

PARTICIPAÇÃO EM GRUPO COMO RECURSO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS

PARTICIPATION IN GROUP AS A RESOURCE FOR HEALTH PROMOTION AND QUALITY OF LIFE AMONG OLDER PEOPLE

PARTICIPACIÓN EN GRUPO COMO RECURSO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

Leidiane Ferreira Santos¹
Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira²
Maria Alves Barbosa²
Ruth Minamisava³
Brenda Nogueira de Souza⁴
Daniella Pires Nunes¹

Objetivo: analisar a participação em grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida de idosos. **Método:** estudo transversal, analítico e prospectivo. Os dados foram coletados por meio de um instrumento com questões sociodemográficas e pelos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, e analisados no *software Stata* versão 11.0, por meio de regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi $\leq 5\%$. **Resultados:** participar do grupo foi significativamente associado a melhores escores de qualidade de vida nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (WHOQOL-BREF), e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social” (WHOQOL-OLD). **Conclusão:** a participação em grupo de promoção da saúde favorece melhorias em diversos aspectos da vida dos idosos, especialmente os relacionados à inclusão social e ao estabelecimento/manutenção de relacionamento interpessoal.

Descritores: Qualidade de vida. Estrutura de grupo. Promoção da saúde.

Objective: to analyze participation in health promotion group meetings as a strategy to improve quality of life among older people. *Method:* this was a cross-sectional, analytical and prospective study. Data were collected using an instrument including sociodemographic question, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. We used the Stata software version 11.0 to analyze data using the multiple linear regression. Level of significance adopted was $\leq 5\%$. *Results:* to participate in a group was significantly associated with higher score in quality of life in the following domains “physical”, “social relations”, “environment” (WHOQOL-BREF), and facets “pass, present and future activities”, “social participation” (WHOQOL-OLD). *Conclusion:* the health promotion group meetings improved many aspects of life of older people, especially related to social inclusion and establishment/maintenance of an interpersonal relationship.

Descriptors: Quality of life. Group structure. Health promotion.

¹ Professoras Adjunto da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas. Palmas, Tocantins, Brasil. leidieneasantos@uft.edu.br; daniellanunes@uft.edu.br

² Professoras Titulares da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. lizete@ufg.br; maria.malves@gmail.com

³ Professora Associada da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. minamisava@gmail.com

⁴ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. brenda-nog@hotmail.com

Objetivo: conocer la participación en las reuniones del grupos de promoción de la salud como estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Método: se trata de un estudio transversal, analítico y prospectivo. Los datos se recolectaron utilizando un instrumento que incluía una pregunta sociodemográfica, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Utilizamos la versión 11.0 del software Stata para conocer datos utilizando la regresión lineal múltiple. El nivel de significación fue $\leq 5\%$. Resultados: participar en un grupo se asoció significativamente con mayor puntuación en calidad de vida en los siguientes ámbitos "físico", "relaciones sociales", "medio ambiente" (WHOQOL-BREF) y facetas "paso, actividades presentes y futuras" "Participación social" (WHOQOL-OLD). Conclusión: las reuniones de grupos de promoción de la salud mejoraron muchos aspectos de la vida de las personas mayores, especialmente relacionadas con la inclusión social y el establecimiento / mantenimiento de una relación interpersonal.

Descriptor: Calidad de vida. Estructura de grupo. Promoción de la salud.

Introdução

O atendimento em grupo tem sido mundialmente empregado como recurso para assistência em saúde, pois contribui para a socialização, mudanças nos hábitos de vida e aprendizagem⁽¹⁾. No Brasil, essa prática é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) e amplamente empregada na atenção básica^(2,3).

Entretanto, pesquisas indicam que o atendimento em grupo não tem alcançado todo seu potencial^(4,5), e também não tem colaborado para melhorar a Qualidade de Vida (QV) de seus participantes⁽⁶⁾. Muitos autores sugerem que a não eficácia das atividades grupais pode ser reflexo da estrutura e funcionamento adotados, já que nem sempre são consideradas as necessidades dos sujeitos assistidos, com ênfase dada somente aos aspectos relacionados a doenças^(2,4-5).

Nota-se que, errônea e comumente, conjuntos de pessoas são chamados de grupos. Todavia, não basta reunir determinado número de sujeitos para se ter realmente um grupo; para tanto, é necessário, dentre outros aspectos, a construção de relações interpessoais autênticas e permanente processo de reciprocidade entre os participantes⁽⁷⁻⁸⁾.

Além do erro conceitual, de denominar de grupo algo que não é, observa-se também um preocupante processo de banalização em relação à implementação e condução de atividades grupais na área da saúde, em uma perspectiva claramente tecnicista, dando a falsa impressão de que coordenar grupos é tarefa simples que não requer conhecimento teórico, mas somente o domínio de alguns jogos e técnicas, geralmente

aplicados sem se considerar as reais necessidades das pessoas envolvidas nessa atividade⁽⁸⁾.

Para fazer uso mais assertivo do atendimento em grupo, é importante possuir conhecimento acerca da dinâmica de grupo. Essa expressão está relacionada ao estudo da natureza do grupo e do papel do coordenador, bem como de seu funcionamento, movimentos básicos e interações entre seus membros⁽⁷⁾.

Uma vez empoderados de novos conhecimentos e habilidades, os coordenadores de grupo têm a possibilidade de maior autonomia e capacidade de inovação, o que pode potencializar o uso do grupo como ferramenta transformadora na busca por mudanças de comportamento e estratégias de enfrentamento^(2,8).

Sendo assim, esta pesquisa objetivou analisar a participação em grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a QV de idosos. Tem-se como hipótese que participar de grupos de promoção da saúde, que atendem a pressupostos da dinâmica de grupo, influencia positivamente diversos aspectos da vida das pessoas e, conseqüentemente, favorece melhores escores de QV.

Método

Trata-se de um estudo transversal, analítico e prospectivo, realizado em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), localizada no município de Goiânia, no estado de Goiás. A opção pela referida unidade de saúde deu-se em virtude do vínculo entre

escola e serviço, haja vista que a UABSF configura-se em cenário para atividades teórico e práticas da Instituição de Ensino Superior (IES) à qual as pesquisadoras são vinculadas. Dessa maneira, os resultados desta pesquisa poderão colaborar com a implementação de estratégias direcionadas ao atendimento das reais necessidades da população idosa, e reorientar a prática da atividade grupal, de maneira que esse atendimento não se baseie no uso indiscriminado de técnicas e estratégias, mas no compartilhamento de experiências, valorização do indivíduo e na humanização da assistência.

A população de indivíduos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrada nessa unidade de saúde totalizava 602. Para o presente estudo, por conveniência, a amostra foi constituída por 116 idosos distribuídos em dois grupos, G1 e G2. O primeiro, G1, foi composto por 26 sujeitos participantes de um grupo de promoção da saúde vinculado à UABSF. O G2, por 90 idosos atendidos na unidade de saúde no período da coleta de dados, mas que não participavam de atividades grupais.

O grupo de promoção da saúde da UABSF possui mais de doze anos de existência e é coordenado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Nele se realizam tarefas como alongamento, pintura, dança, gincanas, apresentação de poesia e música. Há baixa taxa de evasão e permanente renovação das atividades propostas, sem que o vínculo dos seus membros esteja atrelado, necessariamente, a um benefício como oferta de medicamentos, consultas e outros.

Os encontros ocorrem semanalmente, com duração de três horas e tem como foco de atenção a promoção da saúde dos idosos. Cada sessão grupal é organizada para contemplar as fases de acolhimento, realização de tarefas, processamento da experiência grupal e, ao final de cada encontro, há avaliação das atividades realizadas. Essas ações atendem a pressupostos da dinâmica de grupo⁽⁸⁻⁹⁾.

A etapa de coleta de dados aconteceu nos meses de junho a outubro de 2012, por meio de três instrumentos – questionário sociodemográfico, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD –, e foi

realizada pela pesquisadora responsável e por cinco auxiliares de pesquisa.

Participaram desta pesquisa sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na UABSF investigada, mentalmente orientados e capazes de se comunicar verbalmente. Dentre os idosos do grupo de promoção da saúde, foram excluídos aqueles com participação descontinuada, com menos de duas presenças mensais.

As variáveis de exposição desta pesquisa foram: participação no grupo de promoção da saúde, idade, sexo, escolaridade, morar sozinho, morar com companheiro, número de pessoas na mesma casa, receber aposentadoria, renda individual, contribuir com as despesas familiares e tipo de moradia. As variáveis de desfecho foram os escores obtidos nos domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e nas facetas do WHOQOL-OLD (habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade).

Os escores de QV, em cada um dos quatro domínios do WHOQOL-BREF e das seis facetas do WHOQOL-OLD, indicam a percepção dos idosos em relação à satisfação em diversos aspectos de suas vidas. De acordo com a escala utilizada nesta pesquisa, de 0 a 100, quanto mais alta a pontuação obtida, mais positiva a percepção da QV.

Os dados foram analisados no *software Stata* versão 11.0. Realizou-se estatística descritiva para caracterização dos idosos e cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD, foram representados por média, desvio-padrão e respectivos intervalos de confiança.

O WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foram testados, quanto à confiabilidade, por meio da análise de consistência interna, utilizando-se o alfa de Cronbach. Utilizou-se regressão linear múltipla para identificar fatores associados a cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD. A estratégia utilizada na modelagem foi *Stepwise Forward*, na qual foram incluídas, na análise múltipla, as variáveis de exposição que obtiveram um valor de $p \leq 0,20$ na bivariada, e a variável participação no grupo, independente do

valor de p. Mantiveram-se no modelo as variáveis que obtiveram um ajuste no estimador β de, pelo menos, 10%, ou aquelas com valor $p \leq 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sob o Protocolo n. 036/2011.

Resultados

O resultado do Alfa de Cronbach nos domínios do WHOQOL-BREF variou de 0,73 a 0,88 e nas facetas do WHOQOL-OLD de 0,76 a 0,80 (Tabela 1).

Tabela 1 – Consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116)

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

Fonte: Elaboração própria.

A idade média dos idosos do G1 é de 71,0 anos (DP= 7,2) e para os que integram o G2 é de 70,6 (DP= 6,9). Há maior número de mulheres nos dois grupos (G1: 22; G2: 76), bem como de idosos que não moram sozinhos (G1: 22; G2: 79). Exatamente metade dos integrantes do G2

não reside com companheiro (45; 50%), situação observada em mais da metade dos integrantes do G1 (15; 57,7%). A maioria dos idosos possui baixa renda individual e baixa escolaridade, e 88 contribuem com as despesas familiares (G1: 21; G2: 67). (Tabela 2).

Tabela 2 – Diferenças entre as características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012 (continua)

Características	Participação grupo		p
	Sim f (%)	Não f (%)	
Idade - anos, média (Desvio Padrão)*	71,0 (7,2)	70,6 (6,9)	0,809
Sexo (N=116)			
Masculino	4 (15,4)	14 (15,6)	
Feminino	22 (84,6)	76 (84,4)	
Escolaridade (N=115)			0,026
≤ 4 anos	18 (69,2)	78 (87,6)	
> 4 anos	8 (30,8)	11 (12,4)	
Mora com companheiro (N=116)			0,489
Não	15 (57,7)	45 (50,0)	
Sim	11 (42,3)	45 (50,0)	

Tabela 2 – Diferenças entre as características sociodemográficas e econômicas de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012 (conclusão)

Características	Participação grupo		p
	Sim f (%)	Não f (%)	
Mora com quem			0,848
Com filhos e/ou netos	11 (42,3)	31 (34,5)	
Com companheiro, filhos e/ou netos	6 (23,1)	24 (26,7)	
Somente companheiro	4 (15,4)	19 (21,1)	
Sozinho	4 (15,4)	11 (12,2)	
Com companheiro e outros parentes	1 (3,8)	2 (2,2)	
Outros parentes	0 (0,0)	3 (3,3)	
Pessoas morando na mesma casa (N=116)			0,888
Até duas	10 (38,5)	36 (40,0)	
Três ou mais	16 (61,5)	54 (60,0)	
Recebe aposentadoria (N=116)			0,156
Não	9 (34,6)	19 (21,1)	
Sim	17 (65,4)	71 (78,9)	
Renda individual (N=113)			0,694
≤1 Salário mínimo	20 (76,9)	70 (80,5)	
>1 Salário mínimo	6 (23,1)	17 (19,5)	
Contribui com as despesas familiares (N=116)			0,507
Não	5 (19,2)	23 (25,6)	
Sim	21 (80,8)	67 (74,4)	
Renda familiar (N=103)			0,406
≤1 Salário mínimo	7 (33,3)	20 (24,4)	
>1 Salário mínimo	14 (66,7)	62 (75,6)	
Tipo de moradia (N=116)**			0,548
Alugada	1 (3,9)	3 (3,3)	
Própria	25 (96,1)	83 (92,2)	
Outra	0 (0,0)	4 (4,5)	
Total	26 (22,4)	90 (77,6)	

Fonte: Elaboração própria.

* Teste T de Student. ** Teste de Fisher.

Analisando os aspectos socioeconômicos e demográficos da Tabela 2, observou-se que a escolaridade ($p=0,026$) e o número de pessoas que contribui com as despesas familiares ($p=0,012$), foram as condições que apresentaram diferença estatística entre os grupos G1 e G2. Nos idosos que integram o grupo G1, houve maior proporção de indivíduos com escolaridade superior a quatro anos de estudo e de somente uma pessoa contribuir com as despesas familiares.

A maioria dos idosos do G1 avaliou sua QV como boa ou muito boa (20; 76,9%), mas a quase totalidade deles não estava satisfeita com sua saúde (24; 92,4%). Dos 90 idosos do G2, 52 (57,78%) avaliaram sua QV como boa ou muito boa e, a exemplo do que ocorreu no G1, 68 (75,56%) idosos também não estavam satisfeitos com sua saúde (Tabela 3).

Tabela 3 – Diferenças entre a avaliação geral da qualidade de vida e a satisfação com a saúde de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116)

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

Fonte: Elaboração própria

Nota-se, na Tabela 3, que nenhum integrante do grupo G1 percebeu sua QV como ruim ou muito ruim. Situação diferente foi apresentada pelos idosos do grupo G2, no qual 9 (10%) indicaram a QV como ruim ou muito ruim. Enquanto 20 (22,2%) idosos do grupo G2 manifestaram-se satisfeitos com a saúde, somente 2 (7,8%) integrantes do G1 apresentaram opinião semelhante. A maioria dos idosos desta pesquisa não estava satisfeita com sua saúde, porém mais da metade avaliou positivamente sua QV, referenciando-a como boa ou muito boa.

Os idosos que integram o G1 obtiveram maiores médias de escores de QV em todos os

domínios do WHOQOL-BREF. Nota-se que, somente no domínio “psicológico”, esse resultado não foi estatisticamente significativo. A maior pontuação para o grupo G2, no WHOQOL-BREF, foi obtida no domínio “relações sociais” (69,5; DP= 11,6) e a menor, no “meio ambiente” (50,5; DP= 12,2) (Tabela 4). Os idosos do G1 apresentaram escores médios mais altos e estatisticamente significantes nas facetas “Atividades PPP” (G1: 69,7 e DP= 11,7; G2: 59,2 e DP= 15,0), “participação social” (G1: 72,4 e DP= 11,2; G2: 55,6 e DP= 16,3) e no escore total (G1: 87,5 e DP= 7,9; G2: 82,8 e DP= 10,8) do WHOQOL-OLD (Tabela 4).

Tabela 4 – Diferenças entre os escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116) (continua)

Qualidade de Vida	G1		G2		p
	Média (Desvio Padrão)	Intervalo de Confiança 95%	Média (Desvio Padrão)	Intervalo de Confiança 95%	
WHOQOL-BREF (0-100 pontos)					
Físico	66,7 (11,2)	62,4 – 71,1	56,8 (14,3)	53,9 – 59,9	0,002
Psicológico	67,9 (11,2)	63,6 – 72,3	61,8 (15,9)	58,5 – 65,2	0,079
Relações Sociais	75,3 (15,4)	69,3 – 81,3	69,5 (11,6)	67,1 – 71,9	0,041
Meio Ambiente	60,2 (11,2)	55,7 – 64,7	50,5 (12,2)	47,9 – 53,1	0,000

Tabela 4 – Diferenças entre os escores de qualidade de vida de idosos cadastrados na Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste participantes e não participantes de grupo de promoção da saúde. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116) (conclusão)

Qualidade de Vida	G1		G2		p
	Média (Desvio Padrão)	Intervalo de Confiança 95%	Média (Desvio Padrão)	Intervalo de Confiança 95%	
WHOQOL-OLD (0-100 pontos)					
Habilidades sensoriais	70,0 (18,1)	62,5 – 77,5	69,4 (19,3)	65,4 – 73,7	0,449
Autonomia	58,4 (14,9)	52,6 – 64,2	58,8 (13,7)	55,9 – 61,6	0,839
Atividades PPF	69,7 (11,7)	65,0 – 74,4	59,2 (15,0)	56,1 – 62,4	0,001
Participação social	72,4 (11,2)	67,8 – 76,9	55,6 (16,3)	52,2 – 59,0	0,000
Morte e morrer	56,7 (19,5)	48,8 – 64,6	55,4 (23,5)	50,3 – 60,4	0,394
Intimidade	67,3 (20,3)	59,4 – 75,2	67,7 (15,0)	64,6 – 70,8	0,653
Escore total	87,5 (7,9)	84,2 – 90,7	82,8 (10,8)	80,4 – 85,2	0,049

Fonte: Elaboração própria.

A participação em grupo de promoção da saúde e três pessoas ou mais morarem na mesma casa refletiram positivamente na QV dos idosos. Contudo, a idade, contribuir com as despesas familiares, morar sozinho e renda individual menor que um salário mínimo, apresentaram incremento negativo na QV dessa clientela (Tabelas

5 e 6). A participação em grupo de promoção da saúde associou-se positivamente aos escores obtidos nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social” (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5 – Fatores associados aos domínios do WHOQOL-BREF. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116)

Domínios do WHOQOL-BREF/ Variáveis independentes	β_{aj}	P
Físico ($r^2=0,24$; $p=0,000$)		
Participação em grupo	8,84	0,002
Idade	-0,56	0,002
Contribui com despesas familiares	-10,03	0,001
Escolaridade (> 4 anos)	3,26	0,336
Número de pessoas em casa (≥ 3)	6,02	0,015
Psicológico ($r^2=0,04$; $p=0,08$)		
Participação em grupo	5,15	0,139
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-4,20	0,256
Contribui com despesas familiares	-3,67	0,290
Escolaridade (> 4 anos)	3,86	0,368
Idade	0,25	0,254
Relações sociais ($r^2=0,10$; $p=0,003$)		
Participação em grupo	5,86	0,033
Morar sozinho	- 8,55	0,014
Idade	-0,29	0,083
Recebe aposentadoria	2,23	0,424
Meio Ambiente ($r^2=0,15$; $p=0,000$)		
Participação em grupo	8,76	0,002
Escolaridade (> 4 anos)	4,32	0,186
Renda individual ≤ 1 salário mínimo	-5,98	0,039
Mora sozinho	4,07	0,220

Fonte: Elaboração própria.

β_{aj} : coeficiente ajustado.

Tabela 6 – Fatores associados aos domínios do WHOQOL-OLD. Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia, Goiás, Brasil, 2012. (N=116)

Facetas do WHOQOL-OLD/ Variáveis independentes	β_{aj}	P
Habilidades sensoriais ($r^2=0,12$; $p=0,001$)		
Participação em grupo	-0,12	0,976
Idade	-0,83	0,002
Mora com companheiro	4,49	0,188
Escolaridade (>4 anos)	5,35	0,278
Autonomia ($r^2=0,07$; $p=0,020$)		
Participação em grupo	-0,09	0,855
Renda individual \leq 1 salário mínimo	-1,24	0,019
Contribui com despesas familiares	-0,96	0,079
Recebe aposentadoria	-0,13	0,810
Atividades passadas, presentes e futuras ($r^2=0,10$; $p=0,001$)		
Participação em grupo	10,06	0,002
Mora com companheiro	-4,66	0,083
Participação social ($r^2=0,19$; $p=0,000$)		
Participação em grupo	16,28	0,000
Idade	-0,53	0,017
Contribui com a despesa familiar	-2,89	0,441
Renda familiar >1 salário mínimo	-1,72	0,515
Mora sozinho	2,97	0,542
Morte e morrer ($r^2=0,003$; $p=0,044$)		
Participação em grupo	1,72	0,738
Renda individual \leq 1 salário mínimo	-11,48	0,031
Intimidade ($r^2=0,02$; $p=0,679$)		
Participação em grupo	0,96	0,851
Número de pessoas no domicílio (≥ 3)	5,29	0,235
Mora com companheiro	-4,17	0,360
Sexo (feminino)	-1,54	0,801

Fonte: Elaboração própria.

β_{aj} : coeficiente ajustado.

Discussão

O aumento do número de idosos é uma grande conquista da humanidade que, nem sempre, é acompanhado por condições adequadas de moradia, de dignidade, de bem-estar e de QV a essa população⁽⁹⁾.

Vários fatores podem tornar o envelhecimento uma experiência difícil. Baixa escolaridade, por exemplo, pode repercutir negativamente na QV do idoso⁽¹⁰⁾, e prejudicar o acesso a atividades de educação em saúde⁽¹¹⁾, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida^(2,11).

A falta de recurso financeiro também pode interferir na tomada de decisão, na autonomia e na condução da vida do idoso⁽¹²⁾. Circunstâncias sociais e econômicas determinam condições de vida e trabalho desiguais aos idosos, além de acesso inadequado aos alimentos, à habitação, à educação, entre outros aspectos, influenciando na construção do capital social e dos comportamentos e estilos de vida dos idosos e corroborando exposição desses indivíduos a diferentes situações de vulnerabilidades⁽¹¹⁾.

De modo geral, envelhecer é um fenômeno complexo. Mudanças advindas desse processo, tais como surgimento de doenças crônico-degenerativas e limitações físico-funcionais e/ou cognitivas, podem comprometer muito a saúde do

idoso, fazendo com que ele, muitas vezes, sintase insatisfeito com esse aspecto de sua vida⁽¹³⁾.

Além disso, o manejo de agravos à saúde, presença de sintomas e mudanças na rotina diária, podem influenciar negativamente na percepção da QV das pessoas⁽¹⁴⁾. Idosos com dor e desconforto, alterações no sono e na mobilidade, dependência em relação ao uso de medicamentos e realização de tratamentos, por exemplo, apresentam pior QV quando comparados aos idosos que não possuem essas características⁽¹⁵⁾.

Entretanto, como observado neste e em outros estudos, a insatisfação com a saúde não necessariamente representa insatisfação com a QV. Mesmo idosos com diversas comorbidades podem manifestar percepções positivas em relação à QV⁽¹⁶⁾. Para muitas pessoas, ter uma doença controlada e/ou tomar remédios não as fazem perceber-se como doentes.

Pesquisa realizada com 264 idosos revelou que, apesar da presença de comorbidades em 82,2% dos entrevistados, a maioria estava satisfeita com sua QV. Esse resultado pode estar associado ao fato de esses indivíduos apresentarem processo de envelhecimento ativo. Eles participavam de atividades na comunidade e, inclusive, realizavam algum tipo de trabalho não remunerado⁽¹⁶⁾. Esses achados reforçam a característica multidimensional da QV e que ela não se limita ao fato de ter saúde, mas envolve também aspectos culturais, econômicos e psicossociais.

Autores sugerem que a implementação de programas de promoção da saúde, direcionados ao envelhecimento saudável, representa uma estratégia que contribui para a melhoria da QV e da saúde da pessoa idosa, pois estimula a participação social, interação, integração e o empoderamento desses sujeitos⁽¹⁷⁾. Além disso, favorece a manutenção de estilo de vida saudável e inclusão social, e também envelhecimento ativo⁽¹⁸⁾.

O isolamento social é tão importante para as taxas de mortalidade quanto a presença de agravos crônicos à saúde do idoso. A sensação de não ter com quem contar configura-se em grande risco para a saúde dessa população⁽¹⁹⁾.

O processo de envelhecimento, apesar de ocasionar declínio de algumas capacidades

cognitivas, pode ser compensado se o idoso mantiver-se participativo na comunidade em que vive, estabelecendo redes de apoio. Nesse sentido, depreende-se que são determinantes para a QV do idoso, além dos aspectos biológicos, também as possibilidades de estabelecer relacionamento interpessoal e de participação social⁽¹⁶⁾.

Sugere-se que a participação em grupo representa uma maneira dos idosos voltarem para o convívio social. A inclusão nos grupos acontece por várias razões e motivos, como redução da solidão, a possibilidade de realizar as atividades de lazer, convivência com outros idosos, sensação de liberdade, vontade de viver e, consequentemente, melhoria da QV⁽²⁰⁾.

Destaca-se que QV e participação em grupos são importantes determinantes de envelhecimento ativo⁽¹⁸⁾. Percebe-se, assim, que participar de grupos de promoção da saúde pode contribuir para o fortalecimento do controle do sujeito em relação ao seu ambiente social, favorece sua autonomia e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos direcionados à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida⁽¹⁹⁾.

Para os idosos, participar de grupos não significa somente usufruir das práticas educativas, mas também trabalhar coletivamente, incluir-se nas discussões e proposições de alternativas, no planejamento de ações, na consolidação de planos, no controle e na avaliação das atividades. O envolvimento comunitário colabora significativamente para melhorar a percepção da confiança pessoal e a satisfação em viver⁽²¹⁾.

Os idosos, quando não estimulados, sem objetivos para sua vida ou quando não estão envolvidos em atividades prazerosas, podem se sentir isolados e desmotivados e apresentar aspecto emocional comprometido⁽²²⁾. Nesse sentido, a vivência grupal oportuniza aos idosos experimentarem sentimentos de utilidade, pois percebem que podem ajudar outras pessoas que estão vivenciando situações semelhantes ou, até mesmo, mais difíceis que as suas. Essa experiência promove a valorização pessoal^(4,19).

O sentimento de ajudar o outro é muito importante para o idoso, faz com que ele sintase

produtivo, com capacidade para cuidar e de ser importante a outras pessoas. Essa situação coopera positivamente em seu estado de saúde e QV⁽²³⁾.

Pesquisa⁽²⁴⁾ revelou que idosos participantes de grupo de convivência, mesmo com maior prevalência de doença, apresentaram melhores escores de QV em relação aos idosos não participantes. O grupo contribui para melhor percepção do estado de saúde e para a manutenção de níveis adequados de atividade física, sendo esse um fator protetor da saúde do idoso, que pode trazer benefícios significativos na sua independência funcional e melhor percepção em relação a sua QV.

Interessante pontuar que a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em até 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em até 58% o risco de progressão do diabetes tipo II. Assim, fica evidente que essa mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde do idoso⁽²⁵⁾.

Os idosos possuem desejos e planos para o futuro e necessidades de amor, de companheirismo e sexuais. Aqueles que se apresentam mais participativos na comunidade, que realizam regularmente atividades de lazer e físicas e mantêm participação social, revelam-se mais satisfeitos com a vida⁽¹⁶⁾.

Fica evidente que o grupo opera como espaço relacional em que novas alternativas e possibilidades são tecidas para o desenvolvimento humano, configurando-se em espaço para a valorização do idoso e empoderamento, na busca de novas oportunidades para sua vida e para alcançar envelhecimento saudável^(2,4).

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

Conclusão

Conclui-se que participar do grupo de promoção da saúde foi estatisticamente associado a escores mais elevados de QV nos domínios “físico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (WHOQOL-BREF) e nas facetas “atividades passadas, presentes e futuras” e “participação social” (WHOQOL-OLD), mostrando que o atendimento em grupo realmente contribui para melhorar a QV dos idosos.

Grupos de promoção da saúde têm grande potencial para reduzir sentimentos de solidão e o isolamento social, tão comuns em pessoas da terceira idade. Assim, é um recurso que pode ser usado por profissionais da saúde para promoção e proteção da saúde do idoso.

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

Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Leidiene Ferreira Santos, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, Maria Alves Barbosa, Ruth Minamisava, Brenda Nogueira de Souza e Daniella Pires Nunes;

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Leidiene Ferreira Santos, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira e Daniella Pires Nunes;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Leidiene Ferreira Santos e Daniella Pires Nunes.

Referências

1. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older

- people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011 Aug;11(647):1-22.
2. Machado ARM, Santos WS, Dias FA, Tavares DMS, Munari DB. Empowering a group of seniors in a rural community. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Feb;49(1):96-103.
 3. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015 June;372(23):2177-81.
 4. Santos LF, Nunes DP. Using group approaches to promote healthy aging. *J Gerontol Geriatr Res*. 2013 Mar;2(2):119.
 5. Silva LB, Soares SM. Communication in the coordination practices of socioeducational groups in family health. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 June;47(3):640-7.
 6. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Quality of life of the elderly and participation in group educational activities. *Acta Paul Enferm*. 2012 July;25(4):601-6.
 7. Oliveira LMAC, Santos LF. Trabalhando com grupos na assistência a familiares em UTI. Curitiba: Appris; 2015.
 8. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Peixoto MKAV, Silva CC, Ferreira ACM, et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 jan-mar [citado 2017 abr 11];14(1):42-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a05.pdf
 9. Alberte JSP, Ruscalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015 jan-mar;13(1):32-9.
 10. Vagetti GC, Filho VCB, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013 maio;29(5):955-69.
 11. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2012 jan;17(1):123-33.
 12. Asunción M, Loreto MS. Dependencia social en la vejez: pobres en formación, en pensión y en vivienda. *Enferm Glob*. 2013 oct;12(32):147-63.
 13. Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Dec;60(12):2223-31.
 14. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013 set;29(9):1774-82.
 15. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2011 abr-jun [citado 2017 jan 11];13(2):211-8. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a07.htm
 16. Vicente FR, Santos SMA. Multidimensional evaluation of determinants of active aging in older adults in a municipality in Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*. 2013 Apr-June;22(2):370-8.
 17. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Jan-June;20(6):1763-72.
 18. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciênc Saúde Colet*. 2015 jul;20(7):2221-37.
 19. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil VV. Quality of life of elderly who participate in group health promotion. *Enferm Glob*. 2015 Oct;14(40):23-32.
 20. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB, et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014 jan-mar;17(1):39-48.
 21. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Leads for potentializing groups in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2016 Sept-Oct;69(5):964-71.
 22. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Jan-Feb;21(spe):1-9.
 23. Momtaz YA, Ibrahim R, Hamid TA. The impact of giving support to others on older adults' perceived health status. *Psychogeriatrics*. 2014 Mar;14(1):31-7.

24. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. Ciênc Saúde Colet. 2012 ago;17(8):2087-93.

Recebido: 14 de setembro de 2016

Aprovado: 17 de maio de 2017

Publicado: 13 de julho de 2017

25. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2017 Apr 11]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf