provisão de serviços de saúde (MS, 2014).

Para Gama (2004) a idade madura parece direcionar o indivíduo à questão da temporalidade, para o reconhecimento de que o mundo da convivência social se localiza no presente. O presente, significando o tempo da ação imediata, encenando implicações passadas e futuras.

A forma como se encara o envelhecimento varia com características diferentes: para alguns, envelhecer é a diminuição geral da capacidade da vida diária, outros um período de maior dependência familiar e vulnerabilidades, mas há quem conceba o envelhecimento como uma fase da vida onde se atinge o ponto mais alto da sabedoria bom senso e serenidade. (BASÍLIO, 2012).

No Brasil alguns marcos legais vem ampliando direitos e protegendo a pessoa idosa, destacando-se: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, PNI (Lei nº

8.842 de 04/01/1994), a criação do Conselho Nacional do Idoso, a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). E ainda em resposta as demandas da Sociedade Civil, o governo propôs serviços e programas de atendimento as pessoas idosas, como o Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos – DDH 100 (Conferência Nacional da Pessoa Idosa) (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 8.114 de 30/09/2013, da Secretaria dos Direitos Humanos, estabelece o compromisso nacional para o Envelhecimento Ativo, e institui a Comissão Interministerial para monitorar e avaliar as ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicas envolvidas em sua implementação.

Neste decreto ficou estabelecido o compromisso nacional para o Envelhecimento Ativo, com o objetivo de congregar esforços das três esferas do governo, com a colaboração da sociedade civil, para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. O artigo 3º sugere que as ações sejam implementadas no âmbito do compromisso nacional para o envelhecimento ativo, são orientadas por diretrizes quando destaca a importância da promoção do envelhecimento ativo, por meio de criação de ambientes propícios e favoráveis à sua efetivação e a articulação intra e inter setorial para assegurar atenção integral à pessoas idosas e as suas famílias, DOU, (01/10/2013).

Contudo, as metas estipuladas por leis e políticas voltadas para a população idosa, ainda tem um longo caminho a percorrer, onde se verifica a escassez de recursos materiais, humanos e tecnológicos, entre outros, dificultando assim, uma melhor assistência a essa população (BODSTEIN, 2014).

A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição a atenção prescritiva e centrada na doença. Faz-se necessário também, um acolhimento humanizado a essa população idosa, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que esta se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes multidisciplinares (BRASIL, 2014).

No caso do município de Natal - RN no seu Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2014 – 2017, a referência a saúde do idoso aparece em um dos seus objetivos: Promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção (SMS, 2014). E em prol do alcance deste objetivo na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família vem desenvolvendo a abordagem do cuidado ao idoso incorporando diversos aspectos, tais como: capacidade funcional, independência e autonomia, avaliação cognitiva, engajamento social, prevenção de

doenças, entre outros. Com um destaque especial para as ações educativas direcionadas a promoção da saúde, visando uma melhor qualidade de vida.

Acerca da promoção da saúde, constata-se que se associa a um conjunto de valores relacionados à vida, saúde, equidade, integralidade, cidadania, desenvolvimento, participação etc. Como também a um conjunto de estratégia de responsabilização mútua: Estado/políticas públicas, comunidade/ações comunitárias; indivíduos/estilos de vida. Evocando ações de caráter intersetoriais e movimentos de desenvolvimento humano sustentável. A concepção da promoção a saúde relaciona a saúde as condições de vida, ressaltando a necessidade de uma vida saudável e a importância da participação coletiva e das habilidades individuais neste processo (CZERESNIA; FREITAS, 2014).

A carta de Ottawa define promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. E preconiza cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do modelo de atenção a saúde (BRASIL, 2001).

Sobre a qualidade de vida, constata-se que seu significado é muito complexo, subjetivo, abrangente e varia em função da época, das crenças e da pessoa, tendo a ver com a forma de como as pessoas vivem e sentem o seu cotidiano.

A qualidade de vida é um conceito de amplo alcance afetado de um modo complexo não só pela saúde física, como também pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais e fatores ambientais (WHOQOL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde, que conta com um grupo especializado no que diz respeito à qualidade de vida, definiu o conceito (de acordo com a sua multidimensionalidade), como a percepção do indivíduo, sobre a sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, em relação com os seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 2011).

Atualmente os conceitos mais aceitos de qualidade de vida buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. As referidas abordagens baseiam-se na premissa segundo a qual o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012).

Witter e Buriti (2011), definiu Qualidade de Vida como um construto, determinado por variáveis interligadas ao longo da vida, inclusive no envelhecimento. Entende que esse processo deve ser visto, não como uma finitude, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos e deve ser desfrutado com qualidade.

Bandeira (2015) destaca que um dos principais desafios atuais do Brasil, para melhorar a Qualidade de Vida dos idosos está relacionado a qualidade da Atenção Primária e a formação de profissionais da saúde, que tenham os conhecimentos fundamentais a respeito das peculiaridades do envelhecimento, como mudanças físicas, sociais, e psíquicas para que melhores condições de saúde e cuidados sejam ofertados a essa população.

Para Cordeiro et al. (2014), associado ao aumento da expectativa de vida, ocorre a necessidade de acrescentar qualidade aos anos adicionais da vida, entendendo que a manutenção de uma boa capacidade funcional e memória são fundamentais no processo de envelhecimento.

A avaliação da qualidade de vida dos idosos implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia, função cognitiva, status social, renda, continuidade de papeis familiares, ocupacionais, e continuidade de relações informais (PEREIRA, 2011).

Estudo desenvolvido por Lasheras et al. (2011), que buscaram analisar o impacto da escolaridade na Qualidade de Vida, mostraram forte associação entre baixos níveis educacionais e infelicidade, fracas relações sociais, baixa percepção do autocuidado e saúde e problemas sensoriais entre os idosos. A educação é um importante indicador associado a outro nível social e econômico, que têm impactos diretos na Qualidade de Vida de idosos.

Lobo et al. (2014), reforça a importância de promover um envelhecimento saudável procurando privilegiar a preservação da autonomia e a capacidade funcional do indivíduo para uma melhor qualidade de vida.

A presente pesquisa faz parte de um Projeto de Ações Integradas coordenado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte que envolve ações de ensino, extensão e pesquisa, em desenvolvimento no bairro de Igapó-do município de Natal/RN e no município de Santa Cruz, com uma parceria internacional que envolve a Universidade de Évora/ Portugal.

O projeto fomenta a integração ensino- serviço, a inclusão da temática da saúde do idoso nos cursos de graduação e pós graduação da área da saúde, o apoio e realização de

ações de extensão e pesquisas na busca de esclarecer questões que possam contribuir para o ensino, assistência e melhoria da qualidade de vida do idoso.

Considerando as ações de promoção da saúde desenvolvidas com um grupo de idosos no bairro de Igapó e a experiência da pesquisadora na Estratégia Saúde da Família e na condução do grupo desde a sua criação em 2007, a pesquisa foi norteada por duas grandes questões que instigaram a busca de respostas: Houveram mudanças na qualidade de vida dos idosos após a participação nas ações de promoção a saúde? As ações desenvolvidas podem ser consideradas potenciais impulsionadoras de mudanças nas práticas direcionadas a melhoria da qualidade de vida?

Neste sentido teve como objetivos: Analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos, em dois períodos distintos, tendo como base o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*); e analisar a visão dos idosos sobre as repercussões/efeitos das ações de promoção da saúde para a qualidade de vida

A presente dissertação está organizada em cinco capítulos sendo o primeiro esta introdução, que descreve as idéias centrais a que se reporta a pesquisa e seus objetivos. O segundo capítulo aborda referenciais teóricos sobre qualidade de vida e teoria da dádiva que ancoram a temática estudada. O terceiro capítulo descreve os caminhos metodológicos utilizados.

O quarto capítulo se refere aos resultados e discussões e está dividido em duas partes que trazem dois artigos científicos a serem publicados. O primeiro artigo analisa a qualidade de vida de um grupo de idosos utilizando o instrumento “Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida *Short Form-36* (SF-36)”. O segundo artigo analisa as visões dos idosos sobre qualidade de vida na Estratégia saúde da Família, fazendo um diálogo com a teoria da dádiva, como elemento analítico fundamental para compreensão, a partir de práticas incorporadas resultantes de ações de promoção e trocas de reciprocidades entre profissionais e o grupo de idosos.

Finalizando, no último capítulo, são feitas considerações apontando argumentos conclusivos.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

O presente estudo é direcionado a temática sobre a qualidade de vida de idosos a partir das ações de promoção a saúde de um grupo de convivência no qual ocorre interações sociais e trocas de reciprocidades. Neste capítulo aportes teóricos principais que fundamentam a pesquisa: qualidade de vida da pessoa idosa e a teoria da dádiva de Marcell Mauss trazida na análise dos dados do segundo artigo científico.

2.1 QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Qualidade de Vida (QV), para a OMS (1996), é conceituada como a percepção que o indivíduo tem de si no lugar em que vive, havendo relação com suas próprias metas, expectativas, preocupações e seus princípios. Tudo isso também associado a seu estado de saúde física, psicológica e espiritual, grau de independência, fatores pessoais, econômicos, sociais e ambientais. O *WHOQOL group* (1998) dividiu o construto QV em 06 domínios: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, ambiente e crenças pessoais. Ou seja, a qualidade de vida é um parâmetro subjetivo, bipolar e multidimensional.

Para Paschoal (2000), a definição de QV é abstrata, particular a cada indivíduo, comunidade, povo, existindo portanto, múltiplos conceitos para a mesma. O referido autor entende que não existe um consenso na literatura quanto ao significado de qualidade de vida e analisa algumas definições existentes, tais como: concretização de sonhos e realizações pessoais (felicidade); patrimônio econômico/material (desenvolvimento humano); estado de espírito e satisfação de vida e bem estar.

Ainda segundo Paschoal (2000), o estudo da qualidade de vida na população idosa também possui alta relevância por que o aumento da expectativa de vida é uma realidade. Além disso, a almejada longevidade é desafiadora uma vez que o processo natural do envelhecimento traz consigo as limitações físicas, a perda da independência, a discriminação, o luto, entre outras particularidades que influenciam negativamente na QV do idoso.

Portanto, a QV da pessoa idosa pode ser considerada um desafio, porque o processo natural do envelhecimento está muitas vezes associado à progressão de múltiplas limitações biopsicossociais, a discriminação e a exclusão social (BRASIL, 2006).

Miranda (2014) verificou em seu estudo que as doenças crônico-degenerativas e respiratórias são prevalentes na população idosa, sendo as principais causas de internação

hospitalar ou domiciliar, polifarmácia e limitações físicas, implicando em perda da autonomia e da independência, isolamento social e, conseqüentemente, queda da QV desta população.

A literatura tem evidenciado a predominância do sexo feminino na idade avançada. Santos e Cunha (2014) apontam que este dado é resultado da expectativa de vida ser desigual entre os gêneros uma vez que as mulheres possuem maior longevidade quando comparada aos homens. Contudo, Faller et al. (2010) assinala que justamente por terem uma sobrevida mais elevada, as mulheres ficam mais tempo expostas a patologias crônicas e/ou outras debilidades biológicas. Além disso, Soares et al. (2010) ressalta os sentimentos negativos frutos da viuvez podem gerar desmotivação para o autocuidado.

Dentre os fatores que afetam a qualidade de vida do idoso, pode-se destacar: o estado de saúde, o apoio familiar, a participação social, a prática de atividade física regular e a condição econômica (BITTAR; LIMA, 2011; BRAGA et al 2011; MOLITERNO et al 2012)

O estudo de Silva e Guitierrez (2013) apontou que o estado de saúde debilitado, sobretudo se tratando da presença de morbidades, foi grandemente citado como importante fator que exerce impacto negativo na QV na terceira idade. Ribeiro (2011) evidenciou que idosos livres de doenças crônicas tendem a avaliar melhor sua própria QV.

Lemos e Silva (2012, p. 147) afirmam que “o idoso vivencia muitas dificuldades, tangenciando as questões peculiares ao suporte social inadequado até o insuficiente atendimento à saúde”.

A pesquisa de Soares et al. (2010) ressaltou a doença como fator limitante a participação social dos idosos em atividades na comunidade, relacionando também o maior número de incapacidades funcionais quanto maior a faixa etária.

O estudo de Silva (2012, p.147) afirmou que “a burocracia da aposentadoria, as dificuldades financeiras, os problemas com o atendimento de saúde, morte de amigos e familiares e a discriminação social tornam a pessoa idosa cada vez mais susceptível ao estresse e à depressão”.

Abreu (2013, p. 85) relata que “... relações sociais animadoras contribuíram para o envelhecimento ativo e saudável, porque reduziram a solidão e o isolamento social” O estudo de Rocha (2010) apontou a realização de atividades em grupo proporcionam a socialização dos participantes e contribuem assim para melhora na percepção da QV. Porém, Tavares, Dias e Munari (2012) encontrou um resultado divergente em sua pesquisa, onde os idosos não participativos obtiveram melhores índices de QV.

Abreu (2013) discute a promoção da saúde como forma de garantir um envelhecimento saudável, podendo ser tão valorizada com as ações terapêuticas e de

reabilitação. Também ressaltou a importância do encontro dos idosos em um grupo de apoio, pois idoso por vezes fica isolado socialmente, gerando a depressão.

A interação social foi vista como importante fator na percepção da QV do idoso. Bittar e Lima (2011) apontam a importância da realização de atividades de promoção à saúde com idosos a fim de prevenir e controlar as morbidades e desenvolver de momentos de socialização.

O estudo de Camacho e Coelho (2010) traz que as doenças crônicas e degenerativas não transmissíveis são bastante prevalentes entre os idosos, além da maioria desta população apresentar tanto níveis socioeconômicos como educacionais baixos. Os referidos autores ressaltam ainda (2010, p. 283) que “autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos”.

Faller et al. (2010) relata que os idosos que vivem sozinhos apresentam menores índices de QV, havendo, portanto, a rede de apoio familiar grande impacto na avaliação. Entretanto, Serbim e Figueiredo (2011), também destacam que o apesar da presença de familiares reduzir o isolamento social dos idosos, o convívio pode gerar conflitos na família os quais terminam por afetar negativamente o estado psicológico e emocional do idoso. Silva e Guitierrez (2013) comentam que muitas vezes a estrutura familiar não se encontra preparada para assistir ao idoso, gerando o desgaste dos vínculos familiares.

Ribeiro (2011) destaca o desempenho nas Atividades da Vida Diária (AVD) e a prática de atividade física como fatores impactantes na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. O mesmo autor comenta a perda da autonomia como uma das consequências da incapacidade funcional e relaciona o tabagismo na terceira idade a depressão.

Borges et al (2014), em estudo, reforça que independente das condições sociais, a auto percepção da saúde dos idosos pode ser usada como ferramenta para melhorar suas condições de saúde e acesso aos serviços de saúde, contribuindo de maneira significativa para o bem estar e qualidade de vida dessa população.

Na compreensão de Shephard (2003), a prática de atividades físicas regulares, além de contribuir para a manutenção da capacidade funcional e influenciar na saúde mental dos idosos, reflete na qualidade de vida quando melhora a autoestima, reduz o risco de ansiedade e depressão e promove sensações de auto eficácia.

2.2 A TEORIA DA DÁDIVA NA EDUCAÇÃO E NA CONVIVÊNCIA

A teoria da dádiva foi apresentada pelo sociólogo francês Marcel Mauss em obra clássica intitulada *Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas* (1925), na qual a dádiva é descrita como um “fato social total”, presente nas relações humanas.

Para Mauss (2003) a teoria da dádiva se traduz a partir de três esferas de obrigações coletivas: o dar, o receber e o retribuir sempre presentes na lógica organizativa do social. E por assim ser, incorpora um sentido dialético integrando obrigação e liberdade, interesse e espontaneidade, demonstrando que as regras sociais são incertas e não podem ser condicionadas apenas as dimensões do mercado ou do Estado. Neste sentido não concebe a realidade social limitada a recortes empiristas ou materialistas, considerando a presença das dimensões afetivas e simbólicas na referida realidade.

Esta discussão traz argumentos pertinentes ao entendimento sobre a pessoa moral, a aliança, a reciprocidade, a solidariedade, a participação, e sobretudo sobre o valor da relação na constituição da sociedade.

Na sua crítica ao utilitarismo, Mauss (2003) evidencia que na organização da prática social há sempre a circulação de dois tipos de bens: um material, que representa o ato de doação de qualquer coisa; e outro simbólico, que representa o “espírito da coisa dada”. Toda coisa dada, qualquer que seja esta, é sempre acompanhada de uma intenção expressada através de um simbolismo.

Reforçando esta tese, Martins (2008) defende o caráter interdisciplinar e interacionista dos estudos sobre a dádiva, apresentando-o como um novo paradigma alternativo aos dois paradigmas modernos – do mercado e do Estado. Assim justifica que a dádiva revela uma visão antiutilitarista e crítica dos discursos que reduzem os motivos da ação social ao utilitarismo material e normativo, nos casos do mercado e dos sistemas estatais tecnocráticos

Desta forma a dádiva pode ser considerada a essência das relações de reciprocidade, definida por Sabourin (2008, p.2), como relações que acontecem quando:

[...] alguém recebe algo na forma de uma dádiva, ele tem tendência retribuir por sua vez. A dádiva do outro carrega com ela uma impulsão a dar por parte de quem recebe. Não se trata em nada de um constrangimento, ao contrário, por exemplo, do contrato, no qual as obrigações de cada um estão sendo definidas da maneira a mais detalhada possível e regidas pela lei. Não, trata-se de uma incitação, de um convite. Mas esse fenômeno é tão importante que pode se falar de uma força social elementar.

Por conseguinte, a teoria da reciprocidade é discutida a partir de elementos teóricos lógicos que ajudam a compreender as relações de reciprocidade. Nas relações recíprocas, se tem a certeza de que o outro conhece, valoriza e participa do circuito (recíproco) da dádiva, é possível doar livremente, seja por princípio ou para a circulação de boas práticas, logo, a dádiva é a expressão de um sentimento nascido na reciprocidade (SABOURIN, 2012).

No intercâmbio da dádiva, o ato prevalece sobre a coisa, enquanto que a troca (mercantil) corresponde a uma permuta de objetos, e é motivada pelo interesse que se dá às coisas. Algumas vezes a troca material é dita recíproca porque satisfaz o interesse de ambos os parceiros. Neste caso ocorre uma relação de inversão do dom, pois contempla interesses próprios (egoístas) não relacionados ao outro. A reciprocidade simétrica é ambivalente, contraditória, paradoxal, interessada e desinteressada, não se sabe ao certo, de antemão, o que prevalece ou o que prevalecerá, se amizade ou inimizade, se partilha ou contrato (SABOURIN, 2008).

Este autor, ainda enfatiza que a troca é, às vezes, chamada de recíproca porque, de fato, satisfaz o interesse de cada parceiro. Nesse caso, em que difere da reciprocidade? Precisamente porque a reciprocidade implica na preocupação pelo outro em estabelecer o vínculo, em produzir valores afetivos ou éticos como a paz, a confiança, a amizade, compreensão e reconhecimento mútuo.

Para os pensadores maussianos, a dádiva se aproxima da dinâmica da vida, uma vez que impulsiona os sujeitos para uma experiência voltada à solidariedade e ao vínculo inter-humano. Cada dádiva é, segundo Godbout (1998, p. 9), “um salto misterioso para fora do determinismo”, contribuindo para que a sociedade seja experienciada enquanto comunidade.

Podemos constatar que no contexto atual, existe vários pesquisadores que consideram a dádiva uma teoria que esclarece as ações e interações humanas

A troca e a dádiva são dois dos vínculos sociais mais básicos, pois criam alianças e comprometimento mútuo e estabelecem uma relação social que é basicamente um sistema de comunicação entre dois indivíduos, dois grupos. Todo sistema é essencialmente simbólico, pois as trocas só acontecem e se mantêm graças ao que elas representam socialmente em termos de valores sociais, como prestígio, honra, união, poder, alianças e outros. A troca, por si só, é rica em significados simbólicos, criados e recriados constantemente. A partir disso, pode-se estabelecer uma relação entre a Teoria da Dádiva e a reciprocidade na prática do cuidado e na prática educativa (FLORES et al., 2011).

Sendo assim educar é um ato de dádiva, e segundo Freitas (2006, p. 14), “como bem simbólico, a educação carrega algo do doador, o seu espírito”; dessa ótica, é este espírito que

permite estabelecer os vínculos de reciprocidade entre os sujeitos envolvidos na ação educativa. Para este autor a teoria da dádiva, sinaliza a necessidade de se dinamizar processos educativos respaldados pela associação sinérgica dos princípios da liberdade, da igualdade e da solidariedade admitindo que “a formação não se esgota em uma dinâmica procedimental e discursiva” (FREITAS, 2005).

Mais do que desenvolver uma antropologia da educação no sentido estrito do termo, Mauss apresenta uma concepção de educação que parece significativamente atual. Sem restringi-la ao espaço da escola, a educação para Mauss constitui um fenômeno concreto que deve ser visto a luz das experiências cotidianas, históricas, corporais e emocionais. A educação não constitui um fenômeno a parte na vida das pessoas, ao contrário, ela acontece nos domínios da vida individual e coletiva. Educar é dar, receber e retribuir conhecimentos, gentilezas, emoções etc. Educar é uma dádiva porque partilhamos com o outro o sentido da vida, da história, da cultura (ROCHA, 2011).

A convivência do grupo de idosos foi permeada por ações que fizeram circular a dádiva no seu sentido educativo.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Atenção à saúde do idoso na ESF no Brasil e Portugal: proposta de avaliação e intervenção multidimensional”, submetido na chamada universal – MCTI/CNPq Nº 14/2014, que se compõe de várias pesquisas nas suas diversas etapas.

Tratou-se de um estudo descritivo, sendo também considerado longitudinal. Foi desenvolvido em duas etapas incorporando na primeira etapa uma abordagem quantitativa com caráter temporal, mensurando a partir de determinados parâmetros a qualidade de vida, e na segunda etapa uma abordagem qualitativa trazendo as visões dos idosos sobre qualidade de vida e mudanças ocorridas após participação em grupo de convivência.

A abordagem quantitativa, caracteriza-se pelo emprego da quantificação no tratamento dos dados através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Se aplica a vários tipos de estudo que procuram descobrir e classificar variáveis e suas relações; (RICHARDSON et al, 2012). Os principais tipos de pesquisa quantitativa são a descritiva, survey (levantamento), a correlacional, a causal-comparativa e a experimental (VERGARA, 2005).

E a abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013). Por sua vez, Minayo (2013) ressalta que os dois métodos não são incompatíveis e podem ser integrados em um mesmo estudo.

CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu na cidade de Natal RN, no bairro de Igapó, situado na zona norte, que tem uma população segundo dados do IBGE, em torno de 29.108 mil habitantes. O referido bairro, até os anos sessenta, era exclusivamente rural, assim como toda a zona norte, onde está localizado; e concentrava a população às margens da ferrovia. Nele fica localizada a ponte de Igapó que na verdade chama-se ponte do Potengi Presidente Costa e Silva. Sua finalidade é ligar a Zona Norte de Natal ao restante da cidade, passando pelo rio Potengi que corta a cidade de Natal. Com uma densidade demográfica de 133,92 (hab/ha), tem uma média

de 3,4 moradores por domicílio. Conforme o Censo 2010 a população é composta por 13.668 homens e 15.151 mulheres, distribuídos na faixa etária que predomina 23,5% de 0 a 14 anos, 70,9% de 15 a 64 anos, e 5,6% acima de 65 anos (IBGE, 2010).

O bairro Igapó era a antiga povoação de Aldeia Velha, sede da taba dos índios Potiguaras. Seu nome significa sítio abandonado, pântano, banhado, alagado. Até a década de 80, Igapó era um distrito de Natal, tendo pertencido ao Município de São Gonçalo até 1938. Como bairro, teve seus limites definidos pela Lei nº. 4.328, de 05 de abril de 1993, oficializada quando da sua publicação no Diário Oficial do Estado em 07 de setembro de 1994 (NATAL, 2009).

No que se refere à Educação, o bairro tem duas escolas estaduais, três municipais, quatro particulares e dois centros municipais de ensino infantil. Outros equipamentos sociais que se destacam são: um Clube de Mães, um Grupo de Idosos e também uma escola de música para crianças e jovens coordenada pelo Serviço Social da Indústria (SESI).

Sobre a rede de serviços de saúde, o bairro de Igapó pertence ao Distrito Sanitário Norte II, com uma Unidade Básica de Saúde e uma Unidade Saúde da Família (USF).

Entre as características inovadoras da ESF, incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços da Atenção Básica, centrando-os na família e na comunidade, integrando assistência com promoção da saúde, e as ações preventivas (PAIM et al., 2011).

A assistência ao idoso na ESF, além de procedimentos de enfoque biológico, deve se referir, também, em uma análise de subjetividade do idoso, incluindo aspectos biológicos e sociais (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Segundo Araújo et al. (2012), estudando o processo de envelhecimento nos bairros de Natal, está em curso um rápido envelhecimento na cidade, fato que se assemelha ao processo ocorrido no âmbito nacional, regional e estadual. O estudo revelou que Igapó está entre os bairros que apresentam menores crescimentos da população idosa.

Iniciamos as atividades na ESF de Igapó no ano de 2004, mapeando a territorialização da área, com três equipes constituídas por: três médicos, três dentistas, três enfermeiros, três Auxiliares de Saúde Bucal, seis Técnicos de Enfermagem e dezoito Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes organizam o processo de trabalho dividindo suas responsabilidades seguindo as normas do Ministério da Saúde, envolvendo as áreas programáticas, entre elas o atendimento a portadores de patologias como Hipertensão, Diabetes e tuberculose; o atendimento a crianças no Crescimento e Desenvolvimento de forma individual e coletiva; pré natal; atendimento ao idoso, visitas domiciliares (usuários acamados, com dificuldades de

locomoção, puérperas, portadores de necessidades especiais, pós cirúrgicos, saúde bucal no domicílio); a realização de testes rápidos pra HIV e Sífilis, exame Papanicolau com busca ativa para mulheres em idade fértil, marcação de exames laboratoriais, referência para especialidades médicas.

Ainda são desenvolvidas ações educativas em sala de espera, abordando temas que envolvem a Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Dengue, DST e Higiene dos Alimentos entre outros. Atualmente está em fase de implantação as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) com Aromaterapia e Shantalla.

A USF trabalha também com um Conselho Gestor atendendo demandas da comunidade utilizando a caixa de sugestão como instrumento para os usuários expressarem suas opiniões.

Contribuindo com a formação de profissionais da saúde, a USF recebe alunos para estágio dos cursos de graduação e técnico de enfermagem da UFRN e de outras escolas publicas e privadas da cidade.

Em relação as atividades na comunidade foram organizados os atendimentos ao Programa Saúde na Escola (PSE) onde são realizados ações educativas, saúde bucal, teste de Sneller (acuidade visual), medidas antropométricas e atualização vacinal de crianças e adolescentes, e também atendimento no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), realizando atividades de prevenção e promoção a saúde na primeira infância.

Na perspectiva de realizar ações de promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças, surgiu a necessidade de trabalhar com determinados grupos da população adscrita, quando foram criados grupos de gestante, adolescentes e o grupo de idosos, objeto da presente pesquisa.

No decorrer dos anos foram desenvolvidas ações multidisciplinares no campo do lazer, da cultura e da educação com diversas parcerias institucionais envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência social (SEMTAS).

SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa se constituíram de idosos que participam de um grupo de convivência nominado Francisco André. O grupo é constituído de 28 idosos sendo a maioria do sexo feminino (22) e somente 06 do sexo masculino. Este fato evidencia uma presença maior da mulher nos serviços desenvolvidos pela Unidade de Saúde da Família do bairro de

Igapó. A faixa etária compreende idosos de 60 à 85 anos. Alguns idosos do grupo sabem ler e escrever, porém, a maioria só sabe assinar seu próprio nome e convivem com familiares. Em relação a situação sócio-econômica na sua maioria, são aposentados e pensionistas, alguns sendo responsáveis pelo sustento da família.

Todos os participantes possuem a carteira nacional de idoso fornecida pelo Ministério da Saúde que contém dados pessoais e informações relativas à sua condição de saúde, que são quinzenalmente atualizadas na ocasião das reuniões.

Atualmente são realizados encontros quinzenais, nas dependências do salão paroquial da igreja católica do bairro, que cede o espaço físico, em decorrência de não existir estrutura física adequada na unidade de saúde

Para participação na pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado no grupo Francisco André; residir na área de abrangência da USF; ser integrante do grupo de idosos há no mínimo quatro anos, com assiduidade nas atividades programadas. Os critérios de exclusão compreendiam: não residir na área de abrangência; ser integrante do grupo há menos de quatro anos; não participar ou possuir baixa assiduidade nas atividades programadas.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: Aplicação de questionários e realização de grupo focal. Foram dois questionários. O “Questionário de dados sócio demográficos”, direcionado ao levantamento do perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. A “Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida *Short Form-36 (SF-36)*” (anexo 1)

O SF 36 trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil aplicação e entendimento. Divide-se em duas partes: a primeira para avaliar o estado de saúde, e a segunda para avaliar o impacto da doença na vida diária do paciente. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: aspecto funcional, aspecto físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental e duas dimensões saúde física e mental.

Apresenta um escore final de 0 (zero) á 100 (obtido por meio de cálculo do *RawScale*), onde o *zero* corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais de população brasileira, bem como a sua validade, confirmam ser

um instrumento que pode ser utilizado para avaliação de diversas patologias ou grupos populacionais (CICONELLI, 1997).

A coleta de dados ocorreu em dois períodos, em novembro de 2014 e novembro de 2015.

Para a tabulação e análise dos dados, foram utilizados os programas *MicrosoftExcel 2013* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0*. Para a tabulação dos dados sociodemográficos, foi organizada a tabela, apresentando frequência e percentagem referente ao *n* (amostra) total. Da mesma forma para cada variável. Ao analisar a QV, observaram-se os valores máximos, mínimos, além das médias e seus Desvios Padrão (DP), para as duas coletas. Por se tratarem de duas amostras independentes e variáveis escalares, adotou-se o *Teste Wilcoxon* para verificar a significância entre as diferenças dos dados. Para tanto, foi estabelecido um *p*-valor $<0,005$ como critério de significância estatística.

Cumprindo a segunda etapa da pesquisa foi realizado o grupo focal.

Para Minayo (2013) o grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos tendo como principal valor a capacidade humana de formar opiniões e atitudes com outros indivíduos, contrastando com aplicação de questionários fechados. Sendo portanto esta a finalidade de ser utilizado nesta pesquisa, para aprofundar e complementar a primeira etapa.

Kitzinger (2005) reforça que no grupo focal, em vez do pesquisador pedir a cada pessoa para responder uma pergunta, as pessoas são estimuladas a falar uma com as outras, a trocar histórias, a comentar sobre as experiências e os pontos de vistas.

Estabelecendo uma relação respeitosa, com contato visual iluminado, linguagem clara de fácil compreensão, evitando a adoção de termos técnicos, em ambiente tranquilo e acolhedor procuramos acomodá-los em círculo, entregamos os termos de consentimento para gravação e filmagem, explicamos as normas do instrumento como: tempo, condução da fala de cada um, saber ouvir, respeitar a opinião do outro. Iniciamos a atividade as 14 horas com término as 15:30, com roteiro guia perguntas sobre o tema central da discussão: Qualidade de Vida (ANEXO A).

As discussões foram conduzidas por um moderador seguindo um roteiro orientador, com a presença também de um observador que fez registros complementares. A discussão que ocorreu no tempo de 90 minutos, foi gravada, e posteriormente transcrita para análise.

A análise foi baseada no método de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2013), que permite descobrir os núcleos de

sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência, tenha significado para o objeto da pesquisa

Para interpretação e discussão foram trazidos alguns aportes teóricos para dialogar com os achados empíricos.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa HUOL/UFRN (Parecer n. 562.318 e CAAE: 21996313.7.0000.5537).

Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e as formas da coleta dos dados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização para gravação de voz os que foram incluídos no grupo focal.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro intitulado Qualidade de Vida de Idosos da Estratégia Saúde da Família será enviado para revista "International Archives of Medicine", por esta razão suas referências estão nas normas estilo Vancouver. O segundo tem como título: Visões de Idosos sobre Qualidade de Vida na Estratégia de Saúde da Família: um estudo à luz da Teoria da Dádiva, que ainda será definida a revista a ser encaminhado para publicação

ARTIGO 1 - QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família do bairro de Igapó, no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Métodos:** estudo longitudinal, com abordagem quantitativa. O processo de coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: “Questionário sobre os dados sócio-demográficos” e a “Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida *Short Form-36* (SF-36)”. **Resultados:** Verificou-se que a maioria são mulheres, com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade; houve predominância de idosos sem companheiro que não desempenham atividades laborais. Identificaram-se maiores pontuações referentes aos domínios emocionais, físicos e mentais. Observou-se na primeira coleta menores pontuações no tocante ao estado geral de saúde e dor. **Conclusão:** Esse estudo mostrou maiores escores nos aspectos físicos, funcionais e mentais, onde está diretamente relacionado a autonomia dos idosos refletindo desse modo um envelhecimento ativo favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of a group of senior citizens registered in the Family Health Strategy of the neighborhood of Igapó, located in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Methods:** This is a longitudinal study, with a quantitative approach. The data collection process occurred in two different times. The instruments used to collect data were: “Questionnaire about sociodemographic data” and the Brazilian Version of “Short Form-36 (SF-36) Quality of Life Questionnaire”. **Results:** We found that most are women, with low purchasing power and low schooling; there was a predominance of elderly people without a partner and that do not perform work activities. We identified higher scores pertaining to

emotional, physical and mental health, and mental health dimension domains. In the first collection, we observed lower scores in what concerns the general health status and pain. **Conclusion:** This study showed higher scores in the physical, functional and mental domains, which is directly related to the autonomy of elderly people, thus reflecting an active aging that fosters a better quality of life.

Keywords: Elderly. Quality of Life. Health of the Elderly.

Introdução

No Brasil nas últimas décadas, há um processo de transição demográfica, onde se encaminha para um envelhecimento populacional acelerado [1]. A população idosa nesse cenário já atingiu em 2010, valores maiores do que 20 milhões de pessoas, representando 10,8% da população total brasileira, com predomínio do sexo feminino [2].

Apesar do fenômeno do envelhecimento populacional estar presente em um contexto mundial, o crescimento de idosos em determinados continentes, países ou regiões manifestam-se de maneiras diferentes. Esse fato associa-se às diferentes características sociais, culturais e políticas de cada território [3].

O envelhecimento carrega em si uma gama de alterações fisiológicas que impõem ao indivíduo um aumento gradual de limitações físicas e funcionais, além da elevada incidência de doenças crônicas observadas nos idosos [4]. Esse fato expõe esses indivíduos a um risco maior de quedas e dependência, estando sujeito a diversas doenças e agravos decorrentes desse processo [5].

Diante de tantas morbidades e agravos presentes no envelhecimento, a qualidade de vida (QV) vem ganhando destaque nos estudos realizados nos últimos anos, sendo associada diretamente ao estado de saúde do indivíduo [6]. Como medida para contornar e reduzir as morbidades e agravos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca em discussão o paradigma do envelhecimento ativo, como proposta de intervenção no âmbito das políticas públicas. Esse conceito define-se por um processo que visa otimizar as oportunidades para a saúde, com a finalidade de melhorar a QV durante o envelhecimento [7].

Na perspectiva do envelhecimento ativo, considera-se a importância da manutenção do estado físico e mental do idoso. Prevenindo, sobremaneira, as doenças cardiovasculares, a atrofia neuromuscular, além de melhorar a função cognitiva e, por fim, a QV do indivíduo [8].

Desse modo, este estudo tem como objetivo averiguar a QV dos idosos pesquisados dentro de um recorte temporal.

Esse artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e tem como objetivo analisar a QV e de idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro de Igapó, no município de Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado com onze idosos adscritos à ESF do bairro de Igapó, pertencente ao município de Natal, em dois momentos, em novembro de 2014 e novembro de 2015.

A rede de serviços de saúde do bairro de Igapó pertence ao Distrito Sanitário Norte II, com uma Unidade Básica de Saúde e uma Unidade Saúde da Família (USF).

Existe um grupo de convivência de idosos, vinculado a USF, no qual são desenvolvidas atividades de promoção à saúde do idoso.

Os idosos integram o grupo de convivência, nominado Francisco André, que foi um dos primeiros integrantes do grupo e na ocasião assumia a função de presidente da Associação Comercial do bairro. O grupo é constituído de vinte e oito idosos, sendo vinte e dois do sexo feminino e somente seis do sexo masculino. Este fato evidencia uma presença maior da mulher nos serviços desenvolvidos pela USF. A faixa etária compreende idosos de 60 à 85 anos

Os critérios para inclusão no estudo foram: estar cadastrado no grupo Francisco André; residir na área de abrangência da USF; ser integrante do grupo de idosos há no mínimo quatro anos, com assiduidade nas atividades programadas. Os critérios de exclusão compreendiam: não residir na área de abrangência; ser integrante do grupo há menos de 4 anos; não participar ou possuir baixa assiduidade nas atividades programadas. Foram analisadas as fichas cadastrais dos idosos que registra a data do início da participação, como também as folhas de frequências das reuniões e atividades desenvolvidas. Após estas análises foram selecionados onze idosos para participar da pesquisa.

O processo de coleta de dados ocorreu em dois momentos, de forma a analisar os resultados encontrados em cada um deles. A primeira coleta, ocorreu em novembro de 2014, com a coleta subsequente em novembro do ano seguinte (2015).

Os dados foram coletados através da aplicação de dois questionários. O “Questionário de dados sociodemográficos”, direcionado ao levantamento do perfil sociodemográfico dos

participantes do estudo, destacando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, renda escolaridade e situação atual de trabalho.

A “Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida *Short Form-36 (SF-36)*”, direcionado a mensuração da qualidade de vida através de escalas numéricas associadas à resposta descrita, um nível de melhora ou piora de nove domínios da QV, utilizando um recorte temporal das quatro semanas anteriores. Pode ser considerado um instrumento genérico de fácil aplicação e entendimento. O mesmo, se divide em duas partes: a primeira para avaliar o estado de saúde, e a segunda para avaliar o impacto da doença na vida diária. O instrumento contém 36 itens, divididos em 8 escalas ou domínios, que são: aspecto funcional, aspecto físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental e duas dimensões saúde física e mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do *RawScale*), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.

Para a tabulação e análise dos dados, foram utilizados os programas *MicrosoftExcel 2013* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0*. Para a tabulação dos dados sociodemográficos, foi organizada a tabela, apresentando frequência e percentagem referente ao *n* (amostra) total. Da mesma forma para cada variável. Ao analisar a QV, observaram-se os valores máximos, mínimos, além das médias e seus Desvios Padrão (DP), para as duas coletas. Por se tratarem de duas amostras relacionadas e variáveis escalares, adotou-se o *Teste Wilcoxon* para verificar a significância entre as diferenças dos dados. Para tanto, foi estabelecido um *p*-valor $<0,005$ como critério de significância estatística.

No que concerne aos aspectos éticos, todos os participantes foram devidamente esclarecidos anteriormente às aplicações dos questionários, quanto aos objetivos da pesquisa e demais detalhes. De maneira a concordar com a participação na pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo ele assinado pelo pesquisador e pelo participante em duas vias, que destinaram-se a cada uma das partes.

Esta pesquisa teve prévia aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (Natal/Brasil), sob o Certificado de Apreciação Ética de (CAAE) de nº 21996313.7.0000.5537. Estando de acordo com a normatização da Resolução 196/96 e pela atual Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos aspectos éticos observados quanto à realização da pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos onze idosos participantes deste estudo, verificou-se, conforme a tabela 1 que em sua maioria são mulheres, com baixo poder aquisitivo; além disso, houve predominância de idosos sem companheiro, com baixa escolaridade e sem desempenhar atividades laborais remuneradas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de idosos inseridos na Atenção Primária a Saúde em 2015. Brasil, Natal/RN, 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Feminino	10	91,0
Masculino	1	9,0
Faixa Etária		
64-71	8	72,7
72-80	3	27,3
Estado Civil		
Solteiro/Viuvo/Separado	7	63,6
Casado/União estável	4	36,4
Renda		
1 a 3 SM	11	100,0
Escolaridade		
0 a 5 anos	10	90,9
6 a 11 anos	1	9,1
Situação Atual de Trabalho		
Não desempenha atividade laboral remunerada	8	72,7
Desempenha atividade laboral remunerada	3	27,3

Fonte: Questionário da pesquisa

Com relação à avaliação da QV dos idosos participantes, verificou-se na primeira coleta, predomínio das médias referentes aos domínios aspectos físicos, emocionais e aspecto funcional, além de melhor QV relacionada a dimensão saúde mental. Em contrapartida, houve pior QV relacionado ao domínio estado geral de saúde, seguido de dor.

Quanto à segunda coleta, identificaram-se maiores pontuações referentes aos domínios emocionais, físicos e saúde mental e dimensão saúde mental. Assim como o primeiro momento, houve pior QV no tocante ao estado geral de saúde e dor. Referente às mensurações especificadas, não foi observada diferença estatística significativa. Soma-se a isto o domínio relatado de saúde, que diferentemente dos demais domínios e dimensões, apresenta variação

de 0 a 5, nesse sentido, identificou-se pontuações semelhantes no primeiro e segundo momento.

Por último percebe-se que todos os domínios e dimensões da QV obtiveram maiores escores na segunda coleta, isso pode está associado à participação no grupo de idosos nas atividades realizadas.

Quadro 1. Qualidade de vida dos idosos integrantes do grupo de convivência Francisco André da ESF do bairro de Igapó. Brasil, Natal/RN, 2016.

SF-36	1º COLETA		2º COLETA		p-valor
	min-max	média (DP)	min-max	média (DP)	Teste Wilcoxon
Domínios					
Aspectos emocionais	0-100	60,6 (38,9)	0-100	81,8 (40,4)	0,227
Aspecto físico	0-100	61,3 (35,9)	0-100	72,7 (34,3)	0,368
Saúde mental	32-80	57,4 (13,5)	32-96	70,9 (20,7)	0,066
Função social	25-75	51,1 (11,8)	25-100	69,4 (28,6)	0,107
Aspecto funcional	10-100	59,0 (26,6)	35-100	67,7 (26,5)	0,150
Vitalidade	40-85	51,8 (13,8)	30-100	61,8 (17,9)	0,184
Dor	0-60	36,3 (18,5)	10-100	49,6 (24,7)	0,282
Estado geral de saúde	15-50	32,7 (9,5)	25-77	49,5 (16,1)	0,007
Dimensões					
Saúde mental	32-80	57,4 (13,5)	35-95	66,8 (18,4)	0,021
Saúde física	34-61	47,3 (8,5)	43-85	60,3 (13,4)	0,010
Escore Total	40-63	50,8 (7,9)	37-90	65,4 (16,0)	0,010

Fonte: Própria pesquisa.

Discussão

Observa-se que o resultado apresentado nessa pesquisa, destaca o maior percentual em idosos do sexo feminino, o que pode ter relação com a maior longevidade em relação aos homens [9]. Justificada por uma maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres[10].

A faixa etária predominante foi entre 64 á 71 anos. Vale salientar que a cada 10 anos vividos, a redução funcional se acentua. Acima de 80 anos estudos demonstram que existe 25 vezes mais chances de declínio da capacidade funcional, relacionado aos idosos com menos anos de vida. Outros estudos relatam que comparada aos jovens, às pessoas acima de 80 anos tem sua saúde muito limitada [9-12].

Esta pesquisa identificou a predominância em idosos com estado civil solteiro, viúvo ou separado, diferente da situação conjugal de outras pesquisas em que mostraram que a maioria eram casados. [11-13].

A grande maioria desses idosos pesquisados, apresentou menos de cinco anos de escolaridade, assemelhando-se a estudos anteriores realizados com idosos da zona rural de Minas Gerais [11]. Alguns estudos mostram que um maior nível de alfabetização é um indicador social que traz maiores chances de sucesso profissional ao indivíduo, possibilitando ao idoso uma possível vida com hábitos saudáveis [12-15]. Dessa forma, o baixo nível de escolaridade dos idosos apresentado nesta pesquisa, impõe a necessidade de programar ações educativas adequadas ao perfil demandado.

Um estudo realizado em Uberaba-MG, afirma que é fundamental para um envelhecimento ativo e saudável, o idoso praticar atividades e assim, inseri-lo na sociedade [15]. Observou-se nesse estudo, que a maioria dos idosos apesar de não desenvolverem atividades laborais, desenvolvem outros tipos de atividades na sua vida diária.

Observa-se que a QV está diretamente ligada a independência e autonomia do idoso [16], características essas que estão relacionadas principalmente com aos aspectos físicos, funcionais e mentais, no qual esse estudo mostrou melhores pontuações.

Visto esta relação, tornam-se necessárias ações que visem a promoção do bem estar físico e emocional desse grupo, através de incentivo para realização das atividades de vida diária, além de mudanças no estilo de vida e participação em grupos de convívio social [17]. Verifica-se que os idosos que participam de grupos sociais envelhecem de forma ativa e com acompanhamento, tendendo a apresentar uma melhor QV. Contudo a população de baixa renda tem maior dificuldade de inserção na participação social [18].

Ressalta-se que os sujeitos dessa pesquisa participam ativamente de um grupo de idosos ligados a ESF, o que pode ser indicativo de uma melhora da pontuação quando se é comparado a primeira e segunda coleta.

Um estudo realizado com idosos [17] constatou que idosos solteiros ou viúvos e com baixa escolaridade tem QV pior que os demais. Esses dados podem ter influenciado para o

escore total dessa pesquisa não apresentar-se mais alto, embora apresentem tendência para uma boa QV.

Um dos domínios com menor escore foi a dor, que pode estar relacionada com fatores ligados ao declínio da saúde. Por isso é essencial a prevenção e tratamento das dores [19].

Diante do exposto, nota-se a importância da ESF na QV de idosos visto que esse serviço faz o acompanhamento, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo ainda responsável pela continuidade do cuidado através da referência e contra-referência. A equipe da ESF tem papel fundamental nesse serviço, pois estabelece uma relação de confiança com os idosos, que contribui para o desenvolvimento de estratégias que direcionam para melhorar a QV [17].

Conclusão

Esse estudo mostrou que todos os escores foram melhorados, sendo significativo o Estado Geral de Saúde e as Dimensões Saúde Física e Mental, refletindo desse modo em um envelhecimento ativo e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Percebe-se que os idosos pesquisados, na ESF de Igapó obteve como melhores escores nesses domínios pois participam de um grupo de idosos, do qual possibilita momentos de entretenimento, interação e estímulo físico entre os idosos.

Identificou-se também que o grupo tem características de homogeneidade, considerando que algumas condições específicas incidem sobre a qualidade de vida e influenciam no processo de envelhecimento. O entendimento desse estágio da vida tem importância relevante, não só pelas mudanças ocorridas, mas também por conhecer e desenvolver estratégias que minimizem os efeitos do envelhecimento de forma a garantir a vivência desse ciclo da vida de uma forma autônoma e qualitativamente positiva.

Esse estudo foi de grande relevância para subsidiar conhecimento e dar suporte a ESF, tendo em vista que esse serviço visa promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo ainda responsável pela continuidade do cuidado e sucessivamente a progressão da qualidade de vida destes idosos, objetivando a sua inclusão social, reformulando assim o estigma da velhice.

Espera-se que os resultados obtidos com a pesquisa possibilitem ampliar o conhecimento na área, oferecendo subsídios para a organização de um trabalho integrado, com vistas a melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*. 2012; 27 (1): 165-180.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: [s.n]; 2011.
3. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional para o sistema de saúde sob a ótica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2011;32(3):313-321.
4. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1): 55-63.
5. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17(5):1159-1165.
6. Vieira KFL et al. Representações sociais da qualidade de vida na velhice. psicologia: ciência e profissão. 2012; 32(3): 540-551.
7. Bárrios MJ, Fernandes AA. A promoção do envelhecimento ativo a nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014; 32(2): 188-196.
8. Tavares BB et al. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014; 36(3):134-139.
9. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. latinoam. enferm*. 2011;19(5):1-9.
10. Mazo GZ et al. Nível de Atividade Física de Idosos Longevos Participantes de Grupos de Convivência. *BEPA, Bol. epidemiol. paul*. 2012; 9(106): 04-14.
11. Tavares DMS et al. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. *Rev. latinoam. enferm*. 2013;21(2):1-8.
12. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev. gaúch. enferm*. 2013;4(1):55-63.
13. Vieira CP Brito et al. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. *Rev. RENE*; 15(4): 650-658, jul.-ago. 2014.
14. Rocha SV et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do nordeste do Brasil. *Rev. salud pública*. 2012; 14 (4): 620-629.

15. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(1):29-35.
16. Leite MT et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(3): 481-492.
17. Lobo AJS, Santos L, Gomes S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Rev. bras. enferm.* 2014;67(6):913-9.
18. Lenardt MH et al. Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. *Acta paul. enferm.* 2014;27(5):399-404.
19. Lenardt MH, Carneiro NHK, Albino J, Willig MH. Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. *Acta paul. enferm.* 2014;27(5):399-404.

ARTIGO 2 - VISÕES DOS IDOSOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DA DÁDIVA

RESUMO

Objetivo: Analisar as visões dos idosos do Grupo de Convivência Francisco André sobre qualidade de vida à luz dos aportes sociológicos da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, com onze idosos de um grupo de convivência, vinculado a Estratégia Saúde da Família, do bairro de Igapó no município de Natal- RN. Os dados foram coletados através de grupo focal, analisados com base no método de análise temática de conteúdo. **Resultados:** Na visão dos idosos o significado de qualidade de vida, foi vocalizado expressando um sentido polissêmico relacionado a múltiplos aspectos, destacando-se o estado de saúde e a reciprocidade discutida no sistema da dádiva. Os depoimentos confirmaram que as vivências no grupo, contribuíram para melhoria na qualidade de vida nos vários aspectos relacionados a capacidade física e funcional, assim como nos aspectos emocionais e sociais relacionados a criação de vínculos e melhoria da autoestima. Sinalizaram também repercussões positivas no estado geral de saúde. **Conclusão:** A visão dos idosos refletiram sentimentos de gratidão, o reconhecimento sobre a importância das trocas e reciprocidades no grupo, o aprendizado nas ações educativas e os reflexos projetados na vida de cada um, evidenciando uma melhor qualidade de vida e dádivas circulantes.

Palavras Chaves: Saúde do idoso. Qualidade de vida. Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To analyze the views of elderly people belonging to the Francisco André Coexistence Group about quality of life in the light of the sociological contributions of the Marcel Mauss' Theory of Gift. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, with eleven senior citizens of a support group, attached to the Family Health Strategy, of the neighborhood of Igapó, located in Natal-RN. Data were collected by means of focus groups, and then analyzed based on the thematic analysis content method. **Results:** In the view of elderly people, the meaning of quality of life was vocalized expressing a polysemic sense related to multiple aspects, highlighting the health status and the reciprocity discussed in the system of gift. The statements confirmed that the experiences in the group have contributed to improving the quality of life in the several aspects related to the physical and functional capacity, as well as in the emotional and social aspects related to the creation of bonds and improvement of self-esteem. Furthermore, they signaled positive repercussions on the general health status. **Conclusions:** The feelings of thankfulness expressed by the group, as well as recognition of the importance of trade and reciprocity in the group, the learning in educational activities and the reflexes projected in the life of each of them; indicated current changes and gifts.

Keywords: Health of the Elderly. Quality of Life. Family Health.

Introdução

A longevidade humana é um fenômeno mundial que tem aumentado na grande maioria dos países o número de pessoas idosas em todas as classes sociais. Dados recentes mundiais informam que existem 810 milhões de pessoas com 60 anos, o que representa 11,5% da população global, e a expectativa é de que esse número alcance um bilhão em menos de 10 anos, duplicando em 2050. A projeção para 2050 é de que existam 64 países nos quais a população idosa poderá chegar a 30% da população total (BOLDSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

No Brasil, evidencia-se de forma marcante o envelhecimento da população no contexto atual. O Censo Demográfico do IBGE 2010 confirmou este fato, sendo evidenciado um aumento bastante significativo desse segmento populacional: em 2010 a representação passou para 10,8% da população, o que correspondia a 20,6 milhões de pessoas. Em meio século (1960-2010), a esperança de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos. Existe uma previsão de que, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas tenham 60 anos ou mais de idade na pirâmide populacional brasileira (BOLDSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

No envelhecimento ocorre um conjunto de mudanças de ordens morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que ocasionam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que vive (CORDEIRO et al., 2014). Por outro lado, o envelhecimento é considerado, um fenômeno natural e processual, como parte da vida, relacionando-se com o contexto histórico do sujeito que envelhece e da sociedade no qual está inserido (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

Vive-se mais tempo no mundo contemporâneo, entretanto é fundamental a indagação: com que qualidade de vida? A longevidade só tem sentido ao lado de uma vida saudável. Sendo assim, surge a preocupação com a temática sobre “a qualidade de vida dos idosos”. A expressão “qualidade de vida” atualmente tem sido muito debatida, entretanto, o seu significado é muito complexo, subjetivo, abrangente e varia em função da época, das crenças e da pessoa, tendo a ver com a forma de como as pessoas vivem e sentem o seu cotidiano.

Considerando essa complexidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta um conceito subjetivo e multidimensional para qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se, portanto, de uma concepção ampla que incorpora a saúde física, a saúde mental, o grau de independência, as interações sociais, o contexto econômico e a relação com os serviços de

saúde, tendo uma proximidade com o conceito de saúde. Acrescentando, a OMS refere que a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos sobre a satisfação das suas necessidades, as oportunidades de alcançar a felicidade, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Atualmente os conceitos mais aceitos de qualidade de vida buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. As referidas abordagens baseiam-se na premissa, segundo a qual o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa, de acordo com seu ambiente/contexto. Além disso, é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012).

Nestas linhas argumentativas, a saúde aparece como um elemento central que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. No Brasil se delineia um perfil demográfico com tendência permanente de crescimento do envelhecimento da população o que requer a necessidade de adequações das políticas públicas sociais tais como saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010).

Em relação à área da saúde, foi instituída em 1999, através da Portaria Ministerial nº 1.395/99, a Política Nacional de Saúde do Idoso no Sistema Único de Saúde, e proposta via Portaria Ministerial nº 702/2002 a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Em 2006, foi assinada uma nova portaria (nº 2.528), atualizando e aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), trazendo um novo paradigma para a discussão da situação da saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional para a saúde da população idosa, e a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2010).

É importante também registrar que no ano de 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse grupo populacional. O estatuto refere o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

A PNSPI tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais

de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Para a efetivação da PNSPI, uma série de desafios precisam ser enfrentados, entre eles, uma melhor estruturação da assistência ao idoso na atenção básica, uma vez que uma assistência baseada no consumo intensivo de tecnologia no ambiente hospitalar enfraquece a prevenção e aumenta os custos (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

No caso do município de Natal- RN, o seu Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2014 – 2017 (NATAL, 2014) tem como um dos objetivos promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção. E, nessa perspectiva, na Estratégia Saúde da Família (ESF) são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, de recuperação e reabilitação da saúde do idoso, constituindo-se como espaço privilegiado para atenção integral à saúde, pela proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar, oferecendo condições oportunas para uma atuação mais próxima da realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Neste contexto, alguns aspectos das ciências sociais sobre a Teoria da Dádiva podem ser aplicados aos estudos na saúde, para enriquecer a compreensão das interações nos circuitos de trocas sociais, pois explicam os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para a produção do cuidado, através da reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais durante as relações sociais. A dádiva que é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos (MARTINS; CATTANI, 2014).

No campo da saúde, no contexto de valorização do usuário, um sistema de dádivas de cuidados:

Considera igualmente os bens materiais da cura (a substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos, etc.) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida (MARTINS, 2013, p. 107).

O sistema da dádiva, enquanto partilha, não é caridade. Cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na dádiva-caritativa, que não é objeto destas linhas, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida, prestação ou obrigação.

A conscientização destes aspectos, durante as vivências interativas, poderá contribuir para a manutenção das ações coletivas ofertadas nos grupos de convivência, bem como

disparar a construção compartilhada de novas práticas de promoção da saúde, fortalecendo o pertencimento e o vínculo entre os participantes, em busca de uma vida cotidiana com mais qualidade. Sendo assim, esse artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e tem como objetivo analisar as percepções de idosos do Grupo de Convivência Francisco André sobre qualidade de vida à luz dos aportes sociológicos da Teoria da Dádiva de Mauss (2013).

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2013), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam

Os sujeitos da pesquisa foram onze idosos, integrantes do Grupo de Convivência Francisco André, que se compõe de vinte e oito idosos, sendo vinte dois do sexo feminino e seis do sexo masculino. Os critérios para inclusão no estudo foram: estar cadastrado no grupo Francisco André; residir na área de abrangência da USF; ser integrante do grupo de idosos há no mínimo quatro anos, com assiduidade nas atividades programadas. Os critérios de exclusão compreendiam: não residir na área de abrangência; ser integrante do grupo há menos de quatro anos; não participar ou possuir baixa assiduidade nas atividades programadas.

A faixa etária do grupo participante da pesquisa foi de 64 a 80 anos, sendo 10 do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Todos são alfabetizados, mas nenhum concluiu o nível fundamental. Sobre a moradia, 04 deles moram sozinho embora convivam com os filhos e 07 moram com familiares. Todos do grupo são portadores de hipertensão arterial e 03 também são portadores de diabetes mellitus. Os participantes selecionados receberam um convite por escrito e também foi feito o contato direto para esclarecer os objetivos da pesquisa. O grupo se reuniu no mesmo local onde ocorrem as reuniões do Grupo de Convivência Francisco André.

A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis, são importantes em todos os estágios da vida. O caráter multidisciplinar sempre esteve presente e o planejamento das ações desenvolvidas, sempre foi realizado de acordo com as demandas vindas do próprio grupo.

Para Santos et al. (2015), a educação em saúde dirigida à pessoa idosa pode ser caracterizada por ações educativas realizadas em grupos visando promover o envelhecimento ativo tendo como finalidade a adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis.

As ações desenvolvidas no grupo para promoção da saúde são de natureza interdisciplinar. Para um melhor entendimento sobre as mesmas, apresentamos um quadro a seguir que as classifica em quatro tipos: ações educativas, ações de cuidado e autocuidado; ações de lazer e cultura e outras ações complementares.

Quadro 1 - Tipos de ações de promoção da saúde desenvolvidas com o grupo de convivência Francisco André da USF do bairro de Igapó, Natal/RN, 2016.

AÇÕES DESENVOLVIDAS			
Educativas	Cuidado e auto cuidado	Lazer e Cultura	Complementares
Palestras Rodas de Conversas Oficinas Cursos Sobre temas variados conforme as necessidades e demandas do grupo	Acompanhamento das medidas antropométricas; Controle da pressão arterial e de exames laboratoriais; Vacinação; Exame preventivo do câncer de útero e de mama; Atividades de saúde bucal; Autocuidado com alimentação, Higiene pessoal, prevenção quedas, prevenção da incontinência urinária; Exercícios de memorização; Estímulo a autonomia e independência funcional; Realização de exercícios físicos	Passeios culturais; Festas comemorativas; Oficinas de arte terapêutica; Danças; Sessões cinema; Peças teatrais Jogos	Práticas religiosas: orações Alfabetização

A coleta de dados através de grupo focal, foi realizada no mês de maio de 2016, no qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, o encontro

grupal possibilitou aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre o tema abordado. Na discussão, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (BACKES et al., 2011).

As discussões foram conduzidas por um moderador seguindo um roteiro orientador, com a presença também de um observador que fez registros complementares. A discussão que ocorreu no tempo de 65 minutos, foi gravada, e posteriormente transcrita para análise.

A análise foi baseada no método de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2013), que permite descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto da pesquisa. A técnica de análise foi realizada em três etapas: pré análise, exploração do material / tratamento e interpretação dos dados obtidos. Na pré-análise foi feita uma leitura flutuante do material obtido que constou da transcrição das falas e relato do diário de campo elaborado pelo observador. Na exploração do material, a partir da compreensão do texto, foram identificados os núcleos de sentidos e feita a classificação de categorias a luz do objetivo da pesquisa e roteiro utilizado na investigação.

Em concordância ao sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados com codinomes de filósofos da antiguidade, em alusão a sabedoria como característica das experiências acumuladas ao longo da vida.

Para interpretação dos resultados e discussão, foram trazidos alguns aportes reflexivos sobre a Teoria da Dádiva (MAUSS, 2013), confrontando com a realidade empírica, procurando identificar: o que se tem a dar ou doar durante a vivência, a percepção e a consciência de si, do autocuidado, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência (doação); o sentimento de abertura para outras possibilidades, descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo (recepção); e a retribuição, pela vontade de reproduzir a prática, o desejo de continuidade da experiência, o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde, o efeito multiplicador, a ressonância na vida cotidiana.

No que diz respeito aos aspectos éticos, a investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Parecer nº 562.318 e registrada no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 21996313.7.0000.5537, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a

Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere às suas recomendações. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização para Gravação de Voz.

Resultados e discussão

Os grupos de convivência surgem como contribuição para o envelhecimento saudável, e com qualidade, quando contribuem com diversos benefícios como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal, possibilitando a ressocialização (LEITE et al., 2007; BENEDITTI et al., 2012).

Os resultados e discussão estão organizados em dois tópicos (categorias): o primeiro sobre, “os significados sobre qualidade de vida” – que, por sua vez - divide-se nos núcleos de sentidos „saúde e bem-estar“, „amor, felicidade e paz“, e „boas condições materiais para viver“; o segundo sobre, “Mudanças e repercussões na qualidade de vida” – que, para sua ordem – separa-se nos núcleos „mudanças físicas“ e „mudanças psíquicas“.

Os significados sobre qualidade de vida

Ao serem indagados sobre o significado de qualidade de vida, foi vocalizada pelo grupo a polissemia do seu sentido e suas múltiplas relações com variados aspectos. Alguns trechos das falas que identificaram a qualidade de vida relacionada a „saúde e bem-estar“ ressaltaram;

[..] Qualidade de vida é ter saúde e viver bem (Apázia).

[..] Para mim, qualidade de vida é, principalmente, viver com saúde, não guardar doença, fazer exames e se tratar quando ficar doente (Safo).

[..] É viver com saúde, ter ânimo, ter coragem e ficar de bem com a vida. Para mim saúde é o mais importante na minha vida. Depois de certa idade foi que aprendi isto (Diótima).

[..] Qualidade de vida é não procurar ficar doente, porque tem pessoas que procuram o caminho errado. Para mim saúde é o mais importante na minha vida. Depois de certa idade foi que aprendi isto (Epicuro).

A relação entre qualidade de vida e saúde tem sido discutida em várias investigações. Em estudo realizado por Seidl e Zannon (2004), destaca-se que o termo “qualidade de vida”, relacionado à “saúde”, é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral.

Por conseguinte, na atual perspectiva teórica, a saúde é concebida como construção social, se expressando como um fenômeno histórico, político, social e psico-biológico. A promoção da saúde apresenta uma grande relevância na articulação da saúde com outros conceitos que não apenas a doença, passando a ser possibilidades das formas de viver. (TAVARES et al., 2014).

O conceito tradicional de Saúde como, completo bem-estar, físico, mental e social (OMS), mesmo com sua limitação, já anunciava a polissemia do significado sobre saúde, apontando indiretamente sua relação com a vida e sua qualidade. Almeida (2011) reconhece a relação da saúde com a qualidade de vida, entretanto, faz uma crítica epistemológica enfatizando que ainda não existe uma teoria geral da saúde que explique com clareza tal relação. Neste sentido, enfatiza que, ao se discutir sobre saúde, deve se considerar suas concepções polissêmicas, plurais, multifacetadas, simultaneamente ontológicas e heurísticas.

Em revisão clássica publicada já há algum tempo, Minayo (2000, p. 12) destaca que “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”. Ainda enfatiza que o termo 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, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para Campos; Rodrigues Neto (2014), não existe um consenso sobre o que significa qualidade de vida. Uma tentativa de definição engloba, desde estado de saúde, assim como uma variedade de aspectos como: meio-ambiente; recursos econômicos; relacionamentos; tempo para trabalho; e lazer. Para estes autores são identificadas duas tendências na conceituação do termo: um conceito genérico e outro ligado à saúde.

Algumas falas trazem significados que expressam um conceito mais genérico, embora não se dissocie do conceito ampliado de saúde, quando se referiram ao núcleo de sentido „amor, felicidade e paz“. As palavras evidenciaram uma relação entre a qualidade de vida e o afeto, a reciprocidade, a paz e a felicidade:

[...] É viver feliz, ter paz e amor. Eu não falo de pobreza, mas da pessoa ser feliz (Hipácia).

[...] É viver feliz em um ambiente, no meio das pessoas que se quer bem (Aristocleia).

[...] É ter paz e tranquilidade. Viver em um ambiente sadio com alegria e sossego (Maronéia).

[...] Primeiro é ter fé em Deus. Ser bem tratado pelos outros e amarmos os outros (Olimpia).

A percepção da qualidade de vida vinculada à reciprocidade, nos remete ao sistema da dádiva, discutido por Mauss (2013) e seguidores, como fundamental para instauração do vínculo social. Nesse caso, ocorre a troca entre cuidar e ser cuidado, estruturando a prática do cuidado.

A leitura sobre a dádiva na atualidade da sociedade de mercado, apresenta uma visão não estruturalista desta, compreendendo-a como fundamento de um paradigma novo, no qual o vínculo social envolve de forma dialética a liberdade e a obrigação, a espontaneidade e a norma, se sobrepondo ao utilitarismo material, identificando-se assim com o antiutilitarismo. Esta concepção, fortalece o entendimento sobre a reciprocidade e a solidariedade como valores fundamentais na constituição de uma sociedade (VILAR, 2014).

Para Sabourin (2008), a reciprocidade é definida como a dinâmica de reprodução de prestações, geradora de vínculos sociais, permitindo o reconhecimento do (s) outro(s), em função do sentimento de pertença a um grupo, formando uma identidade coletiva, iluminando as práticas solidárias, fazendo florescer experiências de partilha e ajuda mútua, na construção da vida social.

O idoso constrói sua identidade, sua dependência e/ou independência, e sua existência por intermédio dos vínculos afetivos com o serviço de saúde que o acolhe, através das relações estabelecidas com os profissionais que integram esses serviços e com os demais atores envolvidos nos cenários de suas vidas. O circuito virtuoso proporcionado pelas trocas recíprocas de dádivas, não só media esses contatos, como também proporciona o reconhecimento mútuo de todos enquanto sujeitos que se sentem valorizados (FLORES et al., 2011).

Evidencia-se também nos discursos emitidos referenciais sobre os afetos que intermedeiam as relações. Palavras como “amor”, ser “bem tratado”, “amarmos os outros” nos reportam a solidariedade e reciprocidade, aparecem reforçando a importância da circulação dos bens simbólicos nas relações.

Referências sobre o amor, como fundamental na história hominídea, são afirmadas por vários estudiosos da natureza humana (MATURANA, 2005; MORIN; CYRULNIK, 2004).

Para que haja aliança ou vínculo nas relações humanas, eles reafirmam a forte presença das emoções e do amor na vida dos homens em todos os tipos de relações estabelecidas.

A paz e a tranquilidade também foram mencionadas por alguns, manifestando a necessidade da segurança e a preocupação com a violência. Sobre a violência contra o idoso, Florêncio et al. (2007) revelam que esse fenômeno cresce no mundo inteiro. E que durante muito tempo os diversos atos de violência contra os idosos foram tidos como problemas particulares de cada família, mas que hoje passam a ser responsabilidade também da coletividade e do Estado.

Algumas visões, contemplando o terceiro núcleo de sentido elencado nesse tópico, relacionaram a qualidade de vida com „boas condições materiais para viver“:

[...] Qualidade de vida para mim é ter minha casinha para morar, ter comida para comer (Heloísa).

[...] É também ter minha casa para morar e meu salário para viver (Asioteia).

[...] Qualidade de vida é ter dinheiro para comprar as necessidades, os remédios e a alimentação (Epicuro).

A dádiva não envolve apenas os aspectos simbólicos. Na sua ambiguidade e nos seus paradoxos, as questões materiais também devem ser consideradas, porque os bens materiais também contribuem para uma melhor qualidade de vida, pelas provisões necessárias à saúde, tipo remédios, alimentos, moradia, entre outros. Estes aspectos remetem ao conceito de saúde presente no artigo 196 da Constituição Brasileira (BRASIL, 2005) que reconhece a saúde como resultante de condições de vida e trabalho, garantida mediante políticas sociais e econômicas. Assim, os aspectos materiais também são importantes porque assegura a própria existência, articula os membros do grupo, e ajuda na manutenção das redes de sociabilidade.

Mudanças e repercussões na qualidade de vida

Em relação as mudanças ocorridas que repercutiram na qualidade de vida, o grupo discutiu vários hábitos que mudaram em decorrência do aprendizado, das trocas e da motivação a partir das vivências e atividades que compartilharam. Os depoimentos confirmam que

as vivências no grupo contribuíram sobremaneira para melhorias na qualidade de vida nos vários aspectos relacionados a capacidade física e funcional, assim como nos aspectos emocionais e sociais relacionados a criação de vínculos e melhoria da autoestima. Sinalizam também repercussões positivas no estado geral de saúde.

Sendo assim, a análise temática identificou dois núcleos de sentidos: „as mudanças físicas“, associadas aos aspectos funcionais, físicos, dor, estado de saúde vitalidade; e „as mudanças psíquicas“, relacionadas aos aspectos emocionais e a saúde mental, sobre o que obteve ressonância na qualidade de suas vidas.

A atividade física regular pode ser considerada uma ferramenta valiosa para minimizar os declínios de memória e melhorar qualidade de vida, decorrentes do processo de envelhecimento (CORDEIRO et al., 2014). Em relação às percepções sobre „as mudanças físicas“ associadas com a participação nas atividades do grupo, selecionamos as seguintes falas:

[..] Gosto de fazer minhas atividades, minhas obrigações. Apreendi aqui que é bom para meu corpo e minha cabeça, sem exagerar, até onde eu consigo (Hildegarda).

[..] Eu acho que melhorou meu ânimo, minha coragem, tenho mais disposição para fazer as coisas. Tenho 67 anos e não me sinto velho. Minha situação física está mais forte (Maroneia).

[..] Quando estou caminhando me sinto uma criança. Passo muito tempo no dia fazendo crochê e letrinhas, e assim vivo. Mas também faço as coisas em casa (Olimpia).

[..] Me sinto bem quando caminho e quando danço. Faz bem ao meu corpo. O corpo precisa. Eu sinto isso (Aristocleia).

É inquestionável que diminuição da atividade física contribui para o aparecimento de algumas doenças crônicas que podem aumentar a incapacidade funcional, que por sua vez, gera efeitos de ordem emocional e mental. Lobo; Santos; Gomes (2014) confirmam a correlação positiva entre o grau de dependência, capacidade física e funcional e o índice de qualidade de vida.

Para Bertherat e Bernstein (2001), só é possível cuidar de algo quando tomamos consciência sobre o que, de fato, será cuidado. Então, para cuidar do corpo, teremos que ter consciência do mesmo, uma consciência corporal, que significa tomar consciência do próprio eu e do corpo como um todo. Os participantes reconheceram a oportunidade de aprendizagem

sobre os benefícios de uma alimentação saudável para o fortalecimento do corpo e consequentemente melhoria da vitalidade e qualidade de vida:

[..] Sentia muita dor de cabeça, mas aprendi em me alimentar melhor e diminuiu (Azioteia).

[..] Melhorou minha alimentação. Eu já sabia que não podia comer muito sal, mas não ligava. Agora estou tendo cuidado. Aprendi com as palestras (Apasia).

[..] Agora tenho uma boa alimentação, não como besteiras e melhorou a situação do meu corpo. Me sinto mais disposta (Diótima).

[..] Antes de vim para o grupo, não bebia muita água. Agora eu bebo mais água, pois aprendi que a água é importante para nós (Epicuro).

Um grupo de convivência pode funcionar como um sistema de relações que promove a interação e/ou ligação entre pessoas, ideias e práticas, onde o mundo da teoria se alimenta à luz das experiências concretas e vice-versa, através de uma reciprocidade educativa cotidiana, histórica, corporal e emocional. Tal circuito, conforme Rocha (2011) afirma, é dádiva porque se compartilha aprendizados, gentilezas, emoções e sentidos de vida e de cultura.

Nesse canal de convívio, o que é recebido em termos de educação também deve ser devolvido, reproduzindo também o sentimento de responsabilidade, pela preocupação com o outro para produzir e partilhar valores éticos como a paz, a confiança, o respeito e a estima. As experiências de aprendizagem necessitam de uma estruturação voltada para a colaboração, a cooperação e intercâmbio de ideias (SABOURIN, 2011).

É pertinente pontuar, segundo Lopes et al. (2015), que é evidente que as relações sociais entre quem acolhe e o acolhido são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido. Elementos da reciprocidade, como afetividade, atitude acolhedora, respeito e cuidado com o outro aparecem como incentivadores dessa relação. Compreender a interdependência do outro nas relações de trocas significa reconhecer que os usuários também são produtores de cuidado e, não apenas, consumidores de serviços.

Para Mauss (2015), o homem concreto (total) deve ser visto como um ser biológico, psíquico e sócio histórico, sintetizando essa tridimensionalidade constitutiva do homem enquanto corpo, sentimento e racionalidade. E a sua totalidade somente pode ser apreendida sob a égide de uma abordagem interdisciplinar.

Quanto ao núcleo „mudanças psíquicas“ que influenciaram a qualidade de vida, podemos destacar algumas referências quanto à superação de estados de ansiedade, solidão, estresse e síndrome do pânico, após a participação frequente no grupo de idosos:

[...] Melhorou minha autoestima, conheci amigos e aprendi muito com eles e com os profissionais de saúde. Agradeço muito por isso (Safo).

[...] Meu sistema nervoso está melhor, me distraio, esqueço os problemas e volto para casa mais leve. Eu estava numa situação que não pensava nem em viver e hoje estou bem melhor. Vir para cá me faz bem. Até minha depressão acabou (Diótima).

[...] Me libertei de tomar rivotril e participar do grupo me ajudou (Hipasia).

O grupo funciona como alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento, gerando a melhoria da qualidade de vida. Significa a possibilidade de conhecer novas pessoas, construir amizades, viajar, fazer exercícios físicos, divertir-se, entre outras razões, mudanças que acontecem na vida de idosos e que os induzem a continuar participando do grupo, bem como estimulam outras pessoas para que frequentem (BENEDITT; MAZO; BORGES, 2012).

As atividades desenvolvidas pelos grupos melhoram a qualidade de vida nos aspectos referentes à saúde física e mental, aumentam o período de vida ativa e previnem as perdas funcionais. As pessoas de mais idade podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras de seu valor, reconhecendo-se como participante da vida atual do grupo e do mundo, por meio da memória compartilhada (SAULO et al., 2013).

Segundo Almeida (2011), os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir mais autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. Algumas falas trazem referências nesse sentido:

[...] Eu era presa em casa, agora saio para as reuniões e quando chego aqui me sinto feliz (Maroneia).

[...] Não saía de casa pois tinha medo. Agora eu saio, estou me sentindo mais corajosa (Heloísa).

[...] Eu ficava muito em casa, parada com minhas doenças. Esqueço meus problemas quando venho para reunião (Diótima).

Para os idosos, fazer parte de um grupo é uma conquista, uma forma de romper com o cotidiano das tarefas do lar, e das obrigações com os filhos e netos, momento em que eles adquirem conhecimentos e desfrutam da sensação de maior liberdade durante essa fase da vida. Os grupos podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de

autonomia, na resiliência e diminuindo a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas criam-se vínculos que possibilitam a inclusão social (GARCIA et al., 2006).

O estímulo à capacidade de resiliência das pessoas para responderem de forma positiva às demandas concretas do dia a dia, apesar das complicações que enfrentam ao longo de suas vidas, conforme Flores et al. (2011) indicam, que pode ser uma possibilidade valiosa de trabalhar a promoção da saúde mediante o desenvolvimento das potencialidades das pessoas, visto que, incorporar os aspectos dessa resiliência na prática profissional supõe minimizar as expectativas de continuidade de problemas e potencializar a capacidade de superação de situações adversas.

Andrade et al. (2014), analisando a percepção de idosos sobre grupos de convivência, constatam que para eles a participação nos grupos representa um retorno ao convívio social, as atividades de lazer, impulsionando a sensação de liberdade e a vontade de viver e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida. A concepção de mudanças nesse sentido foi evidenciada:

[...] Mudou minha vida. Gravo na minha mente o que aprendo aqui. Me sinto feliz. Quando chego aqui, meu coração se derrete (Safo).

[...] Eu era muito tímida, agora estou falando mais, pois já conheço o grupo. E volto para casa com alívio no meu coração (Hildegarda).

[...] Participar no grupo me ajudou muito a vencer a tristeza, a não pensar em besteira, porque se você tem tristeza, você não tem saúde (Epicuro).

A educação se faz no cotidiano, através de uma reciprocidade educativa ligada ao sistema da dádiva, onde as ações de dar, receber e retribuir se fazem mais presentes do que nunca. Consiste no processo, não só de promoção da interação social e da socialização, mas também de constituição do sentido de história, de vinculação no tempo e no espaço, de mediação entre gerações (ROCHA, 2011).

Nas oportunidades de encontro, o estar às voltas com os outros é o que define o conversar que, por sua vez, é o que permite seguir na produção social do conhecimento, fazendo, desfazendo e refazendo relações com as pessoas. Conversar é ao mesmo tempo situar e transitar entre aproximações sensíveis e distanciamentos necessários para construir múltiplas perspectivas de interações entre diferentes práticas de conhecimento, pois devemos conversar com aqueles com os quais nos entendemos (PIMENTEL, 2014)

Conclusões

As visões de idosos foram reconhecedoras da importância da participação no grupo e os reflexos projetados na vida de cada um. O aprendizado nas ações educativas; as trocas de conhecimento/ experiências e as reciprocidades presentes no grupo de convivência, construíram laços afetivos, geraram uma rede de apoio, evidenciaram mudanças na qualidade de vida.

Tais manifestações levam a reflexão sobre as relações no grupo como dádivas, enquanto sistema de relações simbólicas promovendo a aliança, pela tríplice obrigação e liberdade de dar, receber e retribuir, entre outros, reconhecimento e vida.

A realização deste estudo oportunizou um melhor entendimento acerca importância da escuta dos idosos sobre qualidade de vida, suas relações com o processo de envelhecer e sobre as vivências que contribuem para mudanças na qualidade de vida, a partir da agregação de conhecimentos e experiências, fortalecendo reciprocidades e dádivas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edelves Alves; et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 13, n. 3, p. 435-443, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a10v13n3.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

ALMEIDA, Naomar Filho. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. v.17, n.1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039>. Acesso em: 21 maio 2016.

BACKES, Dirce Stein; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo: v. 35, n. 4, p. 438-442. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/19.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BERTHERAT, Thérèse; BERNSTEIN, Carol. **O corpo tem suas razões**: antiginástica e consciência de si. 19.ed. São Paulo, [s.n]: 2001.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo; BARROS, Angela Maria Abreu. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambient. soc.** v.17, n.2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000200011>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL. 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, 3 de out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 13 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial da União**, Brasília: Poder Executivo 20 out. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 01 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

_____. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm>. Acesso em: 11 mar. 2016.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232-240, 2008. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/1438>>. Acesso em: 21 maio 2016.

CORDEIRO, Juliana, et. al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17, n.3, Rio de Janeiro, jul/set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300541>. Acesso em: 01 jun. 2016.

FLORENCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SÁ Lenilde Duarte. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a23.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

FLORES, Gisela Cataldi et al. A dívida do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 533-540, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683>>. Acesso em: 18 maio 2016.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi, SOUZA, Caio Silvério et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online]. 2006, v.14, n.2, p.175-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2016.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa, GOMES; Sônia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 6, p. 913-9, nov./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0913.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

MARTINS, Paulo Henrique. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: PUTTINI, Rodolfo Franco; ALBUQUERQUE, Leila Marrach Basto. (Org.). **Aventuras antropológicas no campo da saúde**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013.

MARTINS, Paulo Henrique; CATTANI, Antônio David. Sociologia da Dádiva. **Sociologias**, v.16, n.36, Porto Alegre, may/aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222014000200014>. Acesso em: 05 maio 2016.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MAUSS, Marcel. **Ensaio de sociologia**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

_____. **Ensaio sobre a dádiva**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____; HARTZ Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

MORIN, E.; CYRULNIK, B. **Diálogo sobre a natureza humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

MOTTA, Luciana Branco; AGUIAR, Adriana Cavalcanti; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017>. Acesso em: 20 fev. 2016.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.3, São Paulo, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032>. Acesso em: 10 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, v.26, n.2, São Paulo, apr./june 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007>. Acesso em: 23 mar. 2016.

PEREIRA, Renata Junqueira, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v.28, n.1, Porto Alegre, jan./apr. 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PIMENTEL, Álamo. A atitude etnográfica na sala de aula: descolonizando os processos de ensino. **Realis**, v.4, n. 02, jul/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.nucleodecidadania.org/revista/index.php/realis/article/download/128/117>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

ROCHA, Gilmar. **Mauss e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011. (Coleção Pensadores e Educação).

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Fatores Associados à Atividade Física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev.BrasMed Esporte**, v. 19, n. 3, p. 191-5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000300009>. Acesso em: 12 maio 2016.

RODRIGUES, Marcia Renata; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. **Trab. educ. saúde**, v.13, n.2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200343>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-138, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100008>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SABOURIN, Eric. Teoria da reciprocidade e sócio-antropologia do desenvolvimento. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 24-51, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222011000200003>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

TAVARES, Bianca Boscarino; et al. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. **Trends Psychiatry**

Psychother, v. 36, n. 3, p. 134-139, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/v36n3/2237-6089-trends-36-03-00134.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

VILAR, R. L. A. **Humanização na Estratégia Saúde da Família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para promoção da saúde do idoso, as intervenções educativas, baseadas nas necessidades e problemas previamente identificados, podem contribuir para a melhoria das condições de saúde, para um envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional, incentivando o auto-cuidado e a prevenção de agravos.

Ao longo dessa pesquisa buscou-se oferecer uma visão ampla sobre os efeitos das ações de promoção a saúde na qualidade de vida dos idosos, entendendo que essas ações contribuem para minimizar os efeitos do envelhecimento, criando estratégias que possibilitem a participação dos idosos em grupos de atividades, favorecendo autonomia, independência e inclusão social.

Analisar a qualidade de vida de um grupo de idosos, em dois períodos distintos, tendo como base o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*); e analisar a visão dos idosos sobre as repercussões/efeitos das ações de promoção da saúde para a qualidade de vida

Foi observado que existe uma forte relação entre saúde, bem estar e qualidade de vida. As doenças crônicas, as limitações físicas e a dor são fatores limitantes na qualidade de vida dos idosos, reduzindo sua autonomia com o declínio da capacidade funcional, ocasionando uma maior exclusão social.

Esse estudo mostrou maiores escores nos aspectos físicos, funcionais e mentais, onde está diretamente relacionado a autonomia dos idosos refletindo desse modo em um envelhecimento ativo e proporcionando uma melhor qualidade de vida. Percebe-se que os idosos pesquisados, na ESF de Igapó obtiveram como melhores escores esses aspectos. O grupo de convivência tem possibilitado a vivência de momentos de aprendizado, entretenimento e interação, fortalecendo a circulação de dádivas.

Identificou-se também que o grupo tem características de homogeneidade, considerando que algumas condições específicas incidem sobre a qualidade de vida e influenciam no processo de envelhecimento. O entendimento desse estágio da vida tem importância relevante, não só pelas mudanças ocorridas, mas também por conhecer e desenvolver estratégias que minimizem os efeitos do envelhecimento para garantir a vivência desse ciclo da vida de uma forma autônoma e qualitativamente positiva.

Considerando que a convivência com os idosos estabelece uma troca de experiências, concluímos que o aprendizado de lidar com essa população, deve sempre ser uma relação respeitosa valorizando a sabedoria que o idoso traz no seu legado para a vida.

A pesquisa foi direcionada a uma realidade específica, e neste sentido tem limitações, contudo, traz resultados significativos para o grupo populacional estudado. Outros estudos poderão complementar os achados, na perspectiva de continuidade e aprofundamento.

Espera-se que os resultados obtidos com a pesquisa possibilitem ampliar o conhecimento na área, oferecendo subsídios para a organização de um trabalho integrado na ESF, com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado e para melhoria da qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Diego Dias de; AZEVEDO, Raquel Souza; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.1, n.4, p.462-9, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/151>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo; BARROS, Angela Maria Abreu. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambient. soc.** v.17, n.2, São Paulo, apr./june, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000200011>. Acesso em: 05 maio 2016.

BORGES, Aline Morás; Auto percepção de saúde em idosos residentes em um município do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geront**, v, 17, n. 1, p. 76-86, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100079>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de secretários municipais de saúde. Brasília: Ministério, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Ministério do Planejamento. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de Março de 2006. In:_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. São Paulo, 1997 [Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina-Unifesp].

CONTANDRIOPOULUS, André-Pierre; et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CORDEIRO, Juliana; et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17, n.3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300541>. Acesso em: 05 mar. 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; Trompiere, Nicolino. O Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2012, p. 106-194. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

FLORES, Gisela Cataldi.et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 3, p. 533-540, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 6. ed. Rio De Janeiro: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, Alexandre Simão de. **As Contribuições de Marcell Mauss para uma sociologia crítica da formação humana**. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/13885257-As-contribuicoes-de-marcel-mauss-para-uma-sociologia-critica-da-formacao-humana-freitas-alexandre-simao-de-ufpe.html>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. **Fundamentos para uma sociologia crítica da formação humana: um estudo sobre o papel das redes associacionistas da sociedade civil**. Recife, 2005. 398f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2005. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9763/arquivo9299_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 abr. 2016.

GAMA, Thereza Christina da Cunha Lima. **Idoso e cidadania**: o trabalho de reinvenção da vida. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2004. Disponível em: <<http://www.liber.ufpe.br/teses/arquivo/20041210101136.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

GODBOUT, Jacques T. Introdução à Dádiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, n. 38, ANPOCS, 1998.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LASHERAS, C. et al. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. **Exp Aging Res**, v. 27, n. 3, p. 257-270, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11441647>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa, GOMES; Sônia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 6, p. 913-9, nov./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0913.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MARTINS, Luciana Mendes; FRANCA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4, n.3, p.5-18, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002>. Acesso em: 13 jun. 2016.

MARTINS, Paulo Henrique. De Lévi-Straussd, A. M. A.U.S.S. – movimento antiutilitarista nas ciências sociais: itinerários do dom. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p.105-130, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100007>. Acesso em: 01 jun. 2016.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2014. Disponível em: <<https://natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/SMS-PMS2014-2017-DiretrizesMetas.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Natal: meu Bairro minha cidade. Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística: Natal: SEMUR, 2009. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/semurb/paginas/File/bairros/natal_meu_bairro_minha_cidade.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: glosario. Ginebra: OMS, 1998. Disponível em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-250, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007>. Acesso em: 14 abr. 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, Gilmar. **MAUSS & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto – enferm**, v. 16, n.3, p.536-545, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SABOURIN, Eric. **Educação, dádiva e reciprocidade**: reflexões preliminares. Disponível em: <http://www.jornaldomauss.org/jornal/extra/2008_01_16_10_32_28_reciprocidade_educacao_sabourin.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: Da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 66, v. 23, p. 131- 208, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100008>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, Carine Alves da; FOSSATTI, Anderlei Fabiano; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do

envelhecimento humano. **Estud. interdiscip. envelhec**, v. 12, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4982>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

VALADARES, Máira de Oliveira; VIANNA, Lucy Gomes; MORAES, Clayton Franco. A temática do envelhecimento humano nos grupos de pesquisa do Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.2, p.117-28. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17635>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

WITTER, C.; BURITI, M. A. (Orgs.). **Envelhecimento e contingências de vida**. Campinas: Alínea, 2011.

YIN, R. K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman: 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)

Esclarecimentos

Prezado senhor (a), solicitamos sua colaboração para participar da pesquisa: Qualidade de vida de idosos: uma avaliação de efeitos de intervenções educativas. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de idosos vinculados à Estratégia da Saúde da Família de Igapó em Natal/RN, após a participação em intervenções educativas. E como objetivos específicos

Avaliar a qualidade de vida de idosos tendo como referência o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*) e analisar a repercussão/efeitos das intervenções educativas na qualidade de vida dos idosos de acordo as percepções dos mesmos.

Este projeto justifica-se por trazer benefícios aos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família de Igapó, com resultados que podem contribuir para melhora da qualidade de vida. Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista. Individual e coletiva. Os

riscos associados à participação neste estudo são associados aos desconfortos e riscos psicológicos, uma vez que sua participação será respondendo o instrumento de coleta de dados e não serão realizados procedimentos invasivos. Sendo assim, para minimizar qualquer desconforto e risco, a entrevista será realizada em local reservado, de modo que você sinta-se tranquilo e que seja respeitada sua privacidade. Você poderá deixar de responder qualquer questão que possa lhe trazer incômodo.

Após a conclusão do trabalho de campo, os resultados serão divulgados nas Unidades de Saúde da Família de Igapó participantes, além de serem publicados na literatura especializada. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo recusar-se a responder qualquer pergunta, fazer parte do mesmo ou interromper se julgar conveniente, sem prejuízo para o andamento do trabalho de pesquisa. Se você tiver algum gasto que seja devido

à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal 1666, CEP: 59072-970 Natal/RN. Telefone/Fax: (84) 215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma cópia ficará com os pesquisadores responsáveis, a outra cópia deste Termo, ficará com você. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco nos endereços: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem. Campus Universitário, Lagoa Nova, CEP 59078-970 | Natal/RN –Brasil. Caixa Postal 1524. Telefone(s): 055843215-3615.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa “Qualidade de vida de idosos: uma avaliação de efeitos de intervenções educativas”, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Local _____, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa



APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Qualidade de vida de idosos: uma avaliação de efeitos de intervenções educativas poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Tházia Costaa realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) coordenador (a) da pesquisa Gilson de Vasconcelos Torres, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal-RN, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE C - QUESTIONARIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**QUESTIONARIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1. Nome: _____
2. Data: ____/____/____
3. Responsável pelo preenchimento: _____
4. Telefone: Endereço: _____

5. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos.
6. Sexo: a) () feminino b) () masculino
7. Escolaridade em anos: _____

8. Estado civil: _____
9. a) () vive sozinho b) () vive com companheiro
- Renda Familiar em Salário Mínimo (R\$880,00): _____
10. Mora com quem?
a) () sozinho c) () com filhos
b) () com companheiro d) () outros: _____
11. Situação atual de trabalho:
a) () aposentado d. () cuida da casa
b) () trabalhando e) () outros: _____
c) () afastado do trabalho
12. Qual a sua principal atividade/ocupação hoje em dia?

APÊNDICE D - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- 1) Para você o que é Qualidade de Vida?
- 2) Cite três coisas que significam uma boa Qualidade de Vida?
- 3) Para você o que é ter saúde?
- 4) As reuniões do grupo trazem algum benefício para você? Quais? (repercussões, efeitos na Qualidade de Vida)
- 5) Depois que você começou a participar do grupo, houve alguma mudança em sua vida? Quais?
- 6) Que atividades você mais gosta de participar? Por quê?
- 7) O que você sugere para o grupo no sentido de contribuir para melhorar sua Qualidade de Vida?

**APÊNDICE E - FOTOS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE DESENVOLVIDAS
COM O GRUPO DE IDOSOS FRANCISCO ANDRÉ**

**FOTOS DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE DESENVOLVIDAS COM O GRUPO
DE IDOSOS FRANCISCO ANDRÉ**

Foto 1 – Roda de conversa



Fonte do autor

Foto 2 – Comemoração alusiva ao DIA DA SAÚDE



Fonte do autor.

Foto 3 – Palestra educativa



Fonte do autor.

Foto 4 – Visita ao Parque eólico de Maracajá



Fonte do Autor.

Foto 5 – Trabalhos manuais (pintura)



Fonte do Autor.

ANEXOS

ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF36

Nome: _____

Data: ____/____/____

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF36

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

1-Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2-Comparado há um ano atrás, como você se classificaria saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3-Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4-Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5-Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6-Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

7-Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8-Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9-Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10-Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11-O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5