UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Danielly Cristiny de Veras

GRUPO DE IDOSOS ENQUANTO DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA AÇÃO

João Pessoa- PB
2019

Danielly Cristiny de Veras

GRUPO DE IDOSOS ENQUANTO DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA AÇÃO

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, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

João Pessoa- PB

2019

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

V476g Veras, Danielly Cristiny de.
Grupo de idosos enquanto dispositivo de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação / Danielly Cristiny de Veras. - João Pessoa, 2019.
82 f. : il.

Orientação: Franklin Delano Soares Forte.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. 4. Promoção da saúde. I. Forte, Franklin Delano Soares. II. Título.

UFPB/BC

Danielly Cristiny de Veras

GRUPO DE IDOSOS ENQUANTO DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA AÇÃO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Universidade Federal da Paraíba
Orientador

Profa. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa (Membro titular)
Universidade Federal da Paraíba
Membro externo

Profa. Dra. Patrícia Serpa de Souza Batista
Universidade Federal da Paraíba
Membro externo

Data da Aprovação: 29 de outubro de 2019.

João Pessoa-PB

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pelo milagre de minha existência e por ele ter sido sempre tão fiel. A minha mãe, a minha filha e ao meu esposo pelo amor incondicional e por sempre terem acreditado em mim, incentivando-me na conquista deste sonho. A todos os idosos do grupo pela amizade maravilhosa, as trocas de experiências tão significativas e por me ajudarem a encontrar mais sentido para a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por iluminar e direcionar sempre meus caminhos. Pela proteção e força durante toda essa jornada.

A minha mãe por não medir esforços para minha formação profissional. Obrigada por todo amor, carinho, ensinamentos e apoio para poder realizar mais esse sonho.

Ao meu esposo pelo seu amor, carinho e cumplicidade. Você que vivenciou intensamente as etapas desta conquista e sempre esteve ao meu lado, me incentivando e apoiando. Você é um presente de Deus em minha vida. Obrigada por me dar força a cada dia para alcançar meus sonhos. Amo você!

Aos idosos que se prontificaram a participar deste estudo. Esta dissertação não seria possível sem vocês.

À minha amiga Suênia pelo convívio durante esse período, com quem dividi muitas das alegrias e angústias. Sua presença ao meu lado foi fundamental. Obrigada pelo companheirismo, apoio e dedicação.

À toda equipe de profissionais da cidade de Alagoa Grande que acreditou comigo nesse projeto me apoiando todos os dias na execução.

Ao meu querido orientador Franklin Delano Soares Forte pela confiança depositada no desenvolver deste trabalho e nas outras atividades no decorrer do mestrado. Pela oportunidade de crescimento e ensinamentos durante esses dois anos. Obrigada pela amizade, cumplicidade e paciência.

À Profª Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa pela participação na banca de defesa do projeto e contribuições desde a fase inicial do trabalho.

À Profª Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal com quem dei meus primeiros passos na saúde coletiva e que gentilmente aceitou participar da banca examinadora.

À Profª Dra. Patrícia Serpa de Souza Batista pelos valiosos ensinamentos. Lembro-me que em suas aulas sempre buscou despertar-nos para a importância da amorosidade, do diálogo, da escuta nas ações educativas. Sua participação enriquece muito esse trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família pelos ensinamentos, dedicação e crescimento e aos colegas da turma por compartilhar anseios, expectativas e aprendizado.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Nesse contexto, as políticas de saúde, juntamente com outras políticas públicas devem promover que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de qualidade, por meio de ações que busquem proporcionar a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver da pessoa idosa. Assim, os grupos de promoção da saúde se inserem enquanto valiosas ferramentas de empoderamento em saúde da pessoa idosa. O objetivo foi desenvolver ações no campo da promoção e da educação em saúde em um grupo de idosos e compreender de que forma a participação no grupo contribuiu para empoderamento em saúde, a partir da perspectiva dos idosos. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa fundamentado nos pressupostos da pesquisa ação, realizado com 26 idosos em um município de pequeno porte populacional da Paraíba. As atividades foram realizadas mediante metodologias participativas e dialógicas, a partir de oficinas e rodas de conversa, sobre temáticas oriundas do grupo de idosos. Após a realização destas, 17 idosos foram entrevistados a fim de compreender suas percepções sobre o empoderamento em saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo analisadas segundo o método de análise de conteúdo. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2018 a março de 2019, utilizando-se diário de campo e entrevista semiestruturada. O material empírico foi submetido à análise temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 93142418.4.0000.5188. A vivência no grupo segundo os idosos influenciou no empoderamento em saúde dos idosos e na qualidade de vida em relação aos domínios físico, psicológico e social, levando-os a avaliarem as relações entre os integrantes, o compartilhamento de experiencias e aprendizagens, ressignificar projetos de vida, estimular a autonomia e independência e a satisfação com a saúde na velhice fruto de uma construção coletiva. Ao introduzir um novo olhar ao grupo onde educadores e educandos passaram a ser sujeitos em todo o processo, foi possível intervir politicamente na luta pela saúde, bem como articular o processo educativo à busca de autonomia alicerçado em uma metodologia participativa que permitiu a atuação efetiva dos participantes nesse processo. A intervenção valorizou os conhecimentos e experiências de todos, oportunizou discussão, identificação e reflexão sobre os problemas de saúde e de vida, construindo sentidos às situações concretas da vida. Torna-se imprescindível o apoio de idosos, profissionais e gestores para planejar medidas promotoras de melhorias na atenção à saúde do idoso, mais apropriadas ao contexto de vida e saúde desse grupo populacional.

Palavras-Chaves: Idosos; Envelhecimento; Promoção da saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon. In this context, health policies, along with other public policies should promote that the increase in life expectancy is accompanied by quality, through actions that seek to provide equity and improve the conditions and ways of life of the elderly. Thus, health promotion groups are inserted as valuable health empowerment tools for the elderly. The objective was to develop actions in the field of health promotion and education in an elderly group and to understand how participation in the group contributed to health empowerment, from the perspective of the elderly. This is an exploratory study, with a qualitative approach based on the assumptions of action research, conducted with 26 elderly in a small population municipality of Paraíba. The activities were carried out through participatory and dialogical methodologies, from workshops and conversation circles, on themes from the elderly group. After these, 17 elderly were interviewed in order to understand their perceptions about health empowerment. The interviews were recorded and transcribed and analyzed according to the content analysis method. Data collection took place between September 2018 and March 2019, using a field diary and semi-structured interview. The empirical material was submitted to thematic analysis. The project was approved by the CAAE Research Ethics Committee: 93142418.4.0000.5188. The experience in the group according to the elderly influenced the health empowerment of the elderly and the quality of life in relation to the physical, psychological and social domains, leading them to evaluate the relationships between the members, the sharing of experiences and learning, reframing projects of health. stimulate autonomy and independence and satisfaction with health in old age, the result of a collective construction. By introducing a new look to the group where educators and learners became subjects throughout the process, it was possible to intervene politically in the struggle for health, as well as to articulate the educational process to the search for autonomy based on a participatory methodology that allowed the effective action of the students. participants in this process. The intervention valued the knowledge and experiences of all, facilitated discussion, identification and reflection on health and life problems, building meanings to the concrete situations of life. It is essential to support the elderly, professionals and managers to plan measures that promote improvements in health care for the elderly, more appropriate to the context of life and health of this population group.

Keywords: Elderly; Aging; Health promotion; Quality of life.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliares em saúde bucal

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

EPS - Educação Popular em Saúde

eSF - Equipe Saúde da Família

NASF-ab - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção básica

PNSPI - Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....14
2.1 Contextualizando o fenômeno do envelhecimento e a promoção da saúde do idoso.....14
2.2 Empoderamento como estratégia de Promoção do envelhecimento ativo .16
2.3 A Educação Popular em Saúde nas práticas coletivas de promoção ao envelhecimento ativo na Atenção Primária a Saúde.....17
3. MÉTODO.....20
3.1 Tipo de estudo.....20
3.2 Cenário do estudo.....20
3.3 Fases da pesquisa ação.....21
3.4 Aspectos éticos.....42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....32
ARTIGO ORIGINAL 1: GRUPO DE IDOSOS ENQUANTO DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA AÇÃO. .32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....56
REFERÊNCIAS.....58
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos idosos.....65
APÊNDICE B - Instrumento B (Roteiro de Entrevista Semiestruturada para os idosos).....66
APÊNDICE C – Roteiro De Execução Das Oficinas Mensais.....67
ANEXO A- Carta de anuência da Secretaria de Saúde.....81
ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....82

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno em todo o mundo. A população global de pessoas a partir dos 60 anos de idade agora ultrapassa a de crianças de 5 anos pela primeira vez na história, segundo um documento da ONU (United Nations, 2019). No Brasil, as últimas projeções do IBGE, registraram que os idosos com 60 anos ou mais já representam 13% da população do país, com uma taxa de crescimento de idosos estimada em 4% ao ano, no período entre 2012 e 2022. Projeções indicam que, em 2030, haverá, no Brasil, 41,5 milhões de idosos e em 2060, 73,5 milhões (IBGE, 2019a).

Essa transição demográfica na proporção da população com 60 anos ou mais é acompanhada por um aumento na longevidade que está impactando a maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento do mundo. Como as pessoas estão vivendo mais, elas enfrentam um número crescente de problemas de saúde concomitantemente associados a comorbidades crônicas. Essa situação apresenta desafios para a manutenção da autonomia e independência na terceira idade, para idosos, familiares e profissionais (MURRAY et al., 2012; WHO, 2017).

No entanto, esse processo pode ser visto de forma heterogênea. Existem pessoas que envelhecem com boa qualidade de vida e saúde, com poucas patologias, com autocuidado satisfatório, bons níveis de controle de estresse e satisfação com a vida. Já outras experimentam a inatividade, a fadiga, a sarcopenia, a anorexia, comorbidades e sintomas depressivos, que comprometem a qualidade de vida e saúde na velhice (GARBACCIO et al, 2018). Além disso, o envelhecimento pode sofrer influências intrínsecas e extrínsecas representadas por aspectos individuais, da trajetória de vida, do coletivo, do acesso à educação, à saúde e aos cuidados gerais (RODRIGUES et al, 2015) que promovem impactos na manutenção da independência, autonomia, autogerenciamento em saúde e nas tomadas de decisão adequadas em saúde pelos idosos (KING et al,. 2018).

Desse modo, políticas de saúde, juntamente com outras políticas públicas devem condicionar que esse aumento da expectativa de vida seja acompanhado de qualidade de vida, por meio de ações que busquem proporcionar a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver da pessoa idosa, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de determinantes sociais,

econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014a). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe como objetivo principal recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Isso exige abordagens transformadoras que reconheçam os direitos das pessoas idosas e lhes permitam prosperar no ambiente complexo, mutável e imprevisível em que vivem agora e provavelmente viverão no futuro. Assim, em vez de projetar prescritivamente o que os idosos devem fazer, as estratégias devem promover a capacidade dos próprios idosos de inventar e reinventar o seu futuro. Considerando não apenas as abordagens que melhorem as perdas associadas à idade avançada, mas também aquelas que possam reforçar a recuperação, a adaptação, resiliência e o crescimento psicossocial.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o número de idosos que demandam assistência, informações e cuidados é crescente, e uma forma de contribuir para o alcance do objetivo da PNSPI e melhoria da qualidade de vida dos idosos é a formação de grupos de promoção a saúde. Nesse contexto, a utilização dessa abordagem pode ser considerada uma valiosa ferramenta de empoderamento na assistência aos idosos.

O empoderamento configura-se como um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde, para isso, indivíduos e comunidades precisam desenvolver habilidades, ter acesso a informações e recursos e a oportunidade de participar e influenciar nos fatores que afetam sua saúde e seu bem-estar (OMS, 2012). Essa transformação ocorre por meio do protagonismo de todos, do vínculo, do diálogo, da escuta, na perspectiva libertadora, voltada para a autodescoberta do ser-sujeito, consciente da importância do ato de cuidar.

Os grupos para idosos são espaços de diálogo e a comunicação como a base de suas atividades. No entanto, colocar um determinado número de pessoas juntas, por si só, não significa que se está trabalhando com metodologias grupais transformadoras. É sabido que, o enfoque preventivo mais utilizado na prática educativa realizada nos serviços de saúde ainda hoje, está centrado na mudança

de comportamento individual, no sentido de afastar fatores de risco, tem a persuasão como princípio orientador e o educador como sujeito da ação. Muitas vezes responsabilizando unicamente as pessoas pela sua condição de saúde, sem considerar vários fatores e determinantes sociais que impedem a adoção de hábitos saudáveis. Esse conceito mais uma vez, encontra vários obstáculos à sua abordagem visto que a saúde, além de ser um evento multifatorial, depende para o seu alcance, de mudanças estruturais básicas como renda, habitação, emprego, educação entre outros (SOUZA, BARROS, 2019).

Assim, ao se trabalhar considerando educadores e educandos como sujeitos do processo, é possível intervir politicamente na luta pela saúde, bem como articular o processo educativo à busca de autonomia alicerçado em uma metodologia participativa que permite a atuação efetiva dos participantes nesse processo. Valorizando os conhecimentos e experiências de todos, com envolvimento na discussão, identificação e reflexão sobre os problemas de saúde e de vida que emergem. É uma forma de trabalho pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação ativa em situações reais ou imaginárias provocando reflexões para que os participantes construírem sentidos às situações concretas da vida. (BRASIL, 2014c).

Desse modo, a presente pesquisa considerou os constructos da Educação Popular de Freire, pautados por um referencial dialógico e participativo (FREIRE, 2017) que estimulam a autonomia, liberdade, a consciência e incentivam as pessoas a assumirem responsabilidade por suas próprias vidas, a se engajarem em ciclos de reflexão e ação para se tornarem mais criticamente conscientes de sua existência, tomar medidas para melhorar seu desempenho como membros de um grupo e contribuir para o desenvolvimento de sua comunidade.

Também foram consideradas as dimensões de empoderamento identificadas por Cerezo et al (2016) que refletem nos seguintes indicadores: autonomia na tomada de decisão, o aumento do autocontrole, aquisição de conhecimento, habilidade de enfrentamento, atitude positiva, senso de significado da experiência da pessoa com a sua condição, motivação, confiança, autocuidado, compartilhamento e independência. Não apenas no nível individual, mas comunitário, pois considera-se que o indivíduo empoderado pode exercer

influências nos problemas do meio em que vive, considerando criticamente as questões sociais e políticas envolvidas (SANTOS et al, 2018).

Frente ao exposto, surge a necessidade de verificar como a participação em atividades de grupos de idosos vem produzindo efeitos no empoderamento em saúde. Considerando a importância dos grupos de idosos e a incorporação do empoderamento como um novo modo de se fazer saúde em uma postura que encare os idosos na sua singularidade de sujeitos com direitos, contribuindo, desse modo, para o alcance de melhores níveis de saúde dessa população. Por essa razão, a questão que norteou esse estudo converge para a seguinte inquirição: Como as ações de promoção da saúde desenvolvidas em um grupo de idosos podem contribuir para o empoderamento em saúde?

Diante disso, o presente estudo tem como objetivos desenvolver ações no campo da promoção e da educação em saúde proporcionado um cuidado integral a pessoa idosa, avaliar essas ações a partir dos significados atribuídos ao grupo pelos idosos e compreender de que forma a participação no grupo contribuiu para empoderamento em saúde da pessoa idosa.

Parte-se do pressuposto de que esse estudo pode despertar a necessidade de empoderar os idosos como prioridade fundamental em ações em grupos de promoção da saúde na APS e dar subsídios para que eles construam coletivamente, meios de maior resolutividade sobre o que afeta a saúde. Considerando que os grupos de idosos configuram-se como espaços de construção do empoderamento evocando o cuidado com a saúde e responsabilização. Além disso, visa contribuir com o processo de trabalho dos profissionais de saúde, voltando sua atenção para tal temática e para as especificidades do idoso com um suporte teórico e prático para o planejamento e implementação de ações para o cuidado integral ao idoso em grupos na atenção primária a saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualizando o fenômeno do envelhecimento e a promoção da saúde do idoso

A longevidade, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser padrão mesmo nos países mais pobres. No entanto, essa conquista maior do século XX se transformou em um grande desafio para o século atual. Viver mais é importante desde que se consiga aliar a qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, OLIVEIRA, 2018).

Este fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da populacional tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, a população de mais de 28 milhões de idosos, o que representa 13% da população brasileira, pode dobrar de tamanho nas próximas décadas (IBGE, 2019). Enquanto a França teve quase 150 anos para se adaptar a uma mudança de 10% para 20% na proporção da população com mais de 60 anos, lugares como Brasil, China e Índia terão pouco mais de 20 anos para fazer essa mesma adaptação (WHO, 2012).

Diante da perspectiva mundial de crescimento da população idosa, a busca pela promoção da saúde nessa faixa etária emerge como um desafio a ser superado, como um horizonte que deve ser alcançado, para conseguir um envelhecimento mais ativo e saudável. A promoção da saúde é indispensável na melhoria da saúde e determinantes comportamentais da população idosa, a fim de promover o envelhecimento ativo, maximizando a capacidade funcional desses indivíduos, e, consequentemente, mantendo sua independência e autonomia (BRASIL, 2005; WHO 2017).

Um dos mais importantes eventos que deu origem ao ideário da Nova Promoção da Saúde foi a Carta de Ottawa (WHO, 1986). O documento, elaborado na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986, juntamente com seus precedentes, criou os princípios basilares da Nova Promoção da Saúde, priorizando a necessidade de transformação das condições de vida das pessoas menos favorecidas; a defesa do envolvimento e da participação das pessoas nas decisões relacionadas ao setor saúde; a importância de ações intersetoriais; a capacitação de indivíduos e coletivos para

tomada de decisões; a importância do tema educação, voltado para a defesa da saúde da população, pelos profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012).

Ainda, em virtude das necessidades e vulnerabilidades que a população idosa apresenta, políticas públicas como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) , a Política Nacional de Saúde do idoso (BRASIL, 1994) e a Política Nacional de atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) surgiram para regulamentar os direitos dos idosos, estimulando sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, dentre eles o direito à vida e à saúde, por meio da prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde e um envelhecimento em condições de dignidade.

A Política Nacional de atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tem como objetivo contribuir para um envelhecimento saudável, o que significa preservar sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Desse modo, a promoção da saúde definida pela Carta de Ottawa e exaustivamente referenciado na literatura do campo da saúde, traz a ideia de empoderamento ao preconizar que é um processo que propicia às pessoas e a comunidade a possibilidade de exercer controle sobre sua saúde, elencando uma série de fatores necessários à vida saudável e enfatizando a importância da participação social e a integração intersetorial para a sua prática e alcance.

Essa lógica configura-se como oportuna, e deve ser entendida como um processo contínuo da vida para que as pessoas possam desenvolver o hábito do engajamento e da capacidade crítica a fim de tornarem-se atores da própria saúde e da própria vida, bem como influenciar mudanças sociais concretas. A promoção de uma velhice participativa deve ser incentivada para o atual cenário de maior expectativa de vida da população brasileira. Assim, a disseminação das ações de saúde que propiciam maior autonomia e bem-estar é essencial para o bem-estar comum, bem como motivar a cultura participativa na população (SOUZA, SILVA, BARROS, 2019).

2.2 O empoderamento como estratégia de Promoção do envelhecimento ativo

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um interesse crescente na literatura sobre o termo empoderamento, de conceito complexo e multifacetado apresenta definições de diversas áreas do conhecimento. O empoderamento aparece como peça-chave no cenário das ações em saúde ao ser lançada a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, definido como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que as pessoas experienciam por meio do pertencimento a distintos grupos (SILVA et al, 2012).

O educador, a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza por si mesma, as mudanças necessárias e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (FREIRE, 2013). Nesse processo, compreendendo o cuidado como ato político, profissionais da saúde assumem um papel de mediadores de processos propulsores do empoderamento na saúde garantindo espaços aos usuários, os quais refletem as situações de rupturas e mudanças do curso de vida e que possam renunciar à impotência e dependência, por mais autonomia e liberdade e, portanto, se transformarem em sujeitos ativos para si, com e para os outros (CESARINO, 2017).

Por compreender o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm controle sobre suas vidas, é necessário trabalhar com indicadores de saúde, que venham ao encontro deste processo. Assinala-se que esses indicadores, no que se refere a esses indivíduos, podem ser representados pelos níveis de independência e de autonomia em saúde, que envolvem, de acordo com Bravo et al. (2015), conhecimento, atitude, habilidade, autopercepção, autocuidado, decisão compartilhada, qualidade de vida, bem-estar/satisfação com a vida, entre outros. Nesse sentido, Cerezo (2016) também identificou em seu estudo, indicadores de empoderamento que vão ao encontro das dimensões apontadas por Bravo.

Nessa linha de aprimoramento e busca de melhor estado de saúde, e considerando a necessidade de atenção à população idosa, a Organização Mundial de Saúde lançou em 2005 a perspectiva de envelhecimento ativo, definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde,

participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2005).

Estar ativo refere-se ao envolvimento contínuo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar ativo ou de fazer parte da força de trabalho. O envelhecimento ativo tem como objetivo o aumento da expectativa de vida ativa com qualidade, independentemente da idade (OMS, 2005). Verifica-se como essas abordagens estão relacionadas e como trazem, implícita ou explicitamente a participação como forma de empoderamento, condição fundamental para usufruir a plenitude da saúde. Essa interdependência faz com que alguns autores considerem a Educação Popular em Saúde como uma modalidade de promoção de saúde (REIS, 2014), contribuindo para o envelhecimento ativo.

Para que um idoso possa seguir uma vida caracterizada como ativa, é levado em consideração sua capacidade funcional, seu grau de independência e autonomia (SOUZA, SILVA, BARROS, 2019. Assim, as políticas públicas, os programas e projetos destinados ao bem-estar dessa parcela da população devem buscar aprimorar, manter ou recuperar essas dimensões.

2.3 A Educação Popular em Saúde nas práticas coletivas de promoção ao envelhecimento ativo na Atenção Primária a Saúde

A Educação Popular em Saúde (EPS) questiona as práticas educativas verticalizadas e normatizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e se apoia na participação popular como estratégica para a integralidade da atenção e o estímulo ao pensamento crítico e ação sobre a realidade social (STOBÄUS, 2018).

A EPS é estruturada a partir de uma prática pedagógica junto, e não para, à população, com intuito de aumentar a autonomia desta, porém de forma participativa. Para Freire (2017), a autonomia é um processo de amadurecimento que ocorre gradualmente ao longo da vida, implicando a capacidade de tomada de decisão e de assunção da responsabilidade sobre a mesma. Afirma que os processos educativos que visam à autonomia devem ser experiências respeitosas da liberdade. Suprimir essa liberdade é manter o sujeito alienado, ou seja, impedido de exercer sua consciência crítica e atuar de maneira responsável nas decisões relativas à sua própria vida. Ainda de acordo com Freire (2017), a

alienação geralmente produz timidez, insegurança, frustração e um medo de correr o risco da aventura de criar, sem o qual não há criação.

A perspectiva da participação se dá para a Educação Popular em Saúde, essencialmente, partindo do diálogo entre os sujeitos envolvidos e a problematização das realidades vividas. Nessa concepção, o diálogo representa a expressão e elaboração do mundo por parte desses sujeitos, baseados na recíproca comunicação e colaboração. Para isso, o diálogo precisa caracterizar-se como autêntico, como um “reconhecimento do outro e o reconhecimento de si, no outro”, como dizia Freire (2016), já que ele se dá pela decisão e compromisso em colaborar com a construção do mundo comum a todos.

A Educação Popular em Saúde valoriza o conhecimento dos usuários, assim como seus saberes populares, e privilegia a horizontalidade relacional entre os profissionais de saúde e a comunidade com seus movimentos sociais locais. E é nessa a ação, na práxis, no trabalho do jogo dialético das relações homem-mundo que o homem toma consciência de si, do mundo e dos outros. É um processo político-pedagógico que transforma e liberta o indivíduo e a coletividade (SOUZA, 2019).

A conscientização permite que os indivíduos se apropriarem criticamente da posição que ocupam no mundo juntamente com os demais. Esta apropriação crítica os impulsiona a assumir o verdadeiro papel que lhes cabe como sujeitos da transformação do mundo, com a qual se humanizam (FREIRE, 2016). Assim, dentro dessa perspectiva, o trabalho no campo grupal é fundamental, pois qualquer oportunidade de trabalhar conjuntamente em um grupo, quebra os padrões de isolamento.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a população idosa configura-se como um grande público, demandando cuidados, orientações, acompanhamento. Nesse cenário, o grupo como processo de aprendizagem pode ser aplicado na prevenção de doenças e agravos e em cuidados específicos estando cada vez mais presente no dia a dia dos serviços e contribuindo na promoção da saúde nesse nível de atenção (DUTRA; CORRÊA, 2015; MENEZES; AVELINO, 2016). No entanto, o objetivo do grupo não deve ser apenas contemplar as condições de saúde-doença por meio da transmissão de conhecimento, prática comum entre os profissionais da saúde (VINCHA et al., 2014), mas sim transformar o

conhecimento em atitude, a partir das necessidades e da realidade dos participantes.

Esta mudança de perspectiva decorre de ações promotoras da saúde possuírem como objetivo o estímulo do empoderamento, a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia de indivíduos e coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida (BRASIL, 2014a).

Além disso, a importância da educação popular e da promoção de saúde se destaca ao permitir um olhar holístico sobre a saúde para além das necessidades fisiológicas que impulsiona o envelhecimento ativo (SOUZA, SILVA, BARROS, 2019).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi fundamentado nos pressupostos da pesquisa ação. Este é um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e conduzida em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Nessa perspectiva, os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo com a função de transformar a realidade (THIOLLENT, 2011).

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Nas pesquisas exploratórias, a principal finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ideias, com o objetivo de formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2011).

No que diz respeito às pesquisas qualitativas, Minayo (2015a) destacou que esse tipo de abordagem se preocupa com um universo que não pode ser quantificado, pois envolve a investigação de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo questões muito particulares e não podendo se reduzir à operacionalização de variáveis.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Alagoa Grande, situado na região do brejo, Paraíba, com área territorial de 320,563 km² (IBGE 2019b). A população é estimada em 28.496 habitantes. A taxa de urbanização é de 61,6%, enquanto o percentual de pessoas que residem em zona rural é de 38,4% (IBGE, 2019c).

No município cenário da pesquisa a Atenção Primária em Saúde é organizada em 12 equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) composta por 12 enfermeiros, 12 médicos e oito dentistas, 71 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 12 técnicos de enfermagem e oito auxiliares em saúde bucal (ASB).

Há um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção básica (NASF-ab) com quatro fisioterapeutas, uma fonoaudiólogo, um psicólogo, uma nutricionista e uma assistente social e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) com um enfermeiro, um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social e uma técnica de enfermagem, correspondendo a 99,2% de cobertura em saúde (SAGE, 2019). Trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS) cenário do estudo, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e cinco ACS.

A cidade contava com 4.432 pessoas acima de 60 anos até dezembro de 2018, sendo 1.900 do sexo masculino e 2.532 do sexo feminino (SISAB, 2018).

3.3 Fases da pesquisa ação

Neste estudo, assumiu-se o referencial de Thiollent (2011) que divide o processo da pesquisa-ação em quatro fases: exploratória, principal ou planejamento, ação, e por último, a avaliação (QUADRO 1).

O caráter formativo desse tipo de estudo está implícito no processo, pois o sujeito participa da tomada de consciência das mudanças que foram ocorrendo em si próprio e no processo. Nesse sentido, essa abordagem assume também o caráter emancipatório e empoderador, pois através da participação consciente, os sujeitos da pesquisa passam a ter oportunidade de se libertar de mitos e preconceitos, se permitindo mudar e reorganizando a autoconcepção. Procurou-se desconstruir as relações assimétricas entre profissionais e usuários do SUS, deslocando os sujeitos dos lugares de poder e tomada de decisão.

As oficinas e rodas conversa se desenvolveram mensalmente, no período entre setembro de 2018 a março de 2019.

Primeira fase: exploratória

Na primeira fase, a exploratória, buscou-se, através de roda de conversa realizar um diagnóstico identificando as necessidades do grupo, suas dificuldades de saúde, seus interesses, as impressões sobre os temas, as crenças e os aspectos emocionais e culturais ligados aos assuntos que o grupo escolheu para serem abordados. Numa perspectiva de reorientação de práticas e criação de produção de sentidos com base nos saberes e fazeres (SAMPAIO et al., 2014).

O grupo de idosos existia há um ano e meio e desenvolve atividades centradas na promoção da saúde na mudança de comportamento para afastar fatores de risco, tendo os profissionais como sujeitos das ações. Nessa proposta de estudo, profissionais e usuários passaram a ser sujeitos em todo o processo, articulando o processo educativo à busca de autonomia e deslocamento do poder centrado do profissional de saúde, por meio de uma metodologia participativa e dialógica.

Nessa etapa, em uma roda de conversa, os idosos sugeriram os temas a serem contemplados nos encontros do grupo, entre eles; alimentação saudável, direitos da pessoa idosa e atividade física para idosos.

Antes de iniciar as oficinas houve a sensibilização da gestão e dos profissionais da APS e NASF-ab visando motivá-los contribuir com o estudo, por meio de explanação das etapas e o desenrolar da pesquisa.

Segunda fase: planejamento das ações

Na segunda fase, para o planejamento das ações, buscou-se a partir das falas dos sujeitos na roda de conversa, emergiu uma variável de grande relevância do grupo, a escolaridade. Essa favoreceu as escolhas das metodologias e estratégias como teatro, música, dança, pintura, desenho, as quais tornaram-se importantes ferramentas, não apenas favorecer as manifestações dos idosos, suas vozes e história de vida, mas contribuir com a urgência de fomentar um lugar de escuta, para além de nossos contornos identitários, nos fazendo perceber que somos todos parte de um coletivo, nossas vidas estão sempre entrelaçadas, além de visibilizar a experiência pessoal de sujeitos muitas vezes cerceados em seu direito de expressão. A experiência de vida foi fator relevante para eles em tudo que foi desenvolvido. Os facilitadores, em todo o estudo, buscaram fazer associações entre o conteúdo e as experiências relatadas, numa relação participativa. O diálogo pressupõe relações horizontalizadas entre os sujeitos, sobre saberes e fazeres em saúde (BRASIL, 2014b).

Desse modo, ficou pactuado que mais conhecimento dessas características do grupo seria obtido através de rodas de conversa realizadas ao final de cada oficina. Durante esta etapa foram planejadas atividades realizadas mediante técnicas pedagógicas participativas, e assim, a pesquisa se desenvolveu por meio de oficinas e rodas de conversa emancipatórias conduzidas pelo próprio grupo. Como metodologia de trabalho com coletivos, a roda de conversa vem sendo desenvolvida em diversos contextos, a partir dos estudos de Paulo Freire, seu referencial teórico-metodológico da Educação Popular, em que buscou-se conciliar a troca de conhecimentos, a confraternização e a reflexão, com exposição de vivências de membros da comunidade (FREIRE, 2013).

Terceira fase: implementação das ações

A terceira fase consistiu na implementação das estratégias elaboradas e compreensão de suas implicações no contexto do grupo. Foram desenvolvidas inicialmente, cinco oficinas emancipatórias com objetivo de explicitar conhecimentos prévios, sentimentos, perplexidades e dúvidas sutis e ainda pouco elaboradas, numa perspectiva de valorização dos saberes e interesses dos participantes, problematização da realidade, dialogo autêntico, respeitando a presença de elementos imprevisíveis de emoção e afeto, presentes no encontro humano que se dá no cuidado em saúde (VASCONCELOS, CRUZ, PRADO, 2016).

As oficinas se constituíram em um espaço privilegiado de criação e descobertas, onde o processo e o produto se compõem uma única dialética, cujos objetivos e passos são pactuados com os participantes, portanto é pluridimensional, criativo, planejado e coordenado coletivamente. O compromisso e responsabilidade dos participantes são essenciais, pois cada um é responsável na produção do que se quer obter, tendo como referência as potencialidades do grupo. Oficina é um lugar de vida e consertos, utiliza dinâmicas de grupos e rodas de conversas para proporcionar reparos, criatividade, descobertas, trabalho, transformação, enfim, de construção do conhecimento. O facilitador viabiliza e é coparticipante do processo educativo, problematiza a temática em questão, não prevê o resultado por acreditar na originalidade da contribuição de cada participante, estimulando assim a produção de conhecimento e recriação deste, tanto coletivamente quanto individualmente (PULGA, 2014).

Na primeira oficina, denominada ‘colcha de retalhos’, buscou-se construir através da pintura, a identidade cultural dos idosos e da comunidade, isso implica em buscar a própria história, conhecer a si mesmos e tudo ao redor, é “entender para respeitar” nossos sentimentos e os daqueles com quem compartilhamos a vida (BRASIL, 2014b).

A segunda oficina se desenvolveu através de um café da manhã compartilhado. Foi possível compreender a relação dos idosos com a alimentação onde cada um trouxe para compartilhar com os demais um alimento que fazia parte das suas refeições. Diante das dificuldades alimentares referidas, eles mostraram seu potencial e conhecimentos fazendo surgir algumas preparações

saudáveis, respeitando a cultura alimentar local, como alternativa imensidão de alimentos industrializados, transgênicos, passando à condição de formador junto ao grupo, multiplicador e protagonista. Desse modo, a autonomia vai se constituindo da experiência de várias e inúmeras decisões (FREIRE, 2017).

A terceira oficina realizada foi uma encenação no Teatro do Oprimido de Boal (2013). Durante a discussão para a escolha do enredo do espetáculo, o grupo considerou as histórias representativas do coletivo para encenar uma consulta com um profissional de saúde onde um idoso representou o profissional e o outro o usuário. Em clima de descontração, o idoso encarnou copiosamente o papel de profissional da saúde reproduzindo uma vida de relações verticalizadas e autoritárias por parte dos profissionais. Desse modo, foi possível todos contribuírem para a resolução de um conflito com base na história particular de um sujeito. Quem narrou a história passa a jogar com uma nova imagem artística sobre ela, extrapolando a realidade social em direção a uma realidade fictícia. Em seguida, retorna à realidade social munido de elementos capazes de auxiliá-lo a enfrentar conflitos (SANTOS, 2016).

A quarta oficina se desenvolveu com a contação de histórias em uma atividade de cultura e lazer com passeio histórico. A contação de história mostra-se pertinente e efetiva ao se afinar com os determinantes sociais do envelhecimento ativo nos idosos participantes, permitindo ressignificar o processo de viver envelhecendo e protagonizando o próprio envelhecimento com qualidade (COSTA, 2016).

Para essa atividade, os idosos demostraram muita autonomia em seu planejamento ao se unirem para formar uma banda de forro pé de serra, com instrumentos musicais que tinham habilidades, escolheram as composições típicas da cultura local. A dança com música é uma forma envolvente e motivadora de exercício com o potencial de otimizar movimento, equilíbrio, força, expressão criativa, bem-estar e interação social (KOSMAT, 2017; MATHEWS, 2001; SATOH, 2017).

Além disso, inseriram novos elementos históricos em um livro que está sendo escrito por um historiador da cidade que acompanhou a atividade. Outra abordagem realizada nessa oficina foi a prática da caminhada e do alongamento com uma sessão, levando-se em consideração a flexibilidade, elasticidade e

capacidade aeróbica dos idosos e ampliando a discussão sobre os benefícios da atividade física na prevenção de quedas e distúrbios do aparelho respiratório e esquelético, fortalecimento dos ossos e articulações. Os efeitos positivos da prática de exercícios físicos na funcionalidade de idosos incluem maior independência em atividades de autocuidado, melhoria da autoestima, melhor qualidade de vida, maior expectativa de vida, redução do risco de quedas e da mortalidade (GAZOLLA, 2017).

A quinta oficina realizada foi denominada “Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa”. Nesse encontro foi possível refletir, a partir de um caso fictício de uma idosa, sobre os direitos já conquistados através do Estatuto do Idoso e mobilização em sua defesa. A implantação de políticas públicas como a PNSI, programas e ações que atendam às suas demandas, como o Conselho Municipal da pessoa idosa, o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS). Conforme pode ser observado no Quadro 1.

Para as oficinas utilizou-se a observação participante e registro através de diário de campo (MINAYO, 2018), além de fotos e vídeos.

As oficinas se configuraram como o momento de ação do projeto e foram organizadas de modo a evitar atividades com tempo limitado, para não causar desânimo ou pressão nos idosos, pois ao se trabalhar com eles, sabe-se que algumas vezes é preciso repetir instruções (APÊNDICE C). O Quadro 1 apresenta as etapas da pesquisa-ação.

Quadro 1: Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação

Fases do estudo	Estratégias e utilizadas	Objetivos/Metas	Produto
Primeira fase: Exploratória (Diagnóstico)	Roda de conversa	Identificar temas elegíveis pelos idosos. Compreender as necessidades e dificuldades de saúde do grupo, seus interesses, as impressões, crenças e os aspectos emocionais e culturais ligados aos assuntos aos temas	Escolha de temas: alimentação saudável, direitos da pessoa idosa e atividade física para idosos
Segunda Fase: Planejamento das ações	Roda de conversa	Discutir sobre metodologias participativas, levando-se em consideração as falas dos sujeitos na roda de conversa	Metodologias facilitadoras: teatro, dança, música, pintura

Terceira fase: implementação das ações (Integração das ações propostas)	Oficina Colcha de retalhos	Trabalhar memória, imaginação, criatividade, trabalho em grupo, sensibilidade, importância, identidade na representação da história de vida de cada idoso como uma fotografia.	Colcha de memórias
	Café da manhã compartilhado	Abordar a alimentação saudável de modo ampliado. A comida como oportunidade de socialização, as lembranças que remetem, os obstáculos para uma alimentação saudável, valorização da culinária regional.	Lista de receitas
	Oficina Teatro do Oprimido	Representar cenas e situações conflituosas do cotidiano dos idosos a fim de promover um ambiente propício para a expressão de sentimentos e estimular as habilidades e a autonomia dos idosos para superar obstáculos	Frase coletiva que representa o empoderamento "Viver a vida com qualidade até quando Deus quiser"
	Atividade de cultura e lazer com passeio histórico	Favorecer a ação e reflexão para recriar sua própria história, da comunidade e da cidade, a partir da contação de histórias das experiencias vivenciadas. Articulação com músicas e danças locais, bem como a atividade física.	Uma sequência de exercícios para prevenir quedas. Formação de uma banda de Forró Pé de Serra. Participação dos idosos no livro que conta a história da cidade
	Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa	Refletir sobre os direitos já conquistados e mobilização em sua defesa, na implantação de políticas públicas, programas e ações que atendam às suas demandas. Discutir maneiras de potencializa ações existentes e encorajá-los a serem agentes ativos	Construção do mapa da rede de apoio ao idoso no munícipio
Quarta fase: a avaliação	Entrevista semiestruturada	Compreender a contribuição das ações e do grupo para empoderamento em saúde da pessoa idosa.	Influência na saúde e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social

Nessa etapa utilizou-se a observação participante e registro através de diário de campo das conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo (MINAYO, 2018), além de fotos e vídeos (APÊNDICE C). No Quadro 2 observa-se análise das fases da pesquisa-ação a partir do registro no diário de campo.

Quadro 2: Análise das fases da pesquisa-ação a partir do diário de campo.

Fases do estudo	Estratégias e utilizadas	Depoimentos	Dimensões de empoderamento
Primeira fase: Exploratória (Diagnóstico)	Roda de conversa para identificar temas elegíveis pelos idosos e compreender suas necessidades de saúde	"Eu tenho vergonha!" "Eu não sei não!"	Desconforto com a inversão de papéis
		"A gente podia falar sobre os alimentos, caminhada." "O direito dos idosos que é importante"	Motivação e confiança com a nova proposta
Segunda Fase: Planejamento das ações	Roda de conversa para discutir metodologias participativas.	"Eu não sei escrever." "Sou muito vergonhosa. Até que aqui eu tô me animando mais." "Eu sou muito animado, por isso vocês não me deixam de fora."	Motivação e confiança com a nova proposta
Terceira fase: implementação das ações (Integração das ações propostas)	Oficina Colcha de retalhos	"Ah! Eu não sei desenhar!" "Não consigo!" "Eu não vou fazer desenho não! "Eu nunca pintei nada."" "Pensei que iam falar de diabetes, olhar a pressão, a nutricionista ia falar!"	Resistência com a nova proposta
		"Eu desenhei um gato, meu herói quando era menino, matava todos os ratos de casa, era muito rato." "Essa é a sapata (desenho) da minha casa. Eu que construí minha casa. Já construí muita casa nessa vida." "Eu desenhei um jardim, minha vida toda gostei de rosa, por isso me casei com uma rosa""	Senso de significado, liberdade, confiança e motivação para compartilhar sua história de vida
	Café da manhã compartilhado	"Lá em casa eu moro só, como só." "Na geladeira tem muita coisa ofensiva."	Dificuldades para uma alimentação saudável
		"Eu sei fazer cuscuz. Minha mãe fazia cuscuz do milho do roçado." "A manteiga, a coalhada a gente fazia só com o leite da vaca. Eu ainda faço"	Autonomia, independência, habilidades de enfrentamento. Passando à condição de formador junto ao grupo, multiplicador e protagonista
	Oficina Teatro do Oprimido	"Eu já deixei de ir pras festa por causa que eu tenho diabetes". **Diálogo Teatro do Oprimido** "Você não pode comer nada, o que você pode muito é caminhar, caminhar de manhã, de tarde, de noite" (Idoso no papel de profissional). "E eu vou morrer de fome é? E	Situações de opressão vivenciadas no cotidiano. Reprodução de relações verticalizadas ao longo da vida com profissionais de saúde. Habilidades de enfrentamento. Renúncia da situação de

		eu não gosto de caminhar" (Idoso no papel de usuário). "Aí o problema é seu!" (Idoso no papel de profissional). "Como é que eu venho aqui, conto o meu problema e o senhor só diz que eu não posso comer, só posso caminhar" (o idoso no papel de usuário) "É, você tem que caminhar pra maneirar esse corpo" (Idoso no papel de profissional)., "E se e se eu sentir fome?" (Idoso no papel de usuário). "Ah! Se segure no veneno que nem cobra" (Idoso no papel de profissional conclui o atendimento).	dependência e impotência
	Atividade de cultura e lazer com passeio histórico	"Eu toco sanfona, faz bem pra mim. Tô me exercitando, fazendo bem ao povo e para os idosos." "Essa é a primeira vez que eu tô dançando desde que meu marido morreu. Ele não me deixava dançar. Dancei muito quando era solteira." "No dia que mataram a cumade Margarida ficou tudo escuro, mexeram na energia da cidade." "Um dia eu tava fazendo um corte de cana, carregando um caminhão e ela (Margarida) chegou com a equipe dela reunindo o povo dizendo que sábado ela vinha pra passar um filme pro povo, que o patrão ia ser obrigado a assinar a carteira. Ela (Margarida) perguntou: você faz o que aqui? 'Eu sou o motorista' Isso foi numa segunda feira, quando foi no sábado, dia que ela marcou, tinha três caras cada um com uma 12 esperando ela...."	Liberdade, decisão compartilhada, Autonomia na tomada de decisão ao se unirem para formar uma banda de forro pé de serra na comunidade. Ação e reflexão para recriar sua própria história, da comunidade e da cidade, a partir das experiencias vivenciadas.
	Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa	"Ela podia ir logo pro hospital tratar dessa ferida" Não adianta ela tratar a ferida se em casa ela não é bem tratada, tem que denunciar os filhos"	Habilidades de enfrentamento, decisão compartilhada, Autonomia na tomada de decisão

Parte do levantamento sobre a situação em que se desejou intervir (fase exploratória) e, após discussões e acordos entre os participantes, gerou pactos de ação (fase de planejamento), que, quando colocados em prática (fase de ação), são continuamente avaliados na fase subsequente, de avaliação.

Quarta fase: avaliação

Na etapa de avaliação, etapa obrigatória e continua no processo de pesquisa ação, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada em profundidade (APÊNDICE B) com o objetivo de avaliar as ações a partir dos significados atribuídos ao grupo pelos idosos e compreender de que forma a participação no grupo contribuiu para empoderamento em saúde da pessoa idosa.

Foi realizado o agendamento das entrevistas com os idosos que se dispuserem a participar da pesquisa, após conhecimento, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 25 minutos. Participaram das oficinas 26 idosos, dentre esses, 17 foram entrevistados para avaliarem as ações realizadas. Para a determinação do número de participantes e encerramento do trabalho de campo utilizou-se o processo de amostragem por saturação teórica. Neste caso, o pesquisador interrompe a coleta de dados quando constata que sua interação no campo de pesquisa já não fornece novos elementos para balizar ou aprofundar a teorização do objeto de pesquisa (SAUNDERS et al, 2018).

Como critérios de inclusão considerou-se os que frequentaram regularmente as atividades do grupo de idosos, cadastrados na UBS investigada e em seu respectivo grupo de promoção e educação em saúde, com idade igual ou superior a 60 anos, participando do grupo há no mínimo seis meses, uma vez que o empoderamento é entendido como resultado de um processo. Foram excluídos os idosos com enfermidades neurológicas que gerem limitações cognitivas, quadros de dependência e incapacidade de se comunicar verbalmente.

A entrevista foi realizada por um único pesquisador em março/2019 com cada participante, em local de conveniência do idoso, confortável, silencioso e de maneira individual. Nesta etapa, utilizou-se um roteiro para a entrevista com os idosos (APÊNDICE B). Previamente as entrevistas discutiu-se sobre as vivências das oficinas, o objetivo da presente pesquisa ação e realizou-se uma simulação de entrevistas.

Para essa etapa do processo de investigação, todas as entrevistas foram gravadas (áudio). Posteriormente, transcritas as falas dos participantes e seguido

as etapas propostas por Bardin (2014), para análise de conteúdo, com apoio do método dialético, que valoriza a análise a partir de uma categoria teórica que se expressa na realidade através de outras empíricas. A análise temática de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (MINAYO, 2015b).

Para Bardin (2014), a análise de conteúdo se aplica a discursos extremamente diversificados. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Neste estudo, para a análise de conteúdo, adotamos a técnica da análise temática que consiste na contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada para o discurso ou frase como unidade de codificação.

Portanto, a análise de conteúdo do presente estudo foi organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos. A pré-análise consiste na descrição analítica dos dados, ou seja, constituiu-se no tratamento da informação contida nos textos transcritos e teve como objetivo a descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação. A segunda etapa foi a exploração do material, ou seja, uma operação classificatória que possibilitará a constituição das categorias representativas do texto, segundo Bardin (2014).

O primeiro procedimento adotado foi a identificação das expressões chaves reincidentes e representativas do conteúdo das falas dos participantes após leituras repetitivas do texto transcrito. As expressões chaves são organizadas de acordo com a ideia central apresentada pelas mensagens, constituindo-se no eixo de análise (BARDIN 2014; MINAYO, 2017).

A terceira etapa foi o tratamento dos dados obtidos e a interpretação que permitirá o aprofundamento da análise diante os resultados brutos adquiridos nas fases anteriores. A partir dos eixos de análise (BARDIN 2014; MINAYO, 2017) que são as categorias emergidas das falas, busca-se identificar as percepções

dos idosos acerca do grupo que eles participam e sua contribuição no empoderamento em saúde.

Para preservar o anonimato, as contribuições dos participantes foram identificadas, ao longo do estudo, com a letra “I”, correspondendo ao termo “idoso”**,** seguida de algarismos arábicos que representam a ordem dada às entrevistas (I1, I2, I3...).

3.4 Aspectos éticos

Inicialmente o projeto foi encaminhado à Secretaria de Saúde do município de Alagoa Grande/PB para solicitação da carta de anuência. Após o recebimento desta, encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Ciências da Saúde/UFPB, sendo aprovado sob número CAAE: 93142418.4.0000.5188. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), cabendo a estes assinar e ficar de posse de uma cópia, conforme recomenda a Resolução 466/12.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO ORIGINAL 1:
Artigo a ser encaminhado para Revista Interface: comunicação, educação e saúde

Grupo de idosos enquanto dispositivo de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação

Elderly group as a health empowerment instrument: a research proposal action
Grupo de ancianos como dispositivo de empoderamiento de la salud: una acción de propuesta de investigación

RESUMO

O objetivo foi desenvolver ações no campo da promoção e da educação em saúde com idosos, avaliar essas ações a partir dos significados atribuídos ao grupo e compreender a contribuição para empoderamento em saúde. Realizou-se uma pesquisa ação com idosos em um município Paraíba. Das entrevistas com 17 idosos foram extraídas as seguintes categorias temáticas: significados atribuídos ao grupo e concepções de mudanças; manutenção da autonomia e independência, e satisfação com a saúde da velhice. A vivência no grupo influenciou nos domínios físico, psicológico e social. Pode-se compreender a importância dos idosos na criação de espaços criativos, participativos, considerando os elementos contextuais e conjunturais o que representou reconhecer distanciamentos, reaproximações, estranhamentos, e diálogos que permitiram os (re)encontros. Observou-se nos relatos dos idosos o sentimento de pertencimento que os fortalece e traz satisfação com a saúde e a vida.

Palavras-Chaves: Idosos. envelhecimento. promoção da saúde. qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective was to develop actions in the field of health promotion and education with the elderly, to evaluate these actions from the meanings attributed to the group and to understand the contribution to health empowerment. An action research was conducted with the elderly in a Paraíba municipality. From the interviews with 17 elderly, the following thematic categories were extracted: meanings attributed to the group and conceptions of change; maintenance of autonomy and independence, and satisfaction with the health of old age. The experience in the group influenced the physical, psychological and social domains. It is possible to understand the importance of the elderly in the creation of creative, participative spaces, considering the contextual and conjunctural elements which represented recognizing distances, rapprochements, estrangements, and dialogues that allowed (re) encounters. It was observed in the reports of the elderly the sense of belonging that strengthens them and brings satisfaction with health and life.

Keywords: Elderly. aging. health promotion. quality of life.

RESUMEN

El objetivo era desarrollar acciones en el campo de la promoción de la salud y la educación con los ancianos, evaluar estas acciones a partir de los significados atribuidos al grupo y comprender la contribución al empoderamiento de la salud. Se realizó una investigación de acción con los ancianos en un municipio de Paraíba. De las entrevistas con 17 ancianos, se extrajeron las siguientes categorías temáticas: significados atribuidos al grupo y concepciones de cambio; mantenimiento de la autonomía e independencia, y satisfacción con la salud de la vejez. La experiencia en el grupo influyó en los dominios físicos, psicológicos y sociales. Es posible comprender la importancia de las personas mayores en la creación de espacios creativos y participativos, considerando los elementos contextuales y coyunturales que representaban el reconocimiento de las distancias, acercamientos, alejamientos y diálogos que permitieron los (re) encuentros. Se observó en los informes de los ancianos el sentido de pertenencia que los fortalece y brinda satisfacción con la salud y la vida.
Palabras llave: Ancianos. envejecimiento. promoción de la salud. calidad de vida.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno em todo o mundo. A população global de pessoas a partir dos 60 anos de idade agora ultrapassa a de crianças de 5 anos.[1] No Brasil, as últimas projeções do IBGE, registraram que os idosos com 60 anos ou mais já representam 13% da população do país, com uma taxa de crescimento de idosos estimada em 4% ao ano, no período entre 2012 e 2022. Projeções indicam que, em 2030, haverá, no Brasil, 41,5 milhões de idosos e em 2060, 73,5 milhões.[2]

Essa transição demográfica é acompanhada por um aumento na longevidade que está impactando a maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento do mundo. Como as pessoas estão vivendo mais, elas enfrentam um número crescente de problemas de saúde concomitantemente associados a comorbidades crônicas. Essa situação apresenta desafios para a manutenção da autonomia e independência na terceira idade para idosos, familiares e profissionais. [3-4]

Desse modo, políticas de saúde, juntamente com outras políticas públicas devem condicionar que esse aumento da expectativa de vida seja acompanhado de qualidade de vida, por meio de ações que busquem proporcionar a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver da pessoa idosa, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.[5] Nesse

sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe como objetivo principal recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).[6]

Isso exige abordagens transformadoras que reconheçam os direitos das pessoas idosas e lhes impulsionem a prosperar no ambiente complexo e mutável em que vivem agora e viverão no futuro. Assim, em vez de projetar prescritivamente o que os idosos devem fazer, as estratégias devem promover a capacidade dos próprios idosos de construir e reconstruir o seu futuro.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o número de idosos que demandam assistência, informações e cuidados é crescente e uma forma de contribuir para o alcance do objetivo da PNSPI e melhoria na qualidade de vida dos idosos é a formação de grupos de promoção a saúde. Nesse contexto, a utilização dessa abordagem pode ser considerada uma valiosa ferramenta de empoderamento na assistência aos idosos.

O empoderamento configura-se como um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde, para isso, indivíduos e comunidades precisam desenvolver habilidades, ter acesso a informações e recursos e a oportunidade de participar e influenciar os fatores que afetam sua saúde e seu bem-estar.[7] Essa transformação ocorre por meio da participação de todos, vínculo, diálogo, escuta, na perspectiva libertadora, voltada para a autodescoberta do ser-sujeito, consciente da importância do ato de cuidar.

Assim, ao se trabalhar como sujeitos do processo, é possível intervir politicamente na luta pela saúde, bem como articular o processo educativo à busca de autonomia. Valorizando os conhecimentos e experiências de todos, com envolvimento nas discussões, identificação e reflexão sobre os problemas de saúde e de vida que emergem. Essa vivência e participação ativa em situações reais ou imaginárias pode trazer reflexões fazendo-os construírem sentidos às situações concretas da vida.[8]

Desse modo, a presente pesquisa considerou os constructos da Educação Popular de Freire pautados por um referencial dialógico e participativo[9] que aborda o empoderamento, a autonomia, liberdade, conscientização no contexto

das relações de opressão social. E, as dimensões de empoderamento que refletem nos seguintes indicadores: autonomia na tomada de decisão, o aumento do autocontrole, aquisição de conhecimento, habilidade de enfrentamento, atitude positiva, senso de significado da experiência da pessoa com a sua condição, motivação, confiança, autocuidado, compartilhamento e independência.[10] Não apenas no nível individual, mas comunitário, pois considera-se que o indivíduo empoderado pode exercer influências nos problemas do meio em que vive, considerando criticamente as questões sociais e políticas envolvidas.[11]

Diante disso, o presente estudo tem como objetivos desenvolver ações no campo da promoção e da educação em saúde proporcionado um cuidado integral a pessoa idosa e avaliar essas ações a partir dos significados atribuídos ao grupo pelos idosos e compreender de que forma a participação no grupo contribuiu para empoderamento em saúde da pessoa idosa.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa[12] fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação, um tipo de pesquisa social onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo com a função de transformar a realidade.[13]

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Alagoa Grande na Paraíba. Participaram 26 idosos das oficinas realizadas mensamente entre setembro de 2018 a março de 2019. Desses, 17 foram convidados a avaliarem as ações através de entrevista semiestruturada realizadas em março de 2019. Como critérios de inclusão considerou-se a idade igual ou superior a 60 anos, frequentar regularmente as atividades do grupo há pelo menos seis meses, uma vez que o empoderamento é entendido como resultado de um processo, ser cadastrado na UBS investigada e em seu respectivo grupo de promoção a saúde. Foram excluídos os idosos com enfermidades neurológicas que gerem limitações cognitivas, quadros de dependência e incapacidade de se comunicar verbalmente.

Todas as entrevistas foram áudio gravadas. Posteriormente, transcritas e seguido as três etapas da análise de conteúdo.[14] A pré-análise consistiu na descrição analítica dos dados com o objetivo de descobrir os núcleos de sentido

que compõem a comunicação. A segunda etapa foi a exploração do material com identificação das expressões chaves reincidentes e representativas do conteúdo das falas dos participantes após leituras repetitivas do texto transcrito. A terceira etapa foi o tratamento dos dados obtidos e a interpretação que permitiu o aprofundamento da análise diante os resultados brutos adquiridos nas fases anteriores. [14-15]

Contexto da pesquisa

Neste estudo, assumiu-se o referencial da pesquisa-ação que divide o processo em quatro fases: exploratória, principal ou planejamento, ação, e por último, a avaliação[13] (QUADRO 1).

O grupo de idosos iniciou suas ações há um ano e meio e desenvolve atividades centradas na promoção da saúde direcionadas para a mudança de comportamento para afastar fatores de risco, tendo os profissionais como sujeitos das ações. Nessa nova proposta, profissionais e usuários passam a ser sujeitos em todo o processo, articulando o processo educativo à busca de autonomia e poder, por meio de uma metodologia participativa. Procurou-se desconstruir as relações assimétricas entre profissionais e usuários do SUS, deslocando os sujeitos dos lugares de poder e tomada de decisão.

Primeira fase: exploratória

Na fase exploratória foi possível realizar um diagnóstico com contextualização sobre a situação do grupo e suas necessidades na perspectiva de reorientação de práticas e criação de produção de sentidos com base nos saberes e fazeres[16]. Dessa fase emergiram os elementos necessários para dar continuidade a segunda etapa, o planejamento.

Segunda fase: planejamento das ações

Na etapa de planejamento das ações partindo da fala anterior dos sujeitos, emergiu uma variável de grande relevância do grupo foi a escolaridade, pois moldou as escolhas das metodologias e estratégias como pintura, teatro, música, dança, filme, desenho, utilizadas de modo a favorecer não apenas as manifestações dos idosos, suas vozes e história pessoal, mas contribuir com a urgência de fomentar um lugar de escuta, para além de nossos contornos identitários, nos fazendo perceber que somos todos parte de um coletivo,

nossas vidas estão sempre entrelaçadas, além de visibilizar a experiência pessoal de sujeitos muitas vezes cerceados em seu direito de expressão.

Terceira fase: implementação das ações

A fase de ação, buscou-se implementar as estratégias elaboradas e compreender suas implicações no contexto do grupo. Foram desenvolvidas inicialmente, cinco oficinas emancipatórias com objetivo de explicitar conhecimentos prévios, sentimentos, perplexidades e dúvidas sutis e ainda pouco elaboradas, numa perspectiva de valorização dos saberes e interesses dos participantes, problematização da realidade, dialogo autêntico, respeitando a presença de elementos imprevisíveis de emoção e afeto, presentes no encontro humano que se dá no cuidado em saúde[17].

A primeira, denominada ‘colcha de retalhos’ buscou-se construir através da pintura, a identidade cultural dos idosos e da comunidade, isso implica em buscar a própria história, conhecer a si mesmos e tudo ao redor, é “entender para respeitar” nossos sentimentos e os daqueles com quem compartilhamos a vida.[8]

A segunda oficina se desenvolveu através de um café da manhã compartilhado. Foi possível compreender a relação dos idosos com a alimentação onde cada um trouxe para compartilhar com os demais um alimento que fazia parte das suas refeições. Diante das dificuldades alimentares referidas, eles mostraram seu potencial e conhecimentos fazendo surgir algumas preparações saudáveis, respeitando a cultura alimentar local, como alternativa imensidão de alimentos industrializados, transgênicos, passando à condição de formador junto ao grupo, multiplicador e protagonista. Desse modo, a autonomia vai se constituindo da experiência de várias e inúmeras decisões.[18]

A terceira oficina realizada foi uma encenação no Teatro do Oprimido.[19] Durante a discussão para a escolha do enredo do espetáculo, o grupo considerou as histórias representativas do coletivo para encenar uma consulta com um profissional de saúde onde um idoso representou o profissional e o outro o usuário. Em clima de descontração, o idoso encarnou copiosamente o papel de profissional da saúde reproduzindo uma vida de relações verticalizadas e autoritárias por parte dos profissionais. Desse modo, foi possível todos contribuírem para a resolução de um conflito com base na história particular de um sujeito. Quem narrou a história passa a jogar com uma nova imagem artística

sobre ela, extrapolando a realidade social em direção a uma realidade fictícia. Em seguida, retorna à realidade social munido de elementos capazes de auxiliá-lo a enfrentar conflitos[20].

A quarta oficina se desenvolveu com a contação de histórias em uma atividade de cultura e lazer com passeio histórico. A contação de história mostra-se pertinente e efetiva ao se afinar com os determinantes sociais do envelhecimento ativo nos idosos participantes, permitindo ressignificar o processo de viver envelhecendo e protagonizando o próprio envelhecimento com qualidade[21].

Para essa atividade, os idosos demostraram muita autonomia em seu planejamento ao se unirem para formar uma banda de forro pé de serra, com instrumentos musicais que tinham habilidades, escolheram as composições típicas da cultura local. A dança com música é uma forma envolvente e motivadora de exercício com o potencial de otimizar movimento, equilíbrio, força, expressão criativa, bem-estar e interação social.[22,-24]

Além disso, inseriram novos elementos históricos em um livro que está sendo escrito por um historiador da cidade que acompanhou a atividade. Outra abordagem realizada nessa oficina foi a prática da caminhada e do alongamento com uma sessão, levando-se em consideração a flexibilidade, elasticidade e capacidade aeróbica dos idosos e ampliando a discussão sobre os benefícios da atividade física na prevenção de quedas e distúrbios do aparelho respiratório e esquelético, fortalecimento dos ossos e articulações. Os efeitos positivos da prática de exercícios físicos na funcionalidade de idosos incluem maior independência em atividades de autocuidado, melhoria da autoestima, melhor qualidade de vida, maior expectativa de vida, redução do risco de quedas e da mortalidade.[25]

A quinta oficina realizada foi denominada “Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa”. Nesse encontro foi possível refletir sobre os direitos já conquistados através do Estatuto do Idoso e mobilização em sua defesa. A implantação de políticas públicas como a PNSI, programas e ações que atendam às suas demandas, como as do Conselho Municipal da pessoa idosa, o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada

em Assistência Social (CREAS), para isso, utilizou-se um caso fictício de uma idosa. Conforme pode ser observado no Quadro 1.

Para as oficinas utilizou-se a observação participante e registro através de diário de campo [26] além de fotos e vídeos.

Quadro 1: Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação

Fases do estudo	Estratégias e utilizadas	Objetivos/Metas	Produto
Primeira fase: exploratória (Diagnóstico).	Roda de conversa	Identificar temas elegíveis pelos idosos. Compreender as necessidades e dificuldades de saúde do grupo, seus interesses, as impressões, crenças e os aspectos emocionais e culturais ligados aos assuntos aos temas	Temas: alimentação saudável, direitos da pessoa idosa e atividade física para idosos
Segunda fase: Planejamento das ações	Roda de conversa	Discutir sobre metodologias participativas, levando-se em consideração as falas dos sujeitos na roda de conversa	Metodologias facilitadoras: teatro, dança, música, pintura
Terceira fase Implementação das ações	Oficina Colcha de retalhos	Trabalhar memória, imaginação, criatividade, trabalho em grupo, sensibilidade, importância, identidade na representação da história de vida de cada idoso como uma fotografia.	Colcha de memórias
	Café da manhã compartilhado	Abordar a alimentação saudável de modo ampliado. A comida como oportunidade de socialização, as lembranças que remetem, os obstáculos para uma alimentação saudável, valorização da culinária regional.	Lista de receitas
	Oficina Teatro do Oprimido	Representar cenas e situações conflituosas do cotidiano dos idosos a fim de promover um ambiente propício para a expressão de sentimentos e estimular as habilidades e a autonomia dos idosos para superar obstáculos	Frase coletiva que representa o empoderamento "Viver a vida com qualidade até quando Deus quiser"
	Atividade de cultura e lazer com passeio histórico	Favorecer a ação e reflexão para recriar sua própria história, da comunidade e da cidade, a partir da contação de histórias das experiencias vivenciadas. Articulação com músicas e danças locais, bem como a atividade física.	Uma sequência de exercícios para prevenir quedas. Formação de uma banda de Forró Pé de Serra. Participação dos idosos no livro que conta a história da cidade
	Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa	Refletir sobre os direitos já conquistados e mobilização em sua defesa, na implantação de políticas públicas, programas e ações que atendam às suas demandas. Discutir maneiras	Construção do mapa da rede de apoio ao idoso no munícipio

		de potencializa ações existentes e encorajá-los a serem agentes ativos	
Quarta fase: avaliação	Entrevista semiestruturada	Compreender a contribuição das ações e do grupo para empoderamento em saúde da pessoa idosa.	Influência na saúde e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social

Quadro 2: Análise das fases da pesquisa-ação a partir do diário de campo.

Fases do estudo	Estratégias e utilizadas	Depoimentos	Dimensões de empoderamento
Primeira fase: exploratória (Diagnóstico).	Roda de conversa para identificar temas elegíveis pelos idosos e compreender suas necessidades de saúde	"Eu tenho vergonha!" "Eu não sei não!"	Desconforto com a inversão de papéis
		"A gente podia falar sobre os alimentos, caminhada." "O direito dos idosos que é importante"	Motivação e confiança com a nova proposta
Segunda fase: Planejamento das ações	Roda de conversa para discutir metodologias participativas.	"Eu não sei escrever." "Sou muito vergonhosa. Até que aqui eu tô me animando mais." "Eu sou muito animado, por isso vocês não me deixam de fora."	Motivação e confiança com a nova proposta
Terceira fase Implementação das ações	Oficina Colcha de retalhos	"Ah! Eu não sei desenhar!" "Não consigo!" "Eu não vou fazer desenho não! "Eu nunca pintei nada."" "Pensei que iam falar de diabetes, olhar a pressão, a nutricionista ia falar!"	Resistência com a nova proposta
		"Eu desenhei um gato, meu herói quando era menino, matava todos os ratos de casa, era muito rato." "Essa é a sapata (desenho) da minha casa. Eu que construí minha casa. Já construí muita casa nessa vida." "Eu desenhei um jardim, minha vida toda gostei de rosa e me casei com uma"	Senso de significado e Motivação para compartilhar sua história de vida
	Café da manhã compartilhado	"Lá em casa eu moro só, como só." "Na geladeira tem muita coisa ofensiva."	Dificuldades para uma alimentação saudável
		"Eu sei fazer cuscuz. Minha mãe fazia cuscuz do milho do roçado." "A manteiga, a coalhada a gente fazia só com o leite da vaca. Eu ainda faço"	Autonomia, independência, habilidades de enfrentamento. Passando à condição de formador junto ao grupo, multiplicador e protagonista

	Oficina Teatro do Oprimido	“Eu já deixei de ir pras festa por causa que eu tenho diabetes”. **Diálogo Teatro do Oprimido** “Você não pode comer nada, o que você pode muito é caminhar, caminhar de manhã, de tarde, de noite” (Idoso no papel de profissional). “E eu vou morrer de fome é? E eu não gosto de caminhar” (Idosos no papel de usuário). “Aí o problema é seu!” (Idoso no papel de profissional). “Como é que eu venho aqui, conto o meu problema e o senhor só diz que eu não posso comer, só posso caminhar” (o idoso no papel de usuário) “É você tem que caminhar pra maneirar esse corpo” (Idoso no papel de profissional)., “E se e se eu sentir fome?” (Idoso no papel de profissional). “Ah! Se segure no veneno que nem cobra” (Idoso no papel de profissional conclui o atendimento).	Situações de opressão vivenciadas no cotidiano. Reprodução de relações verticalizadas ao longo da vida com profissionais de saúde. Habilidades de enfrentamento. Renúncia da situação de dependência e impotência
	Atividade de cultura e lazer com passeio histórico	“Eu toco sanfona, faz bem pra mim. Tô me exercitando, fazendo bem ao povo e para os idosos.” “Essa é a primeira vez que eu tô dançando desde que meu marido morreu. Ele não me deixava dançar. Dancei muito quando era solteira.” “No dia que mataram a cumade Margarida ficou tudo escuro aqui, mexeram na energia da cidade.” “Um dia eu tava fazendo um corte de cana, carregando um caminhão e ela (Margarida) chegou com a equipe dela reunindo o povo dizendo que sábado ela vinha pra passar um filme pro povo que o patrão ia ser obrigado a assinar a carteira. Ela (Margarida) perguntou: você faz o que aqui? “Eu sou o motorista” Isso foi numa segunda feira, quando foi no sábado, dia que ela marcou, tinha três caras cada um com uma 12 esperando ela....”	Autonomia na tomada de decisão ao se unirem para formar uma banda de forro pé de serra na comunidade. Ação e reflexão para recriar sua própria história, da comunidade e da cidade, a partir das experiencias vivenciadas.
	Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa	“Ela podia ir logo pro hospital tratar dessa ferida” “Não adianta ela tratar a ferida se em casa ela não é bem tratada, tem que denunciar os filhos”	Habilidades de enfrentamento, Autonomia na tomada de decisão

Quarta fase: avaliação

Na fase de avaliação, etapa obrigatória e continua no processo de pesquisa ação, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada com o objetivo de avaliar as ações a partir dos significados atribuídos ao grupo pelos idosos e compreender de que forma a participação no grupo contribuiu para empoderamento em saúde da pessoa idosa.

Aspectos éticos

O estudo atendeu todos os preceitos éticos com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Ciências da Saúde/UFPB com número CAAE: 93142418.4.0000.5188. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, os registros das falas foram codificados com a letra "I", correspondendo ao termo "idoso"**,** seguida de algarismos arábicos que representam a ordem dada às entrevistas (I1, I2, I3...).

Resultados e discussão

Dentre os 17 idosos participantes, 12 eram homens (71,6%), com média de idade de 70,2 anos, apenas um dos 17 idosos era alfabetizado (5,9%), 13(76,5%) eram casados, três (17,6%) solteiros e um (5,9%) viúvo.

Ainda que de forma não intencional, esses resultados vão ao encontro dos dados levantados por estudos brasileiros com a população idosa masculina, demonstrando que, ao envelhecer, eles passam a valorizar os grupos de promoção a saúde como espaços de trocas, aprendizado e de cuidado com sua saúde, onde são abordados temas de seu interesse permitindo-os refletir sobre saúde e bem-estar.[27]

Além disso, um dos motivos da participação masculina nos grupos é sair da solidão, conviver com pessoas da mesma idade e buscar uma atividade com a finalidade de dar um sentido para a vida.[28] Ainda, na busca por aumentar sua participação social, os idosos podem se tornar vulneráveis à atividades coletivas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou jogos de azar[29-30] o que pode ocasionar piora do estado físico e/ou mental e comprometimento cognitivo.[31]

Das entrevistas realizadas emergiu na voz dos idosos três categorias, sendo a primeira: significados atribuídos ao grupo e concepções de mudanças com três subcategorias, socialização com formação de vínculos significativos, compartilhando e aprendendo juntos e ressignificação de projetos de vida na

velhice; segunda categoria: manutenção da autonomia e independência, e terceira: satisfação com a saúde na velhice (Figura1).

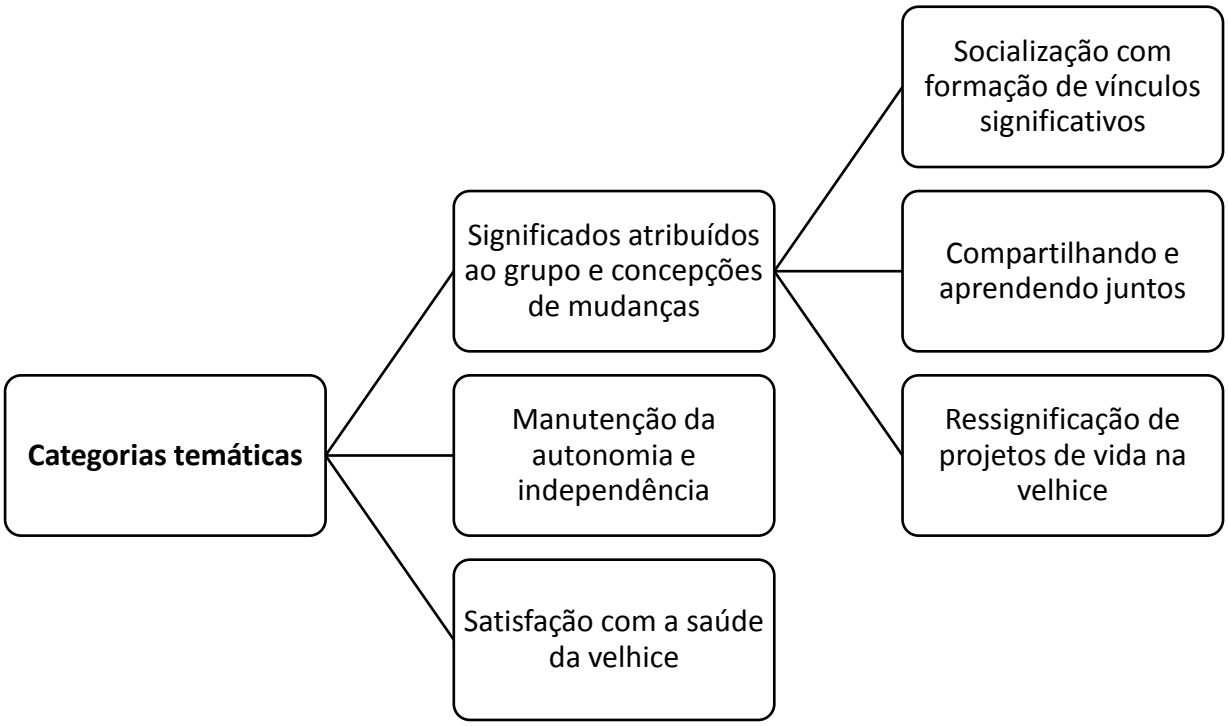

Figura 1: Categorias temáticas 1, 2 e 3.

Significados atribuídos ao grupo e concepções de mudanças

Essa categoria trouxe as diferentes posições e valores relacionados ao grupo pelos idosos e, desse modo foi subdividida em: socialização com formação de vínculos significativos; compartilhando e aprendendo juntos e ressignificação de projetos de vida na velhice, de vida.

A subcategoria, denominada socialização com formação de vínculos significativos, trouxe a compreensão dos idosos sobre o grupo enquanto espaço de interação social onde o sentimento de pertencimento os fortalece e dá prazer.

> *"É a participação dos amigos, a brincadeira, um diz uma coisa outro diz outra e assim a gente vai se fortalecendo com aquelas brincadeiras, a gente sai daqui feliz, a gente viu os amigos, brincou, a gente participou, a gente riu, quer dizer, enquanto a gente está rindo, conversando coisa boa, tá sendo bom. A gente está esquecendo das coisas ruins"* ***(I1)***

Estudos têm descrito a importância de grupos de convivência para idosos, especialmente no que se refere aos benefícios para a proteção do idoso e para o distanciamento de pensamentos e atitudes negativas. Eles contribuem para o desempenho de atividades sociais, exercício de habilidades e estabelecimento de vínculos de amizade. Além do mais, esses encontros possibilitam momentos prazerosos e contribuem na restauração da autoestima.[32-33]

Esses espaços de socialização podem contribuir também para romper o isolamento social que é uma tendência do envelhecimento, levando a redução de contatos sociais e de seus vínculos.[34] Sendo ambientes propícios para aprendizagem e para obtenção de novos conhecimentos. Nesse sentido, deve-se permitir e priorizar o acesso aos assuntos de interesse grupal,[32] para garantir a essa população, a autonomia na escolha do que querem aprender promovendo motivação para permanecer no grupo.

Nesse sentido, a subcategoria, compartilhando e aprendendo juntos, relatou a compreensão dos entrevistados sobre o aprendizado no grupo que se configura nesse processo de trocas recíprocas contribuindo para o entrelaçamento de ideias e pensamentos, de escuta, respeito, dignidade, com novas aprendizagens e sintetizando novos sentidos para o cuidado de si. [35] Empoderar-se pelo aprendizado permite melhorar o autocuidado e capacidade de aprimorar a comunicação dos idosos em espaços coletivos, pois, nestes ambientes, eles podem expor suas vontades e emoções, ressocializar-se, transferindo suas experiências para os demais indivíduos, ou seja, educando e se reeducando. [36]

> *"É o seguinte, eu estou sempre na fase, no método de aprendizagem sempre aprendendo e, na medida do possível, aquilo que aprendi posso passar para outras pessoas o que eu entendo."* ***(I4)***

Em um espaço coletivo como o grupo, é possível aprender, compartilhar experiências, expressar frustrações e falar sobre as ansiedades e angústias sendo terapias saudáveis, capazes de gerar autonomia, empoderamento e autoestima.[37] Nesse sentido, o lugar desses diversos atores precisa ser discutido e negociado permanentemente, pois as necessidades e possibilidades do idoso

também mudam. Para tanto, os ambientes de comunicação, como grupos reflexivos e rodas de conversa, reafirmam a importância da construção coletiva entre idosos e profissionais no cotidiano do espaço. [34]

Nesse contexto, os programas promotores de saúde da pessoa idosa se fortalecem enquanto serviços necessários no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), com ações que promovam a autonomia, a vida saudável dos idosos e a garantia de uma atenção adequada às suas necessidades, visando a melhoria da saúde, o empoderamento, a independência e a segurança dessa população.[38-39] Instigando reflexões entre os participantes que venham trazer novos horizontes ao processo de envelhecimento.

Desse modo, na subcategoria ressignificação de projetos de vida na velhice dessa primeira categoria, foi possível evidenciar como a participação no grupo favoreceu a compreensão de seu potencial gerador de novas possibilidades e de novas ressignificações reintegrando-os à vida. Impulsionando-lhes a explorar outros campos de desejos, anseios e projetos antes adormecidos.

> *"Esse ano eu tô até botando um roçadinho, já o ano passado eu não tinha coragem de trabalhar não. Tinha coragem pra nada. Quando eu peguei a entrar aqui, pronto, acabousse. Já tô voltando com o roçadinho, Deus querer me dando saúde para trabalhar para mim é o maior prazer que eu tenho, é trabalhar"* ***I8***

O envelhecimento não pode ser compreendido por uma etapa da vida associada a finitude, a perdas significativas, deixando as pessoas à margem e excluídas. As idosos estarão sempre à procura de um ressignificado para as suas vidas e estão sempre se movendo, caminhando em busca de um sentido para viver, porém o significado para a existência é único e próprio de cada indivíduo. [40]

No grupo e a partir do diálogo, os participantes podem posicionar-se e encorajar o outro a falar e ouvir. Logo, ao mesmo tempo em que retomam suas vivências e compreendem-nas por meio do pensar compartilhado, possibilita a ressignificação das experiências vividas.[41]

Na tentativa de identificar como os idosos ressignificam a existência nessa fase, observa-se que mais do que reinventar um novo cotidiano, estão em busca de ressignificar a própria identidade, reafirmando a capacidade de decidir por si só, garantida pelo poder de exercerem escolhas conscientes. A ideia de retorno a

uma atividade que no passado lhe dava prazer, está relacionada tanto à continuidade quanto a ressignificação nessa fase da vida. Para alguns idosos, o retorno ao trabalho não está relacionado só ao aspecto financeiro da vida, mas sentir prazer na vida, recuperar sua identidade social, permanecer ativo e sentir-se valorizado, desse modo o trabalho torna-se mais um estímulo ao contato social.[34]

Manutenção da autonomia e independência

Essa categoria trouxe a reflexão sobre a liberdade para gerenciar suas atividades de vida diária com autonomia e independência. A autonomia e a independência para os idosos envolve o cuidado de si[42-43] de outras pessoas,[44] atividades que apreciam[42-44] e gerenciamento do lar.[45]

> *"Tenho muito medo de eu ficar inutilizada dentro de casa. Só tem eu e meu marido dentro de casa né, e um dos meninos ainda faz tudo, lava dentro de casa, lava roupa, faz almoço. Eu, ainda tô podendo fazer a comidinha pra mim e pra eles tudinho. Ainda vou pra cozinha fazer minhas coisinhas. Ainda lavo minhas roupinhas que é fininha, boto no varal e pronto."* ***(I6)***

Observa-se que a autonomia pessoal na população idosa é uma temática recente que vem ganhando importância e novos olhares para análise, pois abrange várias esferas, na medida em que se insere transversalmente na saúde física, mental e social da pessoa idosa.[46] Sendo moldada por muitos fatores, incluindo a própria capacidade do idoso, o ambiente que ele habita, os recursos pessoais como relacionamentos com membros da família, amigos, vizinhos e redes sociais mais amplas, recursos financeiros em que eles podem recorrer e as oportunidades disponíveis para eles. Tornando-se um domínio importante e influenciador na qualidade de vida na população em geral, especialmente na população idosa.[47]

O princípio ético da autonomia apoia-se na capacidade para tomada de decisão, que abrange a aptidão de avaliar a melhor escolha dentre várias opções nos mais variados aspectos da vida, inclusive na saúde.[48] Já a independência é a capacidade de viver em comunidade e executar as atividades de vida diárias (AVD) como tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa, e as atividades instrumentais de vida diárias (AIVD) que incluem

atividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições com alguma ou nenhuma ajuda de outras pessoas.[49]

Na execução de suas atividades instrumentais e de vida diárias, em um estudo de revisão[45] observou-se que um bom suporte social para o idoso é necessário para preservação da sua autonomia ativa. O suporte social é visto como um dos fatores de proteção e promoção da saúde do idoso, além do bem-estar psicológico e se refere ao sentimento e a segurança em ter com quem contar em caso de doenças ou ajuda para a realização das atividades de vida diária. O suporte social entre os idosos mostra-se um instrumento de grande relevância para o enfrentamento das transformações profundas oriundas do processo de envelhecimento tanto socialmente quanto psicologicamente, como também as perdas e ganhos.[50]

Desta forma, pode ser composto por familiares e/ou amigos ou por cuidadores formais. Esse apoio tem o papel de amortecer o estresse decorrente do processo de envelhecimento[51] e quando aplicado de forma correta, insere o idoso no seu contexto social consentindo sua participação ativa no cotidiano, respeitando, por conseguinte a sua autonomia.

Satisfação com a saúde na velhice

Essa categoria apontou que o envelhecimento, que por vezes, é visto somente sob a ótica das perdas, também pode propiciar satisfação e realizações subjetivas, onde alguns idosos apresentaram-se como protagonistas de mudanças na representação da velhice.

A autoavaliação ou autopercepção de como estava a sua saúde, na fala dos idosos, não esteve simplesmente ligada à ausência de doenças, mas à capacidade de permanecer ativo e de executar suas atividades de vida diária. Evidencia-se na percepção do idoso, o sentimento de utilidade e de pertencimento social, sendo influenciada pela visão de mundo de cada idoso e deve ser considerada, pois se traduz nos hábitos de vida praticados e considerados como importantes para o processo de viver de cada idoso.[52] Ter saúde, nas falas foi sinônimo de liberdade, independência, autonomia, protagonismo na vida, autogovernancia.

> *“Tá vivo tem que lutar pela minha saúde, né? Mas sempre, graças a Deus, toda vida resolvi minhas coisas. Na idade que eu tô, resolvo tudo e assim vou levando enquanto tiver minha saúde até o dia que Deus quiser**.” (I3)***
> *“Quanto mais atividades pra fazer mais eu me sinto bem, assim... minha saúde é boa. Eu sou bem saudável apesar da minha idade” **(I11)***

A autopercepção do estado de saúde é um indicador subjetivo confiável da percepção do indivíduo sobre a própria saúde.[53-54] Ela pode incorporar tantos componentes físicos, cognitivos e emocionais, como aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida, melhor saúde e longevidade.[55] Assim, tem sido largamente evidenciado como importante aspecto do bem-estar individual e coletivo. [56]

Ademais, a percepção dos idosos sobre sua saúde tem relação com várias dimensões essenciais da saúde do idoso, podendo resultar em diferenças entre regiões estudadas, quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e relativos ao sistema local de saúde, os quais podem interferir no estado de saúde da população idosa.[57] Recomenda-se uma avaliação precoce dessa autopercepção de saúde e uma melhor abordagem nos serviços de APS e de referência, a fim de proporcionar diagnósticos e intervenções oportunas e precisas, além de diminuir os custos para o sistema de saúde.[58]

A percepção de saúde é um importante indicador de mortalidade, indivíduos com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte em comparação com as que relatam saúde satisfatória. Além de preditor da mortalidade, a percepção da saúde, ou autoavaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional[59] e diretamente associado a fatores que predispõe às quedas como a sarcopenia e a inatividade física.[60]

É esperado que, com o avançar da idade e as consequentes alterações fisiológicas e sociais na vida do indivíduo, o processo de envelhecimento traga limitações, dificuldades e desafios na execução das tarefas diárias, uma vez que as reservas biológicas tendem a ser menos eficientes às demandas apresentadas.

> *Tem velha que quando tá com a minha idade já tá toda acabada, toda cambaleando! Eu tô com cara de novinha, bonequinha de mamãe! Às vezes,*

quando eu passo o dia todo andando, quando é de tarde eu encarco a perna, faz aquela barroca como se eu tivesse grávida. Por isso que eu evito. ***(I13)***

No entanto, essas alterações no idoso que, por conseguinte, pode impactar a autoavaliação de sua saúde não deve ser vista como algo natural e não pode ser negligenciada. Evidencia-se que, por vezes, são necessárias adaptações na execução das atividades diárias, e sobretudo no conhecimento do próprio corpo e do processo de envelhecimento, até mesmo para saber quando se deve pedir ajuda, quando se deve diminuir o ritmo de uma caminhada, temas importantes de serem abordados no coletivo.

Desse modo, são necessários esforços, no sentido de garantir o acesso a uma atenção à saúde integral de qualidade, com acompanhamento criterioso dos profissionais de saúde, atividades de lazer e promoção da saúde, bem como maior integração social.[57] Pois, isso também aumentaria a disposição desse grupo populacional em aderir aos protocolos terapêuticos e comportamentos de saúde que minimizem os riscos de uma evolução negativa do processo de envelhecimento,[61] recomendações estas também indicadas na literatura internacional.[62-66]

Considerações finais

O estudo possibilitou compreender a importância dos idosos na formação de espaços criativos, participativos, considerando os elementos contextuais e conjunturais o que representou reconhecer distanciamentos, reaproximações, estranhamentos, e diálogos que permitiram os (re)encontros. Observou-se nos relatos dos idosos o sentimento de pertencimento que os fortalece e traz satisfação com a saúde e a vida.

Essa abordagem ao empoderamento, a história de vida dos idosos e suas experiencias acumuladas até o envelhecimento ativo, considerando que o grupo não se caracteriza como algo homogêneo e que a diversidade entre os idosos criam ambientes de apoio, promoveram opções saudáveis importantes nesse estágio da vida, reconhecendo a necessidade de incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal, ou seja, o cuidado consigo mesmo, na adoção de uma postura de práticas saudáveis. O grupo tornou-se um apoio para refletir e impulsionar essas práticas.

A vivência no grupo segundo os entrevistados influenciou o empoderamento em saúde dos idosos e na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social, bem como levou-os a avaliarem as relações entre os integrantes, o compartilhamento de experiencias e aprendizagens, ressignificar projetos de vida, estimular a autonomia e independência e a satisfação com a saúde na velhice fruto de uma construção coletiva.

Um grupo empoderado assume características essenciais, incluindo pensamento crítico, diálogo autêntico, conscientização e ação. A avaliação do empoderamento e a pedagogia freiriana são emancipatórias e, se aplicadas apropriadamente, ajudam as pessoas a libertarem-se das restrições impostas a elas, bem como as limitações que elas colocam sobre si mesmas. Juntos, eles ajudaram a transformar essa realidade.

Como limitações deste estudo devem ser ressaltadas, considerando a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da pesquisa e ao específico território de análise, circunscrita a um grupo de idosos em uma comunidade rural. Contudo, as singularidades destacadas pelos idosos com o esforço coletivo ao trabalho colaborativo da equipe de saúde visando a integralidade do cuidado, as práticas de promoção e educação em saúde com base no território, respeitando, conhecendo e valorizando aspectos culturais locais, revelam um universo rico de possibilidades para compreender as atividades de um grupo de idosos.

A luz do conhecimento gerado neste trabalho, idosos, profissionais e gestores podem planejar medidas promotoras de melhorias na atenção à saúde do idoso, mais apropriadas ao contexto de vida e saúde do grupo no contexto da APS.

Referências

1. UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population prospects 2019. Highlihts (ST/ESA/SER.A/423), 2019.

2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: População estimada. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019, 2019a.

3. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman, AD, Michaud C, et al. A Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012. 380(9859): 2197-223

4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life 2017.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

6. BRASIL. Ministério da Saúde**.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.** Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF), Seção 1: 142, 20 out 2006.

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health and Aging. US National Institute of Aging, October, 2012.

8. BRASIL. Ministerio da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde. p. 224, 2014b.

9. Freire P. Pedagogia do oprimido. 60a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.

10. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev. Esc. Enferm. USP. 2016; 50(4): 667-674.

11. Santos EO, Pinho LB, Eslabão AD, Medeiros RG, Cassola TP. Avaliação de empoderamento: considerações teórico-metodológicas aplicadas ao campo da saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2018; 52. e03400

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: 14a ed. Hucitec. 2015.

13. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: 70a ed. 2014.

15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisas qualitativas: consensos e controvérsias. Rev. Pesq Qualitativa. 2017; 5(7): 01-12.

16. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the

backcountry of Pernambuco, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1299-1312.

17. Vasconcelos EM, Cruz PJSC, Prado EV. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. Interface (Botucatu) 2016; 20(59): 835-838.

18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 55a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.

19. Boal A. O Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas. 1a ed. Rio de Janeiro: Cosac & Naify; 2013.

20. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Capacidade de execução das atividades de vida diária. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2016;20(3):e20160064

21. Costa NP, Polaro SHI, Vahl EAC, Gonçalves LHT. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. Rev. Bras. Enferm. 2016; 69(6):1132-1139.

22. Kosmat H, Vranic A. The efficacy of a dance intervention as cognitivetraining for the old-old. J Aging Phys Act, 2017; (25): 32-40.

23. Mathews RM, Clair AA, Kosloski K. Keeping the beat: Use of rhythmicmusic during exercise activities for the elderly with dementia.American J. Alzheimers Dis Other Demen. 2001; 16: 377–380

24. Satoh M, Ogawa J, Tokita T, Nakaguchi N, Nakao K, Kida H, et al. Physical exercise with music maintains activities of daily living in patients withdementia: Mihama-Kiho Project Part 21. J Alzheimers Dis Rep. 2017; 57: 85–96

25. Galloza B, Castillo W. MicheoBenefits of Exercise in the Older Population. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2017; 28(4): 659-669.

26. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. Revista Lusófona de Educação. 2018; 40(40): 139-153.

27. Polisello C, Oliveira CM, Pavan M, Gorayeb R. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(33): 323-335.

28. Wichmann F. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev. bras geriatr. gerontol. 2013; 16(4): 821-832.

29. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2018; 21(2): 123-133.

30. Duarte CV, Melo-Silva LL. Expectativas diante da aposentadoria: um estudo de acompanhamento em momento de transição. Rev Bras Orientac Prof. 2009; 10(1): 45-54.

31. Lintzeris N, Rivas C, Monds LA, Leung S, Withall A, Draper B. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services. Drug Alcohol Rev. 2016; 35(2): 223-31.

32. Soares SMS, Coronago VMMO. Grupos de Convivência: Influência na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. Line Rev Psic. 2016; 10(33): 127-140.

33. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2014; 17(1): 39-48.

34. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. Physis. 2017; 27(1): 19-39.

35. Scortegagna HM, Pichler NA, Dametto J, Gazzana S, Colussi EL. Cuidado de si em um grupo de convivência de idosas. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2019; 22(10): e180164.

36. Schoberer D, Leino KH, Breimaer HE, Lohrmann C. Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. Clin Interv Aging. 2016; 28(11): 351-1363.

37. Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MHC, Suhonen R, Sutcliffe C, et al. Reasons for institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15(2): 108-16.

38. Martins M, Monteiro C, Martinho J, Martin MDG, Alves I, Vieira M. Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. Actas de Gerontologia. 2016; 2(1): 1-10.

39. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19(3): 507-519.

40. Goldenberg M. A bela velhice. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2013. https://books.google.com.br/books/about/A_bela_velhice.html?id=WT-pAAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

41. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. 1a ed. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

42. Waites CE, Onolemhemhen DN. Perceptions of Healthy Aging among African-American and Ethiopian Elders. Ageing Int. 2014; 39(4): 369-84.

43. Bacsu J, Jeffery B, Abonyi S, Johnson S, Novik N, Martz D et al. Healthy aging in place: perceptions of rural older adults. Educ Gerontol. 2014; 40(5): 327-37.

44. Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin LMG. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015; 18(4): 809-19.

45. Sixsmith J, Sixsmith A, Fänge AM, Naumann D, Kucsera C,Tomsone S et al. Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. Soc Sci Med. 2014; 106: 1-9.

46. Gomes GC, Moreira RS, Maia TO, Santos MAB, Silva VL. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: Revisão sistemática da literatura. Cien Saude Colet, 2019. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-autonomia-pessoal-em-idosos-revisao-sistematica-da-literatura/17269?id=17269

47. Paiva MHO, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2016 21(11): 3347-3356.

48. Morsch P, Mirandola AR, Caberlon IC, José Â, Bós G. Factors associated with health-related decision-making in older adults from Southern Brazil. Geriatr Gerontol Int. 2017; 17(5): 798-803.

49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

50. Souza DS, Berlese DB, Cunha GL, Cabral SM, Santos GA. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. Psic., Saúde & Doenças. 2017; 18(2): 420-433.

51. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde colet. 2012; 17(1): 123-133.

52. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Capacidade de execução das atividades de vida diária. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2016; 20(3): e20160064.

53. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). Rev. Saúde Pública. 2004; 38(6): 827-834.

54. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta Sanitaria 2015; 29(1):37-43.

55. Beleza CMF, Soares SM. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. Ciênc. saúde colet. 2019; 24(8): 3141-3146.

56. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4): 769-780.

57. Carneiro JÁ, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Caldeira AP, Costa FM. Autopercepção negativa da saúde: Prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. Cien Saude Colet, 2018. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/autopercepcao-negativa-da-saude-prevalencia-e-fatores-associados-entre-idosos-assistidos-em-centro-de-referencia/16884

58. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo NA. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(3): 368-377.

59. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 333-41.

60. Santos, JL. Impact of sarcopenia, sedentarism and risk of falls in older people's health self-perception. Fisioter. mov. 2019; 32: e003217.

61. Loyola FAI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. Rev. bras. epidemiol. 2013; 16(3): 559-571.

62. Chen Y, While AE, Hicks A. Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai. Geriatr Gerontol Int. 2015; 15(4): 457-464

63. Rosenkranz RR, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. BMC Public Health. 2013; 13(13).

64. Khalail,a R. Socioeconomic status, health behaviors, obesity and self-rated health among older arabs in Israel. J Cross Cult Gerontol. 2017; 32(1): 115-130.

65. Löfqvist C, Tomsone S, Iwarsson S, Horstmann V, Haak M. Changes inhome and health over nine years among very old people in Latvia - results from the ENABLE-AGE Project. J Cross Cult Gerontol. 2017; 32(1): 17-29.

66. Kanwar A, Singh M, Lennon R, Ghanta K, Mcnallan SM, Roger VL. Frailty and health-related quality of life among residents of long-term care facilities. J Aging Health. 2013; 25(5): 792-802.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se compreender a importância dos idosos na criação de espaços criativos, participativos, considerando os elementos contextuais e conjunturais o que representou reconhecer distanciamentos, reaproximações, estranhamentos, e diálogos que permitiram os (re)encontros. Observou-se nos relatos dos idosos o sentimento de pertencimento que os fortalece e traz satisfação com a saúde e a vida.

Essa abordagem ao empoderamento, a história de vida dos idosos e suas experiencias acumuladas até o envelhecimento ativo, considerando que o grupo não se caracteriza como algo homogêneo e que a diversidade entre os idosos criam ambientes de apoio, promoveram opções saudáveis importantes nesse estágio da vida. Reconhecendo a necessidade de incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal, ou seja, o cuidado consigo mesmo, na adoção de uma postura de práticas saudáveis. O grupo tornou-se um apoio para refletir e impulsionar essas práticas.

A vivência no grupo segundo os entrevistados influenciou o empoderamento em saúde dos idosos e na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social. Levando-os a avaliarem as relações entre os integrantes, o compartilhamento de experiencias e aprendizagens, ressignificar projetos de vida, estimular a autonomia e independência e a satisfação com a saúde na velhice fruto de uma construção coletiva.

Um grupo empoderado assume características essenciais, incluindo pensamento crítico, diálogo autêntico, conscientização e ação. A avaliação do empoderamento e a pedagogia freiriana são emancipatórias e, se aplicadas apropriadamente, ajudam as pessoas a libertarem-se das restrições impostas a elas, bem como as limitações que elas colocam sobre si mesmas. Juntos, eles ajudaram a transformar essa realidade.

Como limitações deste estudo devem ser ressaltadas, considerando a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da pesquisa e ao específico território de análise, circunscrita a um grupo de idosos em uma comunidade rural. Contudo, as singularidades destacadas pelos idosos com o esforço coletivo ao trabalho colaborativo da equipe de saúde visando a integralidade do cuidado, as práticas de promoção e educação em

saúde com base no território, respeitando, conhecendo e valorizando aspectos culturais locais, revelam um universo rico de possibilidades para compreender as atividades de um grupo de idosos.

A luz do conhecimento gerado neste trabalho, idosos, profissionais e gestores podem planejar medidas promotoras de melhorias na atenção à saúde do idoso, mais apropriadas ao contexto de vida e saúde desse grupo.

REFERÊNCIAS

AFRAM, B.; STEPHAN, A.; VERBEEK, H.; BLEIJLEVENS, M.H.C.; SUHONEN, R.; SUTCLIFFE, C., et al. Reasons for institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. **J Am Med Dir Assoc**, v. 15, n. 2, p.108-16, 2014.

AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, M.J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**. V. 29, n.1, p. 37-43, 2015.

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 333-41, 2005.

ANDRADE, N.A.; NASCIMENTO, M.M.P.; OLIVEIRA, M.M.D.; QUEIROGA, R.M.; FONSECA, F.L.A.; LACERDA, S.N.B., et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de CajazeirasPB. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** V.17, n.1, p. 39-48, 2014.

BACSU, J.; JEFFERY, B.; ABONYI, S.; JOHNSON, S.; NOVIK, N.; MARTZ, D., et al. Healthy aging in place: perceptions of rural older adults. **Educ Gerontol**, v. 40, n. 5, p.327-37, 2014.

BARBOSA, M.B., PEREIRA, C.V., DA CRUZ, D.T., et al. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons**. Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70a ed. Lisboa, 2014.

BELEZA, C.M. F.; SOARES, S. M.. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n.8, p.3141-3146, 2019.

BOAL, A. **O Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cosac & Naify, 2013.

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; NERI, A.L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 28, n. 4, p.769-780, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. p. 01.

BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.** Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF), Seção 1: 142, 20 out 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo**:uma política de saúde. Brasília, DF, 2005. [cited 2016 Set 10] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde. p. 224, 2014b.

BRAVO, P. et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**. v. 15, n. 252, p. 1-14, 2015.

CARNEIRO, J.A.; GOMES, C.A.D.; DURÃES, W.,et al. Autopercepção negativa da saúde: Prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], 2018. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/autopercepcao-negativa-da-saude-prevalencia-e-fatores-associados-entre-idosos-assistidos-em-centro-de-referencia/16884?id=16884

CEREZO, P.G.; JUVE-UDINA, M.E.; DELGADO-HITO, P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.4, p.667- 674, 2016.

CESARINO, C.B.; SCIARRA, A.M.P. Empoderamento na saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 24, n. 3, p. 01-02, 2017.

CHEN, Y.; WHILE, A.E.; HICKS, A. Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai. **Geriatr Gerontol Int**. v.15, n.4, p. 457-464, 2015.

COUTINHO, R.X.; ACOSTA, M.A.F. Ambientes Masculinos da terceira idade. **Ciênc Saúde Colet.** v.14, n.4, p.1111-1118, 2009.

DUARTE, C.V, MELO-SILVA, L.L. Expectativas diante da aposentadoria: um estudo de acompanhamento em momento de transição. **Rev Bras Orientac Prof**. v.10, n.1, p.45-54, 2009

DUARTE, M.G.M.; GOUVEIA, M.A.C.; ANDRADE, S.A.L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafos e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

DUTRA, W.H.; CORREA, R.M. O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. **Psicol. cienc. prof.,** v. 35, n. 2, p. 515-527, 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 44a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 55ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016

GARBACCIO, J.L.; TONACO, L.A.B.; ESTEVAO, W.G., et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. Rev. Bras. Enferm. [online], vol.71, suppl.2, p.724-732, 2018.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde colet.**, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice**. 3a ed. Rio de Janeiro: Record, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/A_bela_velhice.html?id=WT-pAAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

GOMES, G.C.; MOREIRA, R.S.; MAIA, T.O.; SANTOS, M.A.B; SILVA, V.L. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: Revisão sistemática da literatura. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], 2019. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-autonomia-pessoal-em-idosos-revisao-sistematica-da-literatura/17269

HARRIS, E.; HARRIS, M.F. Reducing the impact of unemployment on health: revisiting the agenda for primary health care**. Med J Aust** [Internet]. v. 191, n. 2, p.119-122, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Retratos a revista do IBGE**: Caminhos para uma melhor idade. Rio de janeiro: IBGE; 2019c.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica: **Área da unidade territorial:** Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica: **População estimada.** Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019a.

KANWAR, A.; SINGH, M.; LENNON, R., et al. Frailty and health-related quality of life among residents of long-term care facilities. **J Aging Health**, v. 25, n. 5, p. 792-802, 2013.

KHALAIL, A.R. Socioeconomic status, health behaviors, obesity and self-rated health among older arabs in Israel. **J Cross Cult Gerontol**. v.32, n.1, p.115-130, 2017.

KING, L; HARRINGTON, A; LINEDALE, E; TANNER, E. A mixed methods thematic review: Health-related decision-making by the older person. **J Clin Nurs*;*** v. 27, n. 7-8, p. 1327-1343, 2018.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

LINTZERIS, N.; RIVAS, C.; MONDS, L.A., et. al. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services. **Drug Alcohol rev**. v. 35, n.2, p. 223-31, 2016.

LÖFQVIST, C.; TOMSONE, S.; IWARSSON, S., et. al. Changes inhome and health over nine years among very old people in Latvia - results from the ENABLE-AGE Project. **J Cross Cult Gerontol**. v. 32, n. 1, p. 17-29, 2017.

LOYOLA FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí**. Rev Bras Epidemiol**. v.16, n. 3, p. 559-571, 2013.

MARTINS, M.; MONTEIRO, C.; MARTINHO, J., et. al. Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. **Actas de Gerontologia**. v.2, n.1, p.1-10, 2016.

MENEZES, K.K.P.; AVELINO, P.R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet**. v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo.** 1ª ed**.** São Paulo: Cosac Naify, 2012.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisas qualitativas: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, M.C.S.; COSTA, A.P. **Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa.** Revista Lusófona de Educação, v. 40, p.139-153, 2018.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28a ed. Petrópolis: Vozes; 2015a.

MINAYO, M.C.S**. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14a ed. São Paulo: Hucitec, 2015b.

MORSCH, P.; MIRANDOLA, A.R.; CABERLON, I.C., et al. Factors associated with health-related decision-making in older adults from Southern Brazil**. Geriatr Gerontol Int**. v. 17, n. 5, p. 798-803, 2017.

MOURA, M.M.D.; VERAS, R.P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência**. Physis**. v.27, n.1, p. 19-39, 2017.

MURRAY, C.J.; VOS, T.; LOZANO, R., et al. A Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet.** v. 380, n. 9859, p. 2197-223, 2012.

NOGUEIRA, E.L.; RUBIN, L.L.; GIACOBBO, S.S., et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, **Rev Saúde Pública**; v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

PAIVA, M.H.P.; PEGORARI, M.S.; NASCIMENTO, J.S., et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, 2016.

POLISELLO, C.; OLIVEIRA, C.M.; PAVAN, M., et al. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 33, p.323-335, 2014.

PULGA,V.L**. Educação popular em saúde como referencial para as nossas praticas na saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. II Caderno de educação Popular em Saúde. Departamento de apoio a Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

REIS, I.N.C.; SILVA, I.L.R. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: educação popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface** Comunicação Saúde Educação, v. 18, n. 2, p. 1161-1174, 2014.

RODRIGUES, W.K.M.; ROCHA, S.V.; VASCONCELOS, L.R.C.; DINIZ, K.O. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um munícipio do nordeste do Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde** [Internet]. V.28, n. 1, p. 126-32, 2015

ROSENKRANZ, R.R.; DUNCAN, M.J.; ROSENKRANZ, S.K.; KOLT, G.S. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. **BMC Public Health** v. 13, n. 1071, p. 1-12. 2013.

SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica.** Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, 2019.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.S. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface** (Botucatu).; v.18, n. 2, p.1299-1312, 2014.

SANTOS, E.O., et al. Avaliação de empoderamento: considerações teórico-metodológicas aplicadas ao campo da saúde**. Rev. esc. enferm. USP [online]**. vol.52, e03400, 2018.

SANTOS, G.L.A.; SANTANA, R.F.; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades de vida diária. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**., v. 20, n. 3, e03400, 2016.

SANTOS, J.L., et al. Impact of sarcopenia, sedentarism and risk of falls in older people's health self-perception. **Fisioter. mov.** [online], vol.32, e003217, 2019.

SAUNDERS, B., et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & quantity**, v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2018.

SCHOBERER, D.; LEINO, K.H.; BREIMAER, H.E.; LOHRMANN, C. Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. **Clin Interv Aging** [Internet]. V. 11, p. 351-1363, 2016.

SCORTEGAGNA, H.M., et al. Cuidado de si em um grupo de convivência de idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]., vol.22, n.1, 2019.

SILVA, J.R.G.; GALDINO, M.N.A.S.; BEZERRA, A..LD.; SOUSA, M.N.A. Direito à saúde: revisão integrativa da literatura sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. **Rev Eletr Fainor**. v.5, n. 1, p. 25-42, 2012.

Sistema de Informação de Atenção Básica [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

SIXSMITH, J.; SIXSMITH, A.; FÄNGE, A.M.; NAUMANN, D.; KUCSERA, C.; TOMSONE, S., et al. Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. **Soc Sci Med** [Internet], v. 106, p. 1-9, 2014.

SOARES, S.M.S.; CORONAGO, V.M.M.O. Grupos de Convivência: Influência na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. **Rev Psic**. V.10, n. 33, p. 127-140, 2016.

SOUZA, D.S., et al. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psic. Saúde & Doenças** [online], vol.18, n.2, p.420-433, 2017.

SOUZA, E.M.; SILVA, D.P.P.; BARROS, A.S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: Uma revisão bibliográfica integrativa. **Cien Saude Colet**. 2019. Está disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/educacao-popular-promocao-da-saude-e-envelhecimento-ativo-uma-revisao-bibliografica-integrativa/17275?id=17275

STOBÄUS, C.D.; LIRA, G.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação populares. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 23, n. 2, p. 25-49, 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population PROSPECTS 2019**. Highlihts (ST/ESA/SER.A/423), 2019.

VALER, D,B,; BIERHALS, C,C,B,K,; AIRES, M,; PASKULIN, L,M,G. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. **Rev Bras Geriatr Gerontol**., v. 18, n. 4, p. 809-19, 2015.

VASCONCELOS, E.M.; CRUZ, P.J. S. C.; PRADO, E.V. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 20, n. 59, p. 835-838, Dec. 2016

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Cien Saude Colet**; v. 23, n. 6, p.1929-1936, 2018.

VINCHA, K.R.R. et al. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 50, p. 507-520, 2014.

WAITES, C.E.; ONOLEMHEMHEN, D.N. Perceptions of Healthy Aging among African-American and Ethiopian Elders**. Ageing Int**, v. 39 n. 4, p. 369-84, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANISATION.. Global Health and Aging. **US National Institute of Aging**, October, 2012.

WICHMANN, F. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANISATION. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa Charter. [Internet]. Ottawa: WHO; 1986

WHO. WORLD HEALTH ORGANISATION. **Global health and aging**. WHO. 2011.
Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020:** towards a world in which everyone can live a long and healthy life 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE** **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**	

Título do projeto: Grupos de idosos enquanto dispositivos de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação
Pesquisador responsável: Danielly Cristiny de Veras

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Danielly Cristiny de Veras, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal da Paraíba, orientada do Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, pretendo realizar uma pesquisa intitulada **Grupos de idosos enquanto dispositivos de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação**, cujo objetivo é analisar a percepção dos idosos acerca dos grupos operativos e compreender como a participação nesses grupos tem contribuído para o empoderamento em saúde e descrever como a prática de empoderamento em saúde vem sendo desenvolvida nas atividades dos grupos.

Caso você decida participar, você deverá participar de uma entrevista com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante sua condução, pois você responderá sobre o desenvolvimento das atividades realizadas no grupo em que participa, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca da participação de idosos em grupos operativos. Você ficará com uma cópia deste documento, e pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel, e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade do pesquisador. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para **Ms. Danielly de Veras 9307-1040, dany.cris.tiny@hotmail.com, Dr. Franklin Delano Soares Forte, telefone 3216-7251 – franklin@ccs.ufpb.br e/ou para o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou e-mail eticaccs@ccs.ufpb.br.**

Esperamos contar com seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente, A Coordenadora da Pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu..... RG nº ....., li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmo que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Alagoa Grande, ... de ..... de 2018

Assinatura do Responsável Legal

_____

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE** **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**	

Título do projeto: Grupos de idosos enquanto dispositivos de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação.

1. O que levou você a participar desse grupo?
2. Você encontra espaço para aprender e ensinar nesse grupo?
3. Quem é responsável pelo cuidado e decisões sobre a sua saúde?
4. A participação nesse grupo trouxe alguma mudança em sua saúde?
5. O que você acredita que ainda pode mudar?
6. O que você precisa para mudar?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE EXECUÇÃO DAS OFICINAS MENSAIS

1º Oficina – “Colcha de Retalhos”

A primeira oficina realizada após o diagnóstico foi denominada “Colcha de retalhos” e contou com a presença de 26 idosos. Foi construída uma colcha com histórias e memórias com o objetivo de apresentar os integrantes do grupo resgatando histórias de vida deles para que pudessem compartilhá-las com o grupo e assim, resgatar a autoestima, melhorar o vínculo interpessoal e valorização da história de vida de cada participante.

Foi possível observar a resistência de alguns membros do grupo às mudanças na dinâmica de funcionamento das atividades evidenciando certo desconforto:

“Ah! Eu não sei desenhar!”

“Não consigo!”

“Eu não vou fazer desenho não!”

“Pensei que iam falar de diabetes, olhar a pressão, a nutricionista ia falar!”

Aos poucos cada um com seu pedaço de tecido, tinta e pincel expressaram através de um desenho livre, a representação da sua história de vida como se fosse uma fotografia, trabalhando memória, imaginação, criatividade, trabalho em grupo, sensibilidade, importância, identidade, entre outros, construindo e compartilhando suas experiências. Entendendo que nós somos aquilo que vivemos. Somos um pouco da vida de nossos pais e avós, da nossa cidade, do nosso bairro, das pessoas que estão à nossa volta, seja na cidade ou no país onde vivemos. Isso é o que se chama identidade cultural. E esta é uma atividade que ajuda a buscar essa identidade, o que significa buscar a nossa própria história, conhecemos a nós mesmos e a tudo que nos rodeia. Buscar a identidade cultural é “entender para respeitar” nossos sentimentos e os daqueles com quem compartilhamos a vida (BRASIL, 2014b).

“Eu desenhei um gato, meu herói quando era menino, matava todos os ratos de casa, era muito rato”.

“Essa é a sapata (desenho) da minha casa. Eu que construí minha casa. Já construí muita casa nessa vida”.

“Eu desenhei um jardim, minha vida toda gostei de rosa e me casei com uma”

Essa atividade foi inspirada na bricolagem que é um método de investigação que busca incorporar diferentes pontos de vista a respeito de um mesmo fenômeno. É uma forma de fazer ciência que analisa e interpreta os fenômenos a partir de diversos olhares existentes na sociedade atual, sem que as relações de poder presentes no cotidiano sejam desconsideradas. Adotando uma postura ativa, a bricolagem dispensa as diretrizes e os roteiros preexistentes para criar meios de investigação de acordo com o surgimento das demandas (KINCHELOE, 2007).

Para Kincheloe (2007), na bricolagem as interpretações sempre são entretecidas e significam vamos tecer juntos. O uso da palavra não é aleatório, nem tão pouco estético, mas sim, intencional. O ato de entretecer fundamenta uma concepção de investigação que pretende construir a partir de uma perspectiva crítica, questionadora, dialógica e dialética. Tecer juntos, objetiva uma produção coletiva de conhecimentos, respeitadora de múltiplas perspectivas e que contemple o ir e vir, o relativo, o temporário e o imprevisível (NEIRA; LIPPI, 2012).

A atividade foi realizada pela manhã na própria UBS e teve duração de três horas. Para o desenvolvimento da oficina foram necessários tecidos de algodão, tinta para tecido e pincéis providenciados pelos facilitadores. Nesse encontro foi possível contar com a psicóloga, a fisioterapeuta e a assistente social do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Ao final, os retalhos confeccionados pelos idosos foram unidos com o intuito de tecer uma colcha de memórias e histórias que permaneceu exposta em todas as demais oficinas. Em seguida, foi realizada uma avaliação da atividade e o planejamento do próximo encontro com o levantamento de sugestões de temas que seriam abordados na oficina seguinte sendo perceptível o desconforto dos idosos com essa inversão de papéis.

2º Oficina – “Café da manhã compartilhado”

A segunda oficina foi denominada “Café da manhã compartilhado”, elaborada após a escolha do tema alimentação saudável pelos idosos no encontro anterior. Participaram dessa atividade 24 idosos, toda a equipe e a nutricionista do NASF-ab. Foi pactuado com eles que para o desenvolvimento da atividade com o grupo, cada participante iria trazer um alimento que considerava saudável ou que fazia parte da sua alimentação para compartilhar com os demais participantes.

Desse modo, foi realizada uma abordagem ao tema alimentação saudável de uma forma ampliada, a comida como oportunidade de socialização no ato de comer e preparar, as lembranças que remetem, os obstáculos para uma alimentação saudável, valorização da culinária regional, afim de promover reflexões para que os idosos montem o seu cardápio de vida no sentido de escolhas alimentares mais saudáveis, reduzindo o seu estresse e os radicalismos das dietas sem rigor científico, tomando-se como base o Guia Alimentar da população brasileira que configura-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS) e também em outros setores. Considerando os múltiplos determinantes das práticas alimentares e, a complexidade e os desafios que envolvem a conformação dos sistemas alimentares atuais (BRASIL, 2014b).

A alimentação saudável tornou-se objeto de discussão e estratégia nas principais políticas de saúde. A educação nutricional, realizada através da educação popular, possibilitou a organização de ações como o “Café da manhã compartilhado”, às quais priorizaram a reflexão e o diálogo sobre as práticas de saúde, estimularam uma interação dinâmica com os idosos e possibilitaram formas mais participativas de buscar melhores condições de saúde e qualidade de vida. Por meio de relatos apresentamos nesse processo de escuta, problematização e reflexão com a participação de idosos, alguns com doença crônica não transmissível (DCNT) a partir de suas próprias experiencias.

Por isso, para conhecer melhor o cotidiano dessas pessoas utilizou-se essa abordagem dinâmica ao tema. A escuta respeitosa dos idosos durante o “café da manhã” provocou reflexões sobre o conhecimento prévio deles diante dos

processos saúde/doenças e de sua relação com as informações alimentares. Além disso, foi possível avaliar e compreender também como as informações são transmitidas pelos profissionais de saúde e como isso impactava em seus cuidados com a alimentação. Quando se referiam à alimentação, as informações vieram impregnadas de significados emocionais, sociais e culturais que precisaram ser conhecidos e respeitados. Durante o desenrolar da atividade em grupo essas informações foram aproximando o saber científico do saber popular e prático, considerando que o início de todo trabalho educativo é conhecer onde o outro está (BRASIL, 2014b).

Diante das dificuldades referidas pelos idosos como a falta de apoio na família para incorporar mudanças, a falta de companhia de pessoas que viviam sós, as dificuldades financeiras quanto ao acesso a uma alimentação balanceada, as influências da mídia sobre as escolhas alimentares e a dificuldade de controlar o consumo dos alimentos de baixa qualidade nutricional, que estavam incorporados nos hábitos alimentares.

“Lá em casa eu moro só, como só.”

“Na geladeira tem muita coisa ofensiva.”

Eles mostraram seu potencial e conhecimentos fazendo surgir algumas preparações saudáveis respeitando a cultura alimentar local como alternativa imensidão de alimentos industrializados, transgênicos, tais como a receita do cuscuz, manteiga, café, molho de tomate, maionese, coalhada, iogurte, passando à condição de formador junto ao grupo, multiplicador e protagonista. Para Freire (2016) a autonomia vai se constituindo da experiência de várias e inúmeras decisões.

“Minha mãe fazia cuscuz do milho do roçado.”

“A manteiga, a coalhada a gente fazia só com o leite da vaca. Eu ainda faço”

Ao final da atividade foi realizada a avaliação e o planejamento para o próximo encontro e os participantes decidiram permanecer com o tema alimentação saudável acrescentando a diabetes e a hipertensão.

3º Oficina – “Teatro do Oprimido”

A terceira oficina realizada foi denominada “Teatro do Oprimido”, contou com a presença de 18 idosos, todos os profissionais da equipe e a nutricionista do NASF. Nessa atividade foi representada cenas e situações conflituosas do cotidiano dos idosos sem roteiros pré-definidos ou falas prontas que envolveu os temas autocuidado, alimentação, sedentarismo, Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial afim de promover um ambiente propício para a expressão de sentimentos e estimular as habilidades e a autonomia dos idosos para superar obstáculos (situações de opressão) vivenciados em seu cotidiano.

“Eu já deixei de ir pras festa por causa que eu tenho diabetes”.

O Teatro do Oprimido trata-se de um espaço que possa dar conta de uma situação precisa, no universo das relações sociais, de certa camada da população subjugada pela dependência, seja ela psicológica ou física. Trata-se de uma metodologia de intervenção política e social comprometida com a análise e a transformação do mundo, buscando investigar e desmontar as estruturas de poder que estão na base da opressão, em suas múltiplas formas, visando à emancipação individual e coletiva através do exercício dialético (BOAL, 2013).

No encontro anterior foi possível compreender a partir das falas dos idosos suas relações com profissionais de saúde, como as informações alimentares e de hábitos saudáveis de vida são transmitidas por estes profissionais e como estas impactam nos seus cuidados com a saúde. Durante a discussão para a escolha do enredo do espetáculo, o grupo considerou duas histórias representativas do coletivo, assim afirmou um idoso:

“Eu voto nessa história porque muitas pessoas aqui tão sem comer as coisas porque os doutor diz que não pode”.

Outro idoso comentou:

“Eu achei legal essa história porque eu mesmo já deixei de ir pras festa por causa disso”.

A maior parte do grupo concordou e por fim o enredo foi escolhido.

Em seguida, iniciou-se a montagem do espetáculo, a escolha dos atores, do cenário e tudo ocorreu sem ensaios e falas prontas. Para o êxito da

apresentação, era indispensável o diálogo, a dedicação e a interação com a plateia. O espetáculo não poderia acontecer com apenas uma pessoa. Diante disto, sua construção tornou-se coletiva.

A primeira cena do cotidiano contou com a atuação de todo o grupo encenando a participação em uma festa, dançando ao som de Luiz Gonzaga. Em seguida, surgem alguns alimentos que os idosos referiam encontrar nas festas que frequentavam, bolo, salgadinhos, brigadeiros, refrigerantes. E a pergunta foi: quando estão em uma festa e se deparam com esses alimentos o que fazem? Foi realizada uma discussão com base nas respostas dos idosos que iam desde a compulsão até o isolamento de não ir mais para festas por esse motivo. O segundo momento foi encenado uma consulta com um profissional de saúde onde um idoso representou o profissional e o outro o usuário. Nessa encenação dessa relação profissional-usuário no teatro do oprimido, em clima de descontração, o idoso encarnou copiosamente o papel de profissional da saúde reproduzindo uma vida de relações verticalizadas e autoritárias por parte dos profissionais:

"*Você não pode comer nada, o que você pode muito é caminhar, caminhar de manhã, de tarde, de noite".*

O usuário argumenta:

"*E eu vou morrer de fome é? E eu não gosto de caminhar".*

E o profissional respondeu:

"Aí o problema é seu!".

A maioria se identificou naquela situação gerando risos e aplausos da plateia, já o idoso no papel de usuário renunciou a situação de dependência e impotência:

"*Como é que eu venho aqui, conto o meu problema e o senhor só diz que eu não posso comer, só posso caminhar".*

O profissional orienta:

"É você tem que caminhar pra maneirar esse corpo",
"E se e se eu sentir fome?"

Pergunta o usuário e o profissional conclui o seu atendimento:

“Ah! Se segure no veneno que nem cobra”.

Com base nesta apresentação, foi possível discutir com o grupo que o oprimido deve lutar para superar a situação de opressão, e não para reproduzi-la, tornando-se o opressor. Desse modo, as reflexões se ampliaram ao longo do encontro e geraram aprendizado coletivo.

A partir da compreensão do autoconhecimento, é possível gerar reflexões em problemas mais amplos e coletivos. No teatro, todas as pessoas podem contribuir para a resolução de um conflito com base na história particular de um sujeito. Assim, o espetáculo passa a falar na primeira pessoa do plural. O sujeito que narrou a história passa a jogar com uma nova imagem artística sobre ela, extrapolando a realidade social em direção a uma realidade fictícia. Em seguida, retorna à realidade social munido de elementos capazes de auxiliá-lo a enfrentar conflitos (SANTOS, 2016).

Por fim, emergiu uma frase empoderada que representou o coletivo e a atividade do dia “Viver a vida com qualidade até quando Deus quiser”. Houve momento de agradecemos aos participantes por compartilharem suas histórias e os demais por acolherem e pelo lindo espetáculo que disparou muitas reflexões. Após a avaliação, seguimos o planejamento da próxima atividade e com a escolha do tema atividade física.

4º Oficina – “Atividade de cultura e lazer com passeio histórico”

A quarta oficina se desenvolveu com a participação de 28 idosos, a eSF, a fisioterapeuta do NASF-AB e um historiador da cidade. A proposta foi valorizar a capacidade e o potencial dos idosos na contação de histórias com a “Atividade de cultura e lazer com passeio histórico” que favoreceu a ação e reflexão para recriar sua própria história, da comunidade e da cidade, a partir das experiencias vivenciadas. Juntamente com o historiador que estava escrevendo um livro sobre a cidade, eles foram recontando a história de cada lugar, os idosos trouxeram partes inéditas da história que serão incluídas no livro.

“No dia que mataram a cumade Margarida ficou tudo escuro aqui, mexeram na energia da cidade.”

“Um dia eu tava fazendo um corte de cana, carregando um caminhão e ela (Margarida) chegou com a equipe dela reunindo o povo dizendo que sábado ela vinha pra passar um filme pro povo que o patrão ia ser obrigado a assinar a carteira.

Ela (Margarida) perguntou: você faz o que aqui?

“Eu sou o motorista”

Isso foi numa segunda feira, quando foi no sábado, dia que ela marcou, tinha três caras cada um com uma 12 esperando ela....”

Para Giraldi (2014) a contação de histórias estimula a cognição e a memória dos idosos, o pensamento crítico, além de possibilitar diálogos estimulantes em interação social e compartilhamento de saberes, ressignificando o processo de viver envelhecendo e podendo beneficiar os contadores de história com mais uma atividade de lazer. A contação de história mostra-se pertinente e efetiva ao se afinar com os determinantes sociais do envelhecimento ativo nos idosos participantes, permitindo ressignificar o processo de viver envelhecendo e protagonizando o próprio envelhecimento com qualidade (COSTA, 2016).

Em cada ponto histórico visitado da cidade, evidenciou-se o prazer em descobrir ou redescobrir, a curiosidade, a busca por novos aprendizados, as lembranças e a alegria trazidas pelas músicas que foram cantadas e dançadas em todo o percurso pelos idosos, reiterando o encontro afetivo e integrador. Para essa atividade, os idosos demostraram muita autonomia em seu planejamento ao

se unirem para formar uma banda de forro pé de serra, com instrumentos musicais que tinham habilidades como a zabumba, o triangulo, o pandeiro e o sanfona, escolheram as composições típicas da cultura local, para dar vitalidade ao som, ritmo, melodia e harmonia e a improvisação com os demais participantes promoveram um momento que abriu as portas para um atividade motivadora que diminuiu as resistências ao tato, ao contato, ao movimento e ao prazer pela vida.

“Eu toco sanfona, faz bem pra mim. Tô me exercitando, fazendo bem ao povo e para os idosos.”

“Essa é a primeira vez que eu tô dançando desde que meu marido morreu. Ele não me deixava dançar. Dancei muito quando era solteira.”

A dança com música é uma forma envolvente e motivadora de exercício com o potencial de otimizar movimento, equilíbrio, força, expressão criativa, bem-estar e interação social (KOSMAT; VRANIK, 2017; MATHEWS et al., 2001; SATOH et al., 2017). Além disso, podem ajudar a capacitar a equipe de saúde e os idosos na construção de um ambiente de cuidado mais significativo (MELHUISH; BEUZEBOC; GUZMA, 2017).

Outra abordagem realizada nessa oficina foi a prática da caminhada e do alongamento com uma sessão desenvolvida juntamente com a fisioterapeuta do NASF-AB levando-se em consideração a flexibilidade, elasticidade e capacidade aeróbica dos idosos e ampliando a discussão sobre os benefícios da atividade física na prevenção de quedas e distúrbios do aparelho respiratório e esquelético, fortalecimento dos ossos e articulações. É claramente determinado que os exercícios físicos são uma forma eficaz de se prevenir o declínio da capacidade funcional de idosos (RAICHLEN; ALEXANDER, 2017). Os efeitos positivos da prática de exercícios físicos na funcionalidade de idosos incluem maior independência em atividades de autocuidado, melhoria da autoestima, melhor qualidade de vida, maior expectativa de vida, redução do risco de quedas e da mortalidade (GALLOZA et al., 2017).

Como produto final dessa oficina foi construída uma sequência de exercícios para os idosos se exercitarem, a formação de uma banda de Forró Pé de Serra autodenomina "Os avós de Jackson" e a participação de trechos inéditos da história da cidade contadas pelos idosos.

5ª Oficina - “Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa”

O quinto momento realizado foi oficina denominada “Protagonismo, Cidadania e direitos da pessoa idosa” com a transmissão do vídeo “couro de boi”, com a toada gravada pelos artistas Palmeira e Biá em 1954 que exemplifica um dilema familiar em que um filho manda seu pai embora da casa onde viviam. O objetivo foi promover reflexões sobre a relação recíproca de proteção ao idosos pelo Estado, sociedade e família.

A participação de outros profissionais como a advogada do município, a assistente social e a psicóloga do NASF-ab possibilitou uma discussão mais ampliada sobre rede de apoio a pessoa idosa no munícipio. Na ocasião, foram listados todos os recursos que os idosos podem acessar na comunidade e na cidade. Afim de aprofundar o conhecimento sobre esses recursos e a capacidade crítica e criativa dos idosos, foi lindo uma história fictícia de uma idosa onde cada participante iria tentar ajudá-la a melhorar sua qualidade de vida.

Caso dona Violeta

Idosa de 85 anos de idade, viúva que possui histórico de lesão no pé crônica, pressão alta e faz uso de várias medicações. Mora com a filha que trabalha em tempo integral, por isso a idosa se sente muito só no dia a dia. A idosa sabe fazer trabalhos manuais e gostaria de sair para vender seus produtos, pois não conseguiu se aposentar por falta de contribuição à previdência. No entanto, os demais filhos proíbem ela de sair sozinha, em virtude de temerem pela sua integridade física. Dona violeta diz que seus filhos são bons, que só se irritam um pouco porque ela vem apresentando perda incontrolável da urina, mas os vizinhos referem vozes exaltadas dentro da casa frequentemente. Hoje dona Violeta caiu no banheiro e vem sentindo dores na perna esquerda.

Como encaminhamentos para dona Violeta os idoso deram as seguintes orientações:

“Ela tem que ir tratar essa ferida no hospital”

“Primeiro eu ia atrás do meu benefício”

“Não adianta ela tratar a ferida se em casa ela não é bem tratada, tem que denunciar os filhos”

“Ela tem que denunciar esses filhos, tão prendendo ela e maltratando”

Tem que pedir pra um vizinho chamar o SAMU pra levar ela, deve ter quebrado a perna, como é o número mesmo?”

“Ela podia vir pro grupo junto com a gente ensinar a gente a fazer as pinturas dela”

“Toda noite eu vou pra escola pra não ficar em casa só”

“Ela pode ir pra igreja, também”.

“Se os filhos não querem cuidar, bota no abrigo”

No Brasil, além das garantias constitucionais, os direitos dos idosos encontram-se assegurados por leis especiais, como a Lei 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Lei 10.741/2003 que trata do Estatuto do Idoso. Visando oportunizar às pessoas idosas todas as formas de interação social e de desenvolvimento pessoal.

Neste contexto, os direitos que mais se destacaram na discussão foram o direito à educação, como fonte de promoção da cidadania, por meio da diversidade de relacionamentos e da construção de saberes reflexivos que produz, além de promover a dignidade da pessoa humana. “Dona Violeta” foi orientada a se matricular em um grupo escolar que vem desenvolvendo atividades no período noturno na própria comunidade.

Outros direitos discutidos foram o benefício assistencial da Lei Orçamentária de Assistência Social (LOAS), garantido um salário mínimo a partir dos 65 anos, caso comprovada a hipossuficiência, gratuidade dos transportes coletivos, direito à alimentos, ao atendimento de saúde prioritário e em outros setores e estabelecimento, descontos para eventos culturais, ao acompanhante em caso de internação, além de prioridade na tramitação de processos judiciais e administrativos.

Desse modo, “dona Violeta” recebeu esclarecimentos para se dirigir ao Centro de Referência em Assistência Social CRAS e dar entrada no benefício, inclusive uma das idosas percorreu esse mesmo caminho e conseguiu êxito.

Nessa oficina, surgiram reflexões sobre situações vivenciadas por eles que se constituem violação de direitos por parte do governo, da sociedade e da família, mas por desconhecimento da legislação pelos idosos passou despercebido. Apenas um idoso dos 26 que participaram, conheciam o Estatuto

do idoso. No entanto, todos puderam refletir sobre os direitos já conquistados e a importância de se mobilizarem pela defesa desses direitos, em especial, na efetivação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso, na implantação de políticas públicas, programas e ações que atendam às suas demandas.

Também foi abordado a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente.

Durante a discussão os idosos não citaram o trabalho do Conselho Municipal de direito da pessoa idosa e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), mas esclarecido pelos profissionais.

Desse modo, foi possível construir o mapa da rede de apoio ao idoso no município e uma relação mais próxima entre idosos, profissionais e serviços disponíveis, a fim de identificar e melhor compreender o potencial, além de discutir maneiras de potencializa ações e encorajá-los a serem agentes ativos e buscarem coletivamente recursos e serviços da comunidade que propiciem melhorias na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BOAL, A. **O Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cosac & Naify, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. p. 01.

BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.** Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF), Seção 1: 142, 20 out 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: ministério da saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde. p. 224, 2014a.

COSTA, N.P.; POLARO, S.H.I.; VAHL, E.A.C.; GONÇALVES, L.H.T. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. **Rev. Bras. Enferm.** v.69, n.6, p.1132-1139, 2016.
Dementia (London).;v.16, n.3, p.282-296, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016

GALLOZA, B.; CASTILL,O W. MicheoBenefits of Exercise in the Older Population. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v.28, n. 4, p.659-669, 2017.

GIRALDI, R.C. Leisure facilities for the elderly: their analisys through different strands. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.17, n.3, p.627-36, 2014.

KINCHELOE, J. L. Redefinindo e Interpretando o Objeto de Estudo. In: KINCHE-LOE, Joe L.; BERRY, Kathlenn S**. Pesquisa em Educação**: conceituando a bricolagem. 1a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KOSMAT, H.; VRANIC, A. The efficacy of a dance intervention as cognitivetraining for the old-old. **J Aging Phys Act**,v. 25, p.32–40, 2017.

MATHEWS, R.M.; CLAIR, A.A.; KOSLOSKI, K. Keeping the beat: Use of rhythmicmusic during exercise activities for the elderly with dementia.American **J. Alzheimer's Dis. Other Demen;** v.16, p.377-380, 2001.

MELHUISH. R.; BEUZEBOC, C.; GUZMÁN, A. Developing relationships between care staff and people with dementia through Music Therapy and Dance Movement Therapy: A preliminary phenomenological study.

NEIRA, M.G.; LIPPI,B.G. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional**. Educ. Real**. [online]., vol.37, n.2, p.607-625, 2012.

RAICHLEN, D.A.; ALEXANDER, G.E. Adaptive Capacity: An Evolutionary Neuroscience Model Linking Exercise, Cognition, and Brain Health.**Trends Neurosci.** v.40, n.7, p.408-421, 2017.

SANTOS, G.LA.; SANTANA, R.F.; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades de vida diária. **Esc. Anna Nery rev. enf.**, v. 20, n. 3, 2016.

SATOH, M.; OGAWA, J.; TOKITA, T.; NAKAGUCHI, N.; NAKAO, K.; KIDA, H.; TOMIMOTO, H. Physical exercise with music maintains activities of daily living in patients withdementia: Mihama-Kiho Project Part 21. **J. Alzheimer's Dis.**, v.57, p. 85–96, 2017.

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. André Fernandes da Silva

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **Grupos de idosos enquanto dispositivos de empoderamento em saúde: uma proposta de pesquisa ação** a ser realizada na Unidade de Saúde da Família VI Vila São João , pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família Danielly Cristiny de Veras sob orientação do Profº Franklin Delano Soares Forte com os seguintes objetivos: compreender a percepção dos idosos acerca dos grupos operativos que eles participam e de que forma os grupos têm contribuído para o empoderamento em saúde e descrever como a prática de empoderamento em saúde vem sendo desenvolvida nas atividades dos grupos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho da Secretaria de Saúde do município, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Alagoa Grande 15 de maio de 2018.

Danielly Cristiny de Veras
Enfermeira
COREN-PB 433.319

DANIELLY CRISTINY DE VERAS
Pesquisadora Responsável pelo Projeto

ANDRÉ FERNANDES DA SILVA
Secretário de Saúde do município de Alagoa Grande

André Fernandes da Silva
Secretário de Saúde

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRUPOS DE IDOSOS ENQUANTO DISPOSITIVOS DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA AÇÃO

Pesquisador: DANIELLY CRISTINY DE VERAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93142418.4.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.778.742

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa fundamentado nos pressupostos da pesquisa ação. Os dados serão coletados através de entrevista semiestruturada.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo desenvolver ações no campo da promoção e da educação em saúde com idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante sua condução, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da
confidencialidade e a privacidade das informações prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe causem constrangimento.

Benefícios:

Não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca da participação de idosos em grupos operativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto exequível

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br