

Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde

Quality of life assessment for health promotion groups

Calidad de vida para evaluación de grupos de promoción de la salud

**Gabriella Ribeiro de Paula^I, Brenda Nogueira de Souza^{II}, Leidiene Ferreira Santos^{III},
Maria Alves Barbosa^{II}, Virginia Visconde Brasil^{III}, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira^{II}**

^I Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Enfermagem. Palmas-TO, Brasil.

Como citar este artigo:

Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LM. AC. Quality of life assessment for health promotion groups. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):222-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i>

Submissão: 16-04-2015

Aprovação: 29-09-2015

RESUMO

Objetivo: analisar o uso da avaliação da qualidade de vida (QV) como estratégia para avaliar o trabalho com grupos de promoção da saúde na comunidade. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico. Participantes de dois grupos de idosos (n = 46) foram entrevistados individualmente para preenchimento dos instrumentos de caracterização sociodemográfica, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. **Resultados:** predominaram mulheres, com até 79 anos, que não moravam com companheiro, estudaram até quatro anos, aposentadas, com renda individual de até um salário mínimo. Os escores médios no WHOQOL-BREF foram mais elevados no domínio “Relações Sociais” e mais baixos em “Meio Ambiente”. No WHOQOL-OLD, os maiores escores foram atingidos nas facetas “Participação Social” (G1) e “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (G2), enquanto a faceta “Morte e Morrer” obteve menores escores nos dois grupos. **Conclusão:** a avaliação da QV mostrou-se útil para ajudar a coordenação a identificar aspectos da vida dos idosos que precisam ser melhor trabalhados nos grupos.

Descritores: Processos Grupais; Promoção da Saúde; Qualidade de Vida; Idoso.

ABSTRACT

Objective: to analyze the use of quality of life assessment (QOL) as a strategy to evaluate the work with health promotion groups in the community. **Method:** cross-sectional, descriptive and analytical study. Participants of two elderly groups (n = 46) were individually interviewed to fill the sociodemographic instruments, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. **Results:** the participants were women with up to 79 years, who did not live with a partner, with up to four years of study, retired, with individual income of up to a minimum salary. The mean scores on the WHOQOL-BREF were higher on “Social Relations” and lower in the “Environment”. For the WHOQOL-OLD, the highest scores were achieved in facets “Social Participation” (G1) and “Past, Present and Future Activities” (G2), while “Death and Dying” facet obtained lower scores in both groups. **Conclusion:** the assessment of QOL appears to be useful in helping to identify the coordination aspects of life of elderly people that need to be better developed in groups.

Key words: Group Processes; Health Promotion; Quality of Life, Elderly.

RESUMEN

Objetivo: analizar el uso de la evaluación de calidad de vida (CV) como estrategia para evaluar el trabajo realizado con grupos de promoción de la salud en la comunidad. **Método:** estudio transversal, descriptivo y analítico. Los participantes de dos grupos de personas mayores (n = 46) fueron entrevistados de manera individual para completar los instrumentos de caracterización sociodemográfica WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. **Resultados:** predominaron mujeres de hasta 79 años que no convivían

con ningún compañeiro, con hasta cuatro años de estudios, jubiladas, con ingresos individuais equivalentes al salario mínimo. En WHOQOL-BREF la puntuación más alta se registró en “Relaciones Sociales” y la más baja en “Medio Ambiente”. En WHOQOL-OLD, las puntuaciones más altas se registraron en los apartados de “Participación Social” (G1) y “Actividades Pasadas, Presentes y Futuras” (G2), mientras que el apartado “Muerte y Morir” obtuvo las puntuaciones más bajas en los dos grupos. **Conclusión:** la evaluación de CV resultó útil para coordinar e identificar los aspectos de la vida de personas mayores que necesitan de un desarrollo más profundo en los grupos.

Palabras clave: Procesos Grupales, Promoción de la Salud, Calidad de Vida; Personas Mayores.

AUTOR CORRESPONDENTE Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira E-mail: lizete.malagoni@gmail.com

INTRODUÇÃO

A utilização do grupo para atendimento na medicina tem mostrado grande utilidade e eficiência na área da educação e promoção da saúde, pois amplia o entendimento do indivíduo sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, favorece mudanças nos hábitos de vida que constituem risco à saúde⁽¹⁻²⁾. O atendimento em grupo já se configura em procedimento preconizado pelo Ministério da Saúde para o trabalho com diferentes populações, incluindo os idosos⁽³⁾, cujo crescimento significativo vem exigindo maior atenção dos gestores brasileiros para com as políticas públicas de saúde direcionadas a essa população⁽⁴⁾.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial⁽³⁻⁴⁾ e nesse período da vida humana é comum o aparecimento ou complicações de várias doenças crônicas que demandam tratamento contínuo e que podem culminar em incapacidades funcionais⁽⁵⁾. Todavia, o envelhecimento pode estar associado ao bom nível de saúde quando combinado com estratégias adequadas de prevenção de doenças e promoção da saúde⁽⁶⁾. Por isso, há grande investimento do setor público na atenção primária aos idosos, com ênfase no envelhecimento ativo e saudável⁽³⁾.

Nesse contexto, a atividade grupal destaca-se como valiosa ferramenta para assistir os idosos na atenção básica de saúde. A participação em grupos contribui para a redução do isolamento social e melhoria da adesão às propostas terapêuticas, colaborando para a promoção do envelhecimento ativo e, conseqüentemente, elevação da qualidade de vida de idosos⁽⁷⁻⁸⁾.

Para ser considerado eficaz, o grupo precisa seguir os princípios básicos da dinâmica de grupos⁽⁹⁾. Nesse sentido, é indispensável que os coordenadores do grupo conheçam as reais necessidades dos seus integrantes, de modo a planejar atividades que possibilitem sua satisfação. Para certificar-se de que o grupo está atingindo seus objetivos, é fundamental a avaliação regular das estratégias utilizadas no seu desenvolvimento⁽¹⁰⁾. Essa avaliação pode ser feita pela perspectiva de seus coordenadores, mas é imprescindível levar em conta também o ponto de vista de seus participantes, uma vez que quem mais entende de suas demandas é o próprio necessitado⁽¹¹⁾, sendo que a satisfação de seus integrantes é um indicador importante na avaliação da efetividade do grupo como recurso terapêutico⁽¹²⁾.

Não há uma ferramenta específica para avaliação do trabalho realizado com grupos, especialmente aqueles desenvolvidos sem objetivo psicoterápico, como é o caso dos grupos de suporte

ou apoio e dos grupos de promoção da saúde frequentemente oferecidos na atenção primária à saúde. Assim, gestores e coordenadores dos grupos interessados nessa avaliação para nortear seu trabalho ainda precisam lançar mão de estratégias não específicas para tanto⁽¹³⁾.

A QV tem sido utilizada como medida de desfecho em saúde, pois atende ao pressuposto de individualizar a atenção e de considerar a subjetividade do sujeito atendido. Assim, a proposta deste estudo foi usar a avaliação da Qualidade de Vida (QV) como meio para conhecer as necessidades dos participantes de grupos de promoção da saúde da comunidade, de maneira que seus coordenadores possam identificar que aspectos da vida de seus membros podem/devem ser melhor trabalhados, visando a melhoria geral das vidas dos idosos. O objetivo da investigação foi analisar o uso da avaliação da qualidade de vida como estratégia para avaliar o trabalho com grupos de promoção da saúde na comunidade.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e desenvolvida segundo os preceitos da Resolução CNS 466/2012⁽¹⁴⁾. Após serem informados sobre os objetivos deste estudo, os participantes manifestaram seu aceite, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e analítico, conduzido no período de 2012 a 2013, em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UABSF) do município de Goiânia, Goiás que têm grupos de promoção da saúde na comunidade constituídos.

População e amostra

A população do estudo foi constituída por idosos (idade igual ou superior a 60 anos) participantes de grupos de promoção da saúde na comunidade. A amostra de conveniência incluiu 46 sujeitos que atendiam aos seguintes critérios: ser cadastrado em uma das duas UABSF investigadas; participar dos encontros do grupo de maneira regular há pelo menos três meses; demonstrar estar orientado no tempo e no espaço e ser capaz de se comunicar verbalmente; não apresentar limitações físicas ou psíquicas que pudessem resultar em

constrangimentos ou desconfortos. Foram excluídos os idosos que, mesmo tendo manifestado interesse em participar e agendado o encontro domiciliar para coleta dos dados, não foram encontrados em seu domicílio à época da coleta de dados após três tentativas.

Os 46 idosos participavam de dois grupos de promoção da saúde na comunidade, onde já eram desenvolvidas atividades práticas de disciplinas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e já haviam sido identificadas elevadas adesão, coesão e satisfação dos integrantes. Um grupo (G1) é coordenado por Agentes Comunitários de Saúde de uma UABSF do Distrito Sanitário Leste e funciona há 14 anos, com encontros semanais que acontecem em um ginásio de esportes com duração de aproximadamente 90 minutos. A atividade grupal geralmente começa com aferição da pressão arterial, atividades de alongamento e, posteriormente a esses momentos, atividade recreativa. Em seguida, os membros se posicionam sentados em círculo para participar de atividades de educação em saúde, como palestras proferidas por profissionais convidados, exibição de filmes educativos, entre outras, sendo dada a oportunidade para todos se pronunciarem. O encerramento das atividades é sempre feito com uma oração.

O outro grupo (G2) funciona no Distrito Sanitário Campinas/Centro e, embora seja coordenado por membros da comunidade, conta com apoio de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, profissionais e acadêmicos de educação física vinculados à UABSF para desenvolvimento de atividades específicas, convidados pela coordenação. Esse grupo existe há 6 anos e os encontros acontecem em uma praça pública três vezes na semana. As atividades começam com uma caminhada em praça pública e, em seguida, os participantes se agrupam para atividades como canto, dança, orações e socialização. Quando sentem necessidade, convidam profissionais da UABSF para atividades físicas e de educação em saúde. Às sextas-feiras, profissionais e acadêmicos de enfermagem realizam aferição da pressão arterial e teste glicêmico dos participantes.

Além da diferença na coordenação (o G1 é coordenado por profissionais de saúde enquanto o G2 por uma idosa da comunidade), os dois grupos divergem quanto à frequência dos encontros (uma vez por semana no G1 e três vezes por semana no G2) e ao tipo de atividades predominantemente oferecidas (socialização e lazer no G1 e atividades físicas no G2).

Protocolo do estudo

Os participantes foram convidados a participar do estudo durante as atividades do grupo, quando uma pesquisadora lhes foi apresentada pela coordenação, informando sobre os objetivos e convidando os idosos a participarem da pesquisa. Considerando os que aceitaram participar do estudo, foi agendado um encontro em seu domicílio, de acordo com sua disponibilidade.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais, que tiveram duração média de 90 minutos, sendo utilizado três instrumentos: um formulário com dados de identificação e caracterização sociodemográfica dos sujeitos e dois questionários

para avaliação da QV - WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais (uma sobre a percepção geral do indivíduo sobre sua QV e outra sobre avaliação geral da pessoa sobre sua saúde) e 24 questões abordando os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹⁵⁾. O WHOQOL-OLD tem 24 questões, divididas em seis facetas: funcionamento do sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade⁽¹⁶⁾.

Embora os dois instrumentos de avaliação da QV tenham sido construídos para serem auto aplicáveis, considerando a idade e possíveis limitações visuais, motoras e de escolaridade dos participantes, os questionários foram preenchidos pelo entrevistador na presença do sujeito e seguindo as recomendações do grupo WHOQOL em relação a não dar explicações adicionais sobre as questões⁽¹⁵⁾.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e aqueles relativos à avaliação da QV foram analisados seguindo as instruções do Centro WHOQOL do Brasil⁽¹⁵⁾.

Foi realizada uma análise descritiva das características dos participantes, calculados médias e desvios padrão dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD para cada um dos grupos. Para comparação entre os dois grupos dos escores obtidos nos dois instrumentos, foi usado o teste *t* de *Student*, sendo as diferenças consideradas significantes quando o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 26 idosos do G1 e 20 do G2. A maioria era do sexo feminino (84,6% e 90,0%, respectivamente) e tinha menos de 80 anos (76,9% e 90,0%, respectivamente). Quase 2/3 dos sujeitos (65,2%) do G1 tinham até quatro anos de escolaridade, enquanto no G2 80,0% afirmaram possuir tempo de escolaridade superior a quatro anos. Embora a maioria dos participantes (57,7% do G1 e 75,0% do G2) não more com companheiro(a), mais de 2/3 dos idosos moram com filhos e/ou netos (65,4% do G1 e 76,4% do G2).

Do total de participantes, 78,3% são aposentados, mas, enquanto nove (34,6%) sujeitos do G1 não conseguiram sua aposentadoria, no G2 apenas um (5,0%) encontrava-se na mesma situação. Mais da metade (56,5%) dos idosos possui renda individual de até um salário mínimo vigente à época (R\$ 622,00 em 2012 e R\$ 678,00 em 2013) e a maioria (84,9%) informou contribuir financeiramente com a renda familiar, apesar do baixo rendimento individual.

A análise dos escores de cada grupo (Tabela 1) nos domínios do WHOQOL-BREF indicou, em números absolutos, maior média do G1 no domínio "Relações sociais" (75,32) e menor no domínio "Meio ambiente" (60,22). No G2, a maior média em números absolutos foi no domínio "Psicológico" (69,25) e a menor também no domínio "Meio ambiente" (61,56). Quando comparados os dois grupos, foi identificada diferença significativa entre os escores no domínio Relações Sociais ($p = 0,036$), com maior média dos idosos do G1.

Tabela 1 – Média dos escores obtidos pelos idosos participantes dos grupos G1 e G2 nos domínios do WHOQOL-BREF, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013

Domínios WHOQOL-BREF	Média ± sd		Valor de p
	G1	G2	
Físico	66,76 ± 11,19	63,75 ± 14,11	0,424
Psicológico	67,95 ± 11,17	69,25 ± 9,60	0,679
Relações sociais	75,32 ± 15,36	66,25 ± 12,23	0,036
Meio ambiente	60,22 ± 11,20	61,56 ± 11,65	0,693

Analisando as respostas dos idosos dos dois grupos às questões do domínio “Relações sociais”, que incluem as relações pessoais, o suporte social e a atividade sexual, observou-se que a satisfação com a vida sexual foi a que mais influenciou para que os participantes do G1 atingissem escore médio significativamente ($p = 0,036$) maior que os do G2. Enquanto 61,6% dos idosos do G1 se consideram “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com sua vida sexual, 70,0% dos participantes do G2 afirmaram estar “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos” com esse aspecto.

No WHOQOL-OLD, os idosos do G1 atingiram maior escore médio em números absolutos na faceta “Participação social” (72,36), enquanto os participantes do G2 obtiveram esse dado na faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” (69,25). Nos dois grupos, o menor escore médio, também em números absolutos, foi na faceta “Morte e morrer” (56,73 e 44,06, respectivamente). Comparando os escores médios dos dois grupos, observou-se que as médias do G1 foram estatisticamente maiores nas facetas “Funcionamento do sensório” ($p = 0,005$) e “Morte e morrer” ($p = 0,023$). Os idosos do G2 obtiveram escores médios maiores ($p = 0,031$) na faceta “autonomia” (Tabela 2).

As questões incluídas na faceta “Funcionamento do sensório” avaliam o funcionamento dos sentidos (visão, audição, paladar, olfato e tato) e o quanto a perda desses influencia a vida diária, a capacidade de participar de atividades diversas e de interagir com outras pessoas. Os idosos dos dois grupos

consideram que as perdas nos sentidos afetam “bastante” e “mais ou menos” sua vida diária (65,4% no G1 e 65,0% no G2), avaliando como “bom” e “muito bom” (59,0% dos participantes do G1 e 50,0% dos do G2) o funcionamento de seus sentidos. Entretanto, enquanto no G1 apenas 26,9% dos idosos consideram que sua capacidade de participação em atividades é “bastante” e “mais ou menos” afetada pela perda nos sentidos, no G2 esse percentual foi de 75,0%. De maneira semelhante, a interferência da perda nos sentidos sobre sua capacidade de interagir com outras pessoas foi avaliada como “média” e “muita” para 32,0% dos idosos do G1, enquanto no G2 esse percentual mais que dobrou (70,0%).

Dentre as questões que avaliam a faceta “Autonomia”, em escala de 1 a 5, os participantes do G2 conseguiram maiores escores médios ($p = 0,017$) em relação à sua capacidade de fazer as coisas que gostaria de fazer (3,65 no G2 e 3,12 no G1) e, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,090$), também no que se refere à percepção sobre o respeito das outras pessoas quanto à sua liberdade (média 3,90 no G2 e 3,38 no G1) e quanto ao sentimento de ter controle sobre o próprio futuro (média 4,10 no G2 contra 3,81 no G1, com $p = 0,189$).

Na faceta “Morte e morrer”, o medo de não poder controlar sua própria morte influencia menos ($p = 0,026$) a QV dos idosos do G1 (escore médio de 3,54) do que a dos participantes do G2 (escore médio de 2,75). De modo semelhante, mas sem diferença significativa ($p = 0,071$), os integrantes do G1 parecem ter menos medo de morrer (escore médio de 3,54) do que os do G2 (escore médio de 2,85).

DISCUSSÃO

A observação dos dados sociodemográficos dos participantes chama a atenção para particularidades que precisam ser conhecidas pelos coordenadores para melhor planejamento das estratégias utilizadas durante as atividades com os idosos.

A predominância de idosos com menos de 80 anos em ambos os grupos era esperada, pois as limitações físicas e mesmo mentais impostas pelo avançar da idade aumentam o grau de dependência, a prevalência de incapacidade funcional e a presença de comorbidades, dificultando a participação dos considerados muito idosos (80 anos e mais) em atividades fora do lar⁽¹⁷⁾. Entretanto, considerando que os dois grupos se propõem a promover a saúde, talvez essa realidade possa ser revertida

Tabela 2 – Média dos escores obtidos pelos idosos participantes dos grupos G1 e G2 nas facetas do WHOQOL-OLD, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013

Facetas do WHOQOL-OLD	Média ± sd		Valor de p
	G1	G2	
Funcionamento do sensório	70,00 ± 18,13	55,31 ± 14,66	0,005
Autonomia	58,41 ± 14,89	66,88 ± 9,31	0,031
Atividades passadas, presentes e futuras	69,71 ± 11,68	69,38 ± 8,34	0,914
Participação social	72,36 ± 11,20	66,25 ± 15,20	0,128
Morte e morrer	56,73 ± 19,52	44,06 ± 16,03	0,023
Intimidade	67,31 ± 20,33	59,06 ± 17,26	0,135

com o estímulo a adoção de hábitos de vida mais saudáveis que mantenham as doenças sob controle e retardem ao máximo o surgimento das limitações, principalmente físicas. Assim, o idoso poderá usufruir dos benefícios de participar de diferentes atividades do grupo, mesmo com o avançar de sua idade.

A hegemonia feminina, já observada em outros estudos com idosos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, também deve ser considerada pelos coordenadores dos grupos. Embora esses profissionais não possam perder de vista a opção por estratégias de manutenção das idosas no grupo, precisam oferecer alternativas que também atraiam homens. É necessário pensar nas particularidades e interesses masculinos, de maneira que os homens percebam os benefícios de participar desse tipo de grupo. Uma possibilidade para o despertar do interesse é o oferecimento de atividades de lazer mais específicas para homens, como jogos de dama, gamão, xadrez, entre outros, a prática de atividades físicas e a convivência social, que podem contribuir significativamente para melhorar sua QV⁽¹⁹⁾.

A baixa escolaridade identificada nos participantes do G1, característica dos idosos também observada em outros estudos⁽¹⁸⁻²⁰⁾, é comum em pessoas dessa faixa etária residentes em países em desenvolvimento e que viveram sua infância e juventude em época que o ensino não era prioridade. Em tempo anterior à massificação da escolarização, havia menor número de escolas e de vagas, sendo difícil o acesso de residentes em áreas rurais ou distantes da região central das cidades às unidades de ensino⁽¹⁷⁾. Conhecer a escolaridade dos participantes do grupo é essencial para que as estratégias usadas nos encontros sejam adequadas à compreensão de todos os participantes, permitindo sua participação ativa, especialmente com idosos, cuja capacidade/atividade mental costuma estar comprometida. O uso de estratégias não compreensíveis pode gerar sentimento de isolamento e de não pertença ao grupo. Como resultado disso, a adesão ao grupo e a coesão da pesquisa podem ser baixas, pois as informações oferecidas não atingirão sua finalidade e o alcance dos objetivos propostos para o grupo ficará prejudicado.

O fato de a maioria dos participantes não morar com companheiro(a) pode ser um incentivo à sua adesão e permanência no grupo, pois há uma busca por reduzir os sentimentos de solidão e isolamento social, além de ocupar o tempo que a falta de um(a) companheiro(a) deixa ocioso em sua vida diária. Considerando que os relacionamentos sociais são essenciais ao bem estar humano e estão significativamente envolvidos com a manutenção da saúde⁽²¹⁾, os coordenadores do grupo devem preocupar-se em oferecer atividades que favoreçam a participação social do idoso em eventos comunitários e de lazer, contribuindo para que o participante possa sentir-se aceito e valorizado no grupo.

Outro aspecto a ser observado pela coordenação dos grupos é aquele relacionado com a renda financeira individual dos idosos que, mesmo sendo baixa, ainda é contabilizada para a renda familiar. Há que se cuidar para não oferecer opções sociais, de lazer ou informações de saúde inacessíveis ao poder aquisitivo dos idosos, para que eles não se sintam diminuídos em relação aos demais, nem excluídos por falta de condições financeiras. Vale lembrar que, na percepção do idoso, um dos aspectos que contribuem para a melhor QV no envelhecimento é ter renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano⁽¹⁸⁾.

Na avaliação da QV em geral, a diferença identificada entre os grupos no domínio "Relações sociais" do WHOQOL-BREF, com maior média de escore para o G1, pode estar relacionada principalmente aos objetivos e tipo de atividades predominantes nos encontros de cada grupo. O escore mais alto desse grupo também nas questões da faceta "Participação social" do WHOQOL-OLD, embora sem diferença significante, confirma esse resultado positivo.

No G1, como as atividades oferecidas estão mais ligadas a oportunidades de socialização dos seus membros (lazer, esportes, brincadeiras e compartilhamento de experiências de vida), o aspecto "Relações sociais" da vida dos idosos fica potencializado. Estudo anterior realizado com idosos do G1⁽⁸⁾ investigou a presença de fatores terapêuticos nos seus encontros e também destacou o desenvolvimento de técnicas de socialização, que são relacionadas a conversas, resolução de conflitos e libertação da sua condição de solidão, entre outros⁽²²⁾.

O G2 tem objetivos principalmente relacionados à promoção de atividades físicas e desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis (caminhadas e alongamento físico), não havendo muito investimento por parte da coordenação nos aspectos sociais da vida de seus integrantes. Embora seja conhecido o valor da prática regular de exercícios físicos para o desempenho físico e funcional do idoso, que aumenta sua autoconfiança e melhora sua QV⁽²³⁾, os aspectos sociais envolvidos no processo de envelhecimento não podem ser esquecidos.

Considerando a frequência dos sentimentos de solidão e isolamento social comumente identificados na parcela idosa da população, é recomendável que os coordenadores do G2 repensem sua forma de condução do grupo. O isolamento social é um reflexo objetivo e quantificável a partir do tamanho da rede social e escassez de contatos sociais do sujeito. Esse fator é um problema particular do envelhecimento, quando os recursos econômicos diminuem, há deficiência de mobilidade, sendo que a morte de contemporâneos também conspira para limitar os contatos sociais⁽²⁴⁾. A prática de atividades que lhes dão prazer e os mantêm ativos é uma forma usual e eficiente de enfrentar as limitações impostas por doenças crônico-degenerativas comuns aos idosos, contribuindo para amenizar esse sentimento de solidão⁽²⁵⁾.

Nesse processo de práticas de atividades que recuperam as relações sociais do idoso, pode ser fundamental a colaboração/assessoria de profissionais habilitados para o replanejamento do grupo, incluindo atividades dirigidas para a promoção ou aprimoramento das habilidades sociais de seus participantes.

Ainda no que se refere ao domínio "Relações sociais" do WHOQOL-BREF, chama a atenção o fato de os escores médios obtidos pelos idosos do G2 no aspecto de satisfação com sua vida sexual ser significativamente ($p = 0,000$) inferior ao dos participantes do G1 (3,50 no G1 e 2,15 no G2, em escala de 1 a 5). Esse resultado pode indicar que os idosos com menos idade (maioria no G2) sentem mais a falta da atividade sexual. Não obstante, é preciso considerar que, apesar de todas as alterações psicofisiológicas que acompanham o envelhecimento, a sexualidade ainda está presente e integra o dia-a-dia das pessoas durante toda a vida⁽²⁶⁾. Nesse sentido, os profissionais de saúde que trabalham com grupos de idosos precisam atualizar seus conhecimentos sobre a sexualidade na velhice, derrubando mitos

e conceitos equivocados a esse respeito, a fim de oferecer atendimento adequado a essa necessidade específica.

A insatisfação com a vida sexual manifestada pelos idosos no presente estudo pode estar relacionada à falta de informações especializadas que os ajude a solucionar problemas e encontrar alternativas saudáveis para melhorar sua satisfação nesse aspecto de suas vidas. É muito cômodo para os profissionais adotar como verdadeira a concepção de que o interesse sexual diminui com o passar dos anos e, por isso, ao trabalhar com idosos, especialmente aqueles com idade mais avançada, esse aspecto de sua QV pode ser relegado a segundo plano ou mesmo esquecido.

Outra possibilidade é usar sua falta de conhecimentos específicos para evitar trabalhar o tema com as pessoas de mais idade, excluindo da área de atuação do profissional de saúde um aspecto da vida fundamental para o envelhecimento ativo e bem sucedido, como configura-se a sexualidade⁽²⁷⁾. O ideal seria procurar ajuda de especialistas que pudessem colaborar com os idosos no manejo de suas dificuldades, tanto com medidas para prevenir disfunção sexual quanto com informações sobre formas alternativas de satisfação para aqueles que estão com essa função prejudicada.

No módulo OLD, os idosos do G2 atingiram escore médio mais elevado do que os do G1 na faceta "Autonomia". Isso pode ser consequência do maior percentual de participantes com menos de 80 anos (90,0%) no G2, com melhor nível de escolaridade (80,0% com mais de quatro anos) e aposentados (95,0%), com rendimento individual maior que um salário mínimo (40,0%). As limitações impostas pela idade mais avançada, tanto no aspecto físico quanto no psicoemocional, a insuficiência de informações proporcionadas pelos poucos anos de escolaridade e a relativa falta de independência financeira são fatores que podem afetar significativamente a autonomia pessoal⁽²⁸⁾. Assim, não surpreende que os participantes do G1 tenham obtido menor escore médio nessa faceta.

Como o prejuízo na autonomia é fator que concorre para o isolamento do idoso, tanto em relação aos demais familiares como dos relacionamentos sociais fora do lar, esse é outro aspecto que precisa ser trabalhado pela coordenação dos grupos para idosos, reforçando os aspectos positivos envolvidos e minimizando os negativos. É evidente que algumas variáveis não estão sujeitas a intervenções, como o aumento da idade. Entretanto, é possível promover atividades que melhorem o nível cognitivo e intelectual, até mesmo oferecendo cursos e oficinas de capacitação para que os idosos exercitem e ou aprimorem suas habilidades na confecção de artesanatos, doces, entre outros produtos que possam ser comercializados para ajudar a reforçar seus rendimentos pessoais. Isso pode resultar, ainda, em melhora da sua autoestima⁽⁴⁾.

Na faceta "Funcionamento do sensorio", em que os idosos do G1 atingiram escore médio significativamente maior que os do G2, a principal diferença entre os dois grupos está na percepção sobre o quanto as perdas sensoriais dos sujeitos afetam sua participação em diferentes atividades e sua capacidade de interagir com outras pessoas. Enquanto poucos idosos do G1 consideram pequeno esse efeito, para a maioria dos participantes do G2, o prejuízo sensorial interfere substancialmente em

sua capacidade de participação e interação na comunidade.

Embora a diminuição na acuidade auditiva, visual, gustativa, olfativa e tátil seja considerada decorrência do processo natural de envelhecimento, é importante que os coordenadores obtenham informações prévias sobre qual o nível de dificuldade dos idosos para compreender e participar das atividades propostas para o grupo como um todo. Esse cuidado no planejamento e realização das atividades permitirá a seleção de estratégias mais apropriadas, contribuindo para que os participantes sintam-se valorizados, podendo usufruir dos benefícios das atividades. A adesão dos participantes ao grupo pode melhorar a partir do uso de um ambiente livre de interferências sonoras externas, onde a comunicação verbal ocorra com conteúdo adequado à capacidade cognitiva e intelectual, em volume audível pelos presentes, e a comunicação não verbal (escrita, desenhos e gestos) considere a deficiência visual frequente nessa faixa etária⁽¹⁸⁾.

Além disso, o ambiente oferecido aos idosos para as atividades e encontros do grupo precisa ser adaptado a essas perdas nos sentidos, de maneira a não representar um risco a mais para sua saúde. Isso é especialmente válido para grupos como o G2, em que as atividades oferecidas são principalmente de caminhada e exercícios em praça pública, cujas irregularidades no chão podem constituir fator de risco para quedas⁽²⁹⁾.

Em relação à faceta "Morte e morrer", o pior escore médio obtido pelos participantes do G2 pode estar ligado ao fato desse grupo congrega maior número de idosos com idade inferior a 80 anos, com poder aquisitivo aparentemente melhor e com mais anos de escolaridade. Tais características sociodemográficas contribuem para que o idoso tenha melhor percepção sobre o quanto estão vulneráveis. Porém, mesmo sabendo que a morte é inevitável, os participantes ainda sentem-se em condições de fazer alguma coisa para que a morte não seja dolorosa, assumindo seu medo do desconhecido e das condições indignas que podem acompanhar o processo de morrer. O não medo da morte pode refletir tanto uma defesa inconsciente quanto a desvalorização da vida em condições adversas, com expectativa de uma vida melhor após a morte⁽³⁰⁾.

Quanto mais idosos, mais os participantes sentem-se próximos da morte e das incapacidades produzidas pelas doenças. Nessa fase da vida, vivenciando a perda de outros contemporâneos, o idoso começa a perceber que a morte está mais próxima de si mesmo. O medo dos idosos de não poder controlar sua própria morte pode estar relacionado à possibilidade de ficarem sozinhos e incapazes no fim da vida, dependentes de outras pessoas para suas necessidades mais básicas, como alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, locomover-se, entre outras, e não à incerteza e temor pela morte em si⁽³¹⁾.

A coordenação dos grupos para idosos pode ajudar no alívio dos sentimentos negativos relacionados a esse tema, providenciando ajuda para os participantes no sentido de minimizar suas ansiedades e temores relacionados à morte e ao processo de morrer. Pode ser necessária a colaboração de religiosos de diferentes práticas, psicólogos e outros profissionais com experiência no tema, para que seja trabalhado de maneira profunda, mas sem o peso que costuma trazer consigo. Todo o esforço deve ser envidado não para negar a proximidade da morte, mas no sentido de trabalhar a aceitação

do envelhecimento e da finitude pessoal como um processo natural. Esse processo não necessariamente está ligado a dor e sofrimento, mas pode ocorrer de maneira digna, sendo entendido mais como o fechamento de um ciclo vital, o encerramento das missões que os sujeitos deviam ter cumprido⁽³¹⁾.

Limitações do estudo e contribuições para a prática

Embora os resultados deste estudo indiquem a utilidade dos instrumentos para avaliação de QV para ajudar coordenadores no exame e julgamento de seu trabalho na condução de grupos, é necessário que esses recursos sejam testados em outros tipos de grupos e cenários. Ademais, é importante considerar a avaliação tanto dos participantes quanto dos coordenadores sobre a utilidade desses instrumentos para identificar as necessidades de seus membros, orientando o (re)planejamento e a condução do trabalho grupal. Enquanto aguardam investigações mais abrangentes e conclusivas, os profissionais que trabalham com grupos na comunidade, interessados em tornar esse trabalho mais efetivo em seu propósito de educação e promoção da saúde, podem valer-se dos resultados obtidos neste estudo para ajudá-los nessa tarefa.

CONCLUSÃO

A avaliação da QV dos participantes do estudo demonstrou ser valiosa aliada no planejamento e condução do trabalho com

grupos, tornando possível o (re)direcionamento das estratégias de intervenção que visam melhorar suas vidas em geral.

Apesar de terem sido considerados muito extensos e cansativos pelos idosos, os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD possibilitam aos coordenadores de grupos conhecer melhor sua clientela, fornecendo subsídios importantes para o (re)planejamento do grupo. A análise detalhada das respostas de cada questão permite aos coordenadores identificar como o grupo pode colaborar para melhorar a QV de seus integrantes, reforçando os aspectos positivamente avaliados e minimizando aqueles cujos escores indicaram prejuízo para sua QV.

Quando o planejamento do grupo é feito com base nas reais necessidades de seus participantes e os encontros são conduzidos seguindo pressupostos básicos da dinâmica de grupo, as possibilidades de que o grupo alcance o sucesso e atinja seus objetivos são maiores. Seu sucesso está diretamente relacionado ao sincronismo entre as expectativas e demandas dos participantes. O trabalho com grupos é um valioso espaço para a aprendizagem e compartilhamento de experiências, podendo ser usado com diferentes clientelas e em cenários variados, mas exige qualificação dos profissionais envolvidos e foco nas necessidades dos participantes. Nesse sentido, os instrumentos para avaliação da QV mostraram-se úteis para evidenciar as necessidades dos membros do grupo e fornecer diretrizes para o trabalho dos coordenadores na condução do grupo, contribuindo para o êxito da intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Drummond N, Abbott K, Williamson T, Somji B. Inter-professional primary care in academic family medicine clinics. *Can Fam Physician* [Internet]. 2012[cited 2014 Oct 10];58(8):450-8. Available from: <http://www.cfp.ca/content/58/8/e450.long>
2. Solvig Ekblad MA. Culture and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden - pre and two post assessments. *Open J Prev Med* [Internet]. 2013[cited 2014 Oct 10];3(1):12-21. Available from: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=27874>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. In: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Veras R. [Population aging today: demands, challenges and innovations]. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2009[cited 2011 Jan 05];43(3):548-54. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf> Portuguese.
5. Almeida ABA, Aguiar MGG. [The ethical dimension of nursing care to the hospitalized elderly from the perspective of nurses]. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011[cited 2014 Aug 25];13(1):42-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a05.pdf> Portuguese.
6. Kalache A. [The world is ageing: a pact of social solidarity is an imperative]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 10];13(4):1107-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/02.pdf> Portuguese.
7. Fernandes MTO, Soares SM, Silva LB. [Limits and possibilities of working with groups within the family health strategy]. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 10];12(3):355-41. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/274>
8. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. [Therapeutic factors in a group of health promotion for the elderly]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2014 Oct 10];47(6):1352-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01352.pdf> Portuguese.
9. Minicucci A. Dinâmica de grupos: teorias e sistemas. São Paulo: Atlas; 2009.
10. Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. [Therapeutic factors in a group of people with diabetes]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009[cited 2014 Oct 10];43(3):558-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a09v43n3.pdf> Portuguese.
11. Demo P. Ciências sociais e qualidade. São Paulo: Almed; 1985.
12. Bragadottir H. Computer-mediated support group intervention for parents. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 10];40(1):32-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2007.00203.x/abstract>

13. Oliveira LMAC, Medeiros M, Brasil VV, Oliveira PMC, Munari DB. Use of therapeutic factors for the evaluation of results in support groups. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 10];21(3):432-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/08.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
15. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Porto Alegre: Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003[cited 2014 Aug 25]. Available from: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol.html>
16. World Health Organization. WHOQOL OLD: manual. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
17. Hott AM, Pires VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Rev Enferm Integrada* [Internet]. 2014[cited 2014 Sep 2];4(1):765-78. Available from: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/12-perfil-dos-idos-os-inseridos-em-um-centro-de-convivencia.pdf>
18. Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. [Aging with quality of life: the perception of elderly people participating in social groups]. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 10];14(2):226-32. Available from: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200012> Portuguese.
19. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. [A profile of elderly members of community groups in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 10];24(12):2798-808. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf> Portuguese.
20. Tavares DMS, Dias IFA, Munari DB. Quality of life of the elderly and participation in group educational activities. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Oct 10];25(4):601-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_aop2012.pdf
21. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 10];7(7):e1000316. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
22. Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Reis LA, Torres GV. [Influence of chronic pain in the functional capacity of institutionalized elderly]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 10];64(2):274-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf>
24. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 2013[cited 2014 Oct 10];110(15):5797-801. Available from: <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.long>
25. Santos ACS, Santo FHE, Pestana L, Daher DV, Santana R. [Heart failure: strategies used by elders in search for quality of life]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 10];64(5):857-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a09v64n5.pdf> Portuguese.
26. Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kalinke LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 10];32(3):583-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/21.pdf>
27. Fávero MF, Barbosa SC. Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de enfermagem. *Terapia Sexual*. 2011;XIV(2):11-40.
28. Bento JA, Lebrao ML. [Sufficiency of income perceived by the elderly in the city of São Paulo/Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014[cited 2014 Jul 14];18(8):2229-38. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n8/07.pdf> Portuguese.
29. Gomes ECC, Marques APO, Leal MCC, Barros BP. [Factors associated with the danger of accidental falls among institutionalized elderly individuals: an integrative review]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014[cited 2014 Oct 10];19(8):3543-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.16302013> Portuguese.
30. Araújo LP, Helmer DS, Gomes L, Fukuda CC, Freitas MH. Medo à morte e ao morrer em idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. *Acta Sci Hum Soc Sci*. 2009;31(2):213-8.
31. Cótica CS. Percepção de envelhecimento e finitude no final da vida adulta tardia. *Ger Ger*. 2011;5(4):201-13.