

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

JENNIFER TAHAN

**Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados para idosos
participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da
Estratégia Saúde da Família**

Ribeirão Preto
2009

JENNIFER TAHAN

**Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados para idosos
participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da
Estratégia Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof^o.Dr^o. Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Ribeirão Preto

2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Tahan, Jennifer

Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados para idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2009. 95f

Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Saúde na Comunidade
Orientador: Prof^o.Dr^o. Antônio Carlos Duarte de Carvalho

1.Idosos. 2.Qualidade de Vida. 3.Estratégia de Saúde da Família. 4.Grupos de Promoção da Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

JENNIFER TAHAN

Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados para idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof^o.Dr^o. Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Departamento de Medicina Social

Profa.Dra. Silvana Martins Mishima.

Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Profa. Dra. Aldáisa Cassanho Forster

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Departamento de Medicina Social

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, especialmente meus avós, pais e irmãos, que são os grandes responsáveis pelo que sou hoje, graças aos ensinamentos passados e ao apoio dado na minha busca pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que ao meu ver é luz e força em todas as minhas buscas e descobertas.

Aos meus pais, Gilda e Wisner, pela dedicação e incentivo para que todos os filhos sempre seguissem na busca de um caminho voltado ao aprendizado, tanto formal, relativo aos conhecimentos técnicos, quanto aos mais valiosos e que aprendemos no dia-a-dia com as trocas de experiência, com um olhar e uma escuta atenta, sempre com humildade, respeito e amor pelo próximo. Agradeço especialmente pelo amor e por perceber que se realizam em nossas conquistas, sonhando conosco e vibrando.

Aos meus irmãos, Ellen e Wisner, que amo incondicionalmente, agradeço por compartilharem comigo aprendizados, caminhadas e escolhas importantes que nos tornam mais unidos e fortes a cada dia. Agradeço também, meu cunhado Daniel, pelas palavras de apoio e conforto dadas nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Ao meu namorado Renato, por quem sinto um imenso amor e admiração, agradeço pela paciência, apoio em todos os momentos que precisei, seja durante este trabalho ou em muitos outros, nos quais me faz rir quando tudo parece triste, me dando força e sendo compreensivo em todas as minhas crises.

Aos meus familiares, avós, tios e primos, com os quais compartilho todos os momentos de minha vida, sejam eles alegres ou tristes, e sei que terei apoio e conforto.

Ao meu orientador, Prof^o.Dr^o. Antônio Carlos Duarte de Carvalho, pelos ensinamentos passados durante este percurso que escolhi, na busca de novas descobertas, aprendizado e trocas de experiência e, principalmente, por ter acreditado na minha pesquisa e respeitado as minhas vontades em relação a ela.

Aos profissionais de saúde e aos funcionários do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério de Ribeirão Preto, que me receberam da melhor maneira possível, estando abertos a compartilhar e as trocas de experiência, especialmente a enfermeira Dr^a.Adriana Mafra Brienza, pela sua disponibilidade e atenção, sendo a primeira a me incentivar e a me mostrar os caminhos para a pós-graduação, sendo sensível e carinhosa em relação aos meus anseios e dúvidas.

Aos participantes dos Grupos de Promoção de Saúde do CSE da Vila Tibério, em especial aos idosos que aceitaram e foram parte essencial desta pesquisa, apresentando uma postura formidável em relação aos seus quereres e ao modo de enxergarem e transformarem suas vidas.

Aos funcionários do Programa Saúde na Comunidade, pelo apoio e esclarecimentos de dúvidas rotineiras e de extrema importância para a conclusão deste trabalho.

Aos docentes do Programa Saúde na Comunidade, pela forma que ensinam e buscam envolver seus alunos para que tenham uma opinião crítica e reflexiva em torno das questões mais relevantes relacionadas as novas estratégias que vem sendo adotadas para uma saúde de qualidade.

Ao Prof^o. Dr^o. Amaury Lelis Dal-Fabbro, que durante o processo seletivo para o mestrado foi meu primeiro contato dentro do Programa, mostrando-se aberto a entender minhas idéias e auxiliando-me nos caminhos que deveria percorrer.

À Prof^a.Dr^a. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava, pelas sugestões e palavras dadas durante o exame de qualificação, as quais colaboraram de maneira essencial para a conclusão desta pesquisa e, principalmente, quero agradecer pelo carinho, apoio e atenção dados em todos os momentos que precisei.

À Prof^a.Dr^a.Regina Yoneko Dakuzaku Carretta, pelo carinho, apoio, atenção e ensinamentos proporcionados desde a graduação e que contribuíram para a minha formação como Terapeuta Ocupacional e para que eu seguisse caminhos voltados ao cuidado humanizado e integral. Foi uma grande honra poder contar com suas contribuições dadas durante o exame de qualificação deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Silvana Mishima, que antes mesmo de conhecer pessoalmente já admirava pelas falas e pelo trabalho desenvolvido e comentado por vários profissionais da área da saúde. Tenho muita honra e agradeço por aceitar os convites para participar do meu exame de qualificação e defesa, contribuindo de maneira imprescindível para que este estudo reflita os objetivos pretendidos.

Ao Prof^o.Dr^o. José Ricardo de C. M Ayres, que por problemas de saúde não pode participar da banca, agradeço por ter aceitado o convite, pela atenção dada ao trabalho enquanto foi possível e por difundir seus conhecimentos de modo essencial para a formação de profissionais de saúde mais críticos e atentos aos “projetos de felicidades” das pessoas.

A Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Forster, pelos conhecimentos passados de maneira clara e cuidadosa, possibilitando um melhor entendimento relativo às reflexões e aos conceitos colocados neste trabalho. Agradeço por poder contar com suas colaborações e por aceitar o convite para fazer parte da defesa.

As alunas da 5^a turma de Terapia Ocupacional da USP e a Terapeuta Ocupacional Daniela, pelos momentos compartilhados na disciplina realizada durante o meu estágio em docência

pelo Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e, especialmente, a Prof^a. Dr^a. Luziara e Prof^a. Dr^a. Maria Paula, terapeutas ocupacionais admiráveis e que tive o privilégio de acompanhar de perto o modo como se dedicam à formação de futuros profissionais da nossa área.

Aos colegas e amigos da pós-graduação, pela convivência e trocas fundamentais durante o mestrado, sejam elas de ordem de conhecimento acadêmico ou de práticas essenciais para a vida, como o companheirismo, amizade, apoio, disponibilidade, bate-papo, entre outras.

As minhas grandes amigas e professores que me acompanharam e compartilharam mais do que conhecimentos técnicos durante a minha graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos, fazendo com que eu enxergasse a importância da humanização da saúde e do ser humano integral, com vontades e querereres que devem ser respeitados.

Aos meus amigos eternos, que passe o tempo que passar, a distância que houver, sei que torcem pelas minhas conquistas assim como torço pelas deles.

À CAPES pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa e a FAEPA pelos auxílios na apresentação de parte deste trabalho em eventos e congressos, importantes para dialogar melhores práticas e modos de atuar em saúde.

Por fim, agradeço a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização e desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

TAHAN, J. **Envelhecimento e Qualidade de Vida: Significados para Idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2009. 95f. Dissertação (Mestrado-Saúde na Comunidade)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O crescimento progressivo no número de idosos nas últimas décadas, resultado da queda das taxas de fecundidade e mortalidade e do conseqüente aumento da expectativa de vida, fez com que se desenvolvesse o interesse pelo estudo do envelhecimento. Na literatura é destacada a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, a fim de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece. Importantes avanços no campo da saúde têm sido conquistados no Brasil e a Estratégia Saúde da Família surge como meio possível no processo de reorganização da atenção básica em saúde e com grande potencial para tornar concreta a participação da comunidade e à integralidade das ações. Assim este estudo teve por objetivo analisar as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida, com vistas à integralidade da assistência, após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde em funcionamento no Centro de Saúde Escola da Vila Tibério (Ribeirão Preto-SP). A pesquisa foi feita na abordagem qualitativa e a coleta de dados realizada por meio de entrevista semi-estruturada e da observação participante no período de 22 de julho de 2008 a 04 de dezembro de 2008 em três grupos. A análise foi feita através da análise de conteúdo, usando a técnica de análise temática, sendo identificados seis grandes temas: *Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil; Satisfação com a Saúde; Significados de qualidade de vida; Satisfação com a vida; Importância das atividades sociais e de lazer para qualidade de vida; Os Grupos de Promoção de Saúde*. A análise dos achados mostra que os idosos entrevistados valorizam sua independência e autonomia na realização de suas atividades e atribuem uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, alimentação, sono, além de destacarem as atividades de lazer, a participação nos grupos de promoção de saúde e os bons relacionamentos como imprescindíveis para satisfação com a vida, evidenciando que esses idosos ao se envolverem com atividades promotoras de saúde passaram a valorizar e privilegiar fatores positivos acerca de sua saúde. Apontam ainda que as atividades sociais e de lazer, em especial a participação nos grupos de promoção de saúde foram de extrema importância para a qualidade de vida dos idosos e para formação de uma rede social de cuidado que integra a comunidade e os serviços de saúde, já que os idosos passaram a se cuidar mais, se sentirem mais felizes, mais saudáveis e com uma nova rotina de vida após fazerem parte desses grupos. Assim considera-se que este estudo traz questões relevantes acerca do envelhecimento e das novas propostas da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população do estudo e da comunidade, necessitando que as falas dos sujeitos sejam consideradas importantes para a criação de novas ações em saúde pautadas nos reais quereres e necessidades do público alvo.

Palavras chaves: Idosos, Qualidade de Vida, Estratégia de Saúde da Família, Grupos de Promoção de Saúde.

ABSTRACT

TAHAN, J. **Ageing and Quality of Life: Meanings for the aged participating in the Health Promotion Groups within the Family Health Strategy context.** Ribeirão Preto, 2009. 95f. Thesis (Masters-Health in the Community) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

The progressive growth in the number of aged people over the last decades, which resulted from reduced fertility and death rates and the consequent increase in life expectancy, promoted the development of an interest in studying ageing. The literature highlights the scientific and social importance of researching the conditions that affect wellbeing in ageing and the factors associated with the aged people's quality of life, with a view to creating intervention alternatives and proposing health actions and policies, aiming at meeting the demands of the ageing population. Important advancements in health have been conquered in Brazil and the Family Health Strategy appeared as a possible means in the process of reorganizing primary health care and with the strength to establishing the participation of the community and the comprehensiveness of the actions. Therefore, the purpose of this study was to analyze the perceptions of aged individuals regarding their quality of life, with a view to provide service comprehensiveness after joining the Health Promotion Groups in progress at the Vila Tibério Teaching Health Center (Ribeirão Preto – SP). The study used a qualitative approach and data collection was performed by means of semi-structured interviews and participant observation in three groups, in the period from July 22 to December 4, 2008. Content analysis was performed using the thematic analysis technique, resulting in six major themes: *Feelings about what it is like to be aged in Brazil; Health Satisfaction; Meanings about quality of life; Life satisfaction; The importance of social and leisure activities for quality of life; Health Promotion Groups.* The analysis of the findings shows that the interviewed aged individuals value their importance and autonomy in performing their activities and report a healthy life and having adequate behavior concerning their health care, eating and sleeping habits, and also highlight that leisure activities, participating in health promotion groups and good relationships are essential to achieve fulfillment in life. This evidences that these aged individuals, by becoming involved with health promotion activities, started to value and prioritize positive factors about their health. They also reported that social and leisure activities, especially their participation in health promotion groups, were extremely important for their quality of life and for creating a social health care network that integrated the aged people to the community, considering that they started to take better care of themselves and to feel happier and healthier, and have a new life routine after entering these groups. Therefore, this study presents relevant issues regarding ageing and new health proposals to improve the quality of life of the study population and the community. The subjects' statements are important and should be taken into consideration when creating new health actions founded on the real desires and needs of the target population.

Keywords: Aged, Quality of Life, Family Health Strategy, Health Promotion Groups.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças.....28

QUADRO 2 – Caracterização dos participantes selecionados dos Grupos de Promoção de Saúde.....40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS ADOTADAS

AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HC-RP
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC-RP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
NSFII	Núcleo de Saúde da Família II
PSF	Programa Saúde da Família
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</u>	15
1.1	A VELHICE SEGUNDO A GERONTOLOGIA	15
1.2	ENVELHECIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	18
1.3	QUALIDADE DE VIDA	21
1.4	QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	22
1.5	AVANÇOS NA SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	24
1.6	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	27
1.7	GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	29
<u>2</u>	<u>OBJETIVOS:</u>	31
<u>3</u>	<u>METODOLOGIA:</u>	32
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO:	32
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	33
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	34
3.4	CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	34
3.5	SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	37
3.6	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	37
3.7	COLETA DE DADOS – AS TÉCNICAS E OS INSTRUMENTOS DA PESQUISA	40
3.8	ANÁLISE DOS DADOS	43
<u>4</u>	<u>RESULTADOS E DISCUSSÕES</u>	45
4.1	ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES E ENTREVISTAS	45
4.1.1	SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A COMO É SER IDOSO NO BRASIL	45
4.1.2	SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	52
4.1.3	SIGNIFICADOS DE QUALIDADE DE VIDA	62
4.1.4	SATISFAÇÃO COM A VIDA	65
4.1.5	IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES SOCIAIS E DE LAZER PARA QUALIDADE DE VIDA	68
4.1.6	OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	70
<u>5</u>	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	77
	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	82
	<u>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</u>	90
	<u>APÊNDICE B – ENTREVISTA</u>	91
	<u>APÊNDICE C - OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE</u>	93
	<u>ANEXO A- AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CSE</u>	94
	<u>ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO CSE DA VILA TIBERIO - FMRP-USP</u>	95

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema deste estudo surgiu a partir das mudanças ocorridas no Brasil referentes aos avanços no campo da saúde que aliados a minha prática em estágios de Gerontologia realizados durante o último ano de Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos em 2005, tornou possível perceber a relevância de pesquisas e intervenções junto à população idosa, cujo aumento tem sido significativo. Desta forma, parece imprescindível que profissionais como o Terapeuta Ocupacional, bastante ligado a Promoção da Saúde, seja nas suas diversas áreas: mental, física ou social, envolva-se em projetos que prestem assistência adequada à população em questão e atue na melhora da qualidade de vida, da autonomia, autocuidado, no entendimento do idoso como ser singular e com características próprias sem perder de vista seu contexto familiar e social. Assim, neste trabalho objetivou-se refletir sobre as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida, com vistas à integralidade da assistência, após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde em funcionamento no Centro de Saúde Escola da Vila Tibério.

1.1 A velhice segundo a Gerontologia

O aumento da população idosa no Brasil nos últimos anos tem sido significativo e gerado transformações nos valores socioculturais e na percepção de como ocorre o processo de envelhecer.

Nos séculos XVII e XVIII, estudos sobre o envelhecimento, no campo científico, passaram a ser mais sistematizados. Entretanto, somente a partir da metade do século XIX as pesquisas nesta área tornaram-se mais freqüentes, devido ao envelhecimento populacional e ao interesse médico nos cuidados com essas pessoas (LEME, 1996).

Segundo Teixeira (2002), o hospital de Salpêtrière em Paris pode ser considerado o primeiro estabelecimento geriátrico, com Charcot ministrando aulas sobre o envelhecimento. Porém, é em 1909, que Nascher cria um novo ramo da medicina para estudar a fisiologia do envelhecimento, fundando assim, a Geriatria.

No Brasil, o interesse pela saúde do idoso é mais recente. Em 1961, foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria que passa a ser chamada, posteriormente, de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG (LEME, 1996).

A Geriatria é um ramo da medicina que estuda a fisiologia e as alterações orgânicas vinculadas ao processo de envelhecer, está inserida, portanto, dentro do campo mais amplo da Gerontologia.

A Gerontologia é a ciência que estuda os processos do envelhecimento em todos os seus aspectos: físicos, culturais, psicológicos, econômicos. Interessa-se pelo estudo das características do idoso, bem como das várias experiências da velhice e envelhecimento, ocorrendo em diferentes contextos socioculturais e históricos. Ela também se conceitua como campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. De acordo com Debert (2004, p.32), a gerontologia tende, cada vez mais, a abarcar o problema do envelhecimento populacional que se transforma em problema nacional.

Dentro do campo da Gerontologia existe a Gerontologia Social, termo definido pela primeira vez, em 1954 por Clark Tibbits (NERI, 2001), cuja finalidade é estudar o impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento. Vale ressaltar que a Gerontologia Social se interessa por assuntos e temas relacionados a: rede de suporte social; relações intergeracionais; práticas e políticas sociais; bem-estar na velhice; formas como as instituições sociais enxergam a velhice e atitudes em relação à velhice (TEIXEIRA, 2002).

Até o final da década de 60, duas grandes teorias dominavam os enfoques no interior do campo da gerontologia social: a teoria do desengajamento e a teoria da atividade (DEBERT, 2004). Em ambas, a velhice é definida como um momento de perda de papéis sociais e é necessário entender, nos dois casos, como se dá o ajustamento pessoal a essa situação definida como “perda”, e medir o grau de conformidade e o nível de atividade dos idosos.

A teoria do desengajamento formulada por Cumming e Henry em 1961 representa a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento e as mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade (SIQUEIRA, 2002, p.49). Nesta teoria o envelhecimento é definido como um processo de desengajamento ou afastamento, universal e inevitável, que é funcional tanto para o idoso quanto para a sociedade. O processo de desengajamento é considerado como natural e espontâneo. Esse pensamento reforça a idéia de que o decréscimo nas interações sociais é inerente ao processo de envelhecimento e, portanto, inevitável, o que dá a idéia de universalidade do processo.

Segundo Siqueira (2002), a teoria do desengajamento possui muitos pontos críticos, tanto em termos teóricos quanto empíricos como, por exemplo, apresenta uma visão do idoso como agente passivo do sistema social; produz homogeneidade de estilos de vida ao dizer que na velhice as exigências biológicas e sociais coincidem; dentre outras.

As críticas à teoria do desengajamento encorajaram a proposição da teoria da atividade, inicialmente caracterizada como seu oposto, porém sendo mais bem compreendida como sua complementação.

Segundo a teoria da atividade são considerados mais felizes os idosos que encontram atividades compensatórias, permanecendo ativos (CAVAN, 1965). A proposição central formulada por Havighurst em 1968 é que o declínio em atividades físicas e mentais, geralmente associado à velhice, é fator determinante das doenças psicológicas e do retraimento social do idoso. Assim, o interesse em manter os mesmos níveis de atividade dos estágios anteriores da vida adulta contribuiria de modo relevante para o envelhecimento bem-sucedido. Nesta teoria, ao mesmo tempo em que a atividade é vista como benéfica e necessária para a satisfação com a vida na velhice, é enfatizado que todo idoso requer e deseja altos níveis de atividade social. Considera que, ao envelhecer, o indivíduo passa por mudanças físicas, psicológicas e sociais típicas desse período da vida, mas suas necessidades psicológicas e sociais permanecem as mesmas que antes.

Siqueira (2002) destaca que apesar de possuir algumas limitações como, por exemplo, a não definição das atividades em formais, informais, solitárias ou grupais, a teoria da atividade influencia até hoje os movimentos sociais de idosos e orienta proposições nas áreas do lazer e da educação não-formal, afirmando que são veículos privilegiados para a promoção do bem-estar na velhice.

A mesma autora ressalta que a teoria tem oferecido fundamentação a diversas intervenções e a numerosos programas relacionados à população idosa, sendo considerada como uma das mais adequadas perspectivas no campo da Gerontologia Social.

Cabe enfatizar que as teorias sociológicas sobre a velhice desenvolveram-se nos últimos quarenta anos, tendo o contexto norte-americano como referência. A evolução da Gerontologia Social e as profundas mudanças demográficas ocasionaram a elaboração de microteorias, que surgiram com a proposta de focar aspectos específicos e integrar-se, a fim de proporcionar uma compreensão mais aprofundada da velhice e do envelhecimento.

Segundo Néri (1997), as teorias do desengajamento e da atividade são as mais utilizadas para fundamentar teses e dissertações no Brasil. Para a Gerontologia Social brasileira é um desafio utilizar o conhecimento já sistematizado das teorias sociológicas do

envelhecimento para priorizar uma adequada explicação de como se dá o processo de envelhecimento na realidade brasileira e para entender como estratégias políticas, sociais e econômicas, que influenciam de forma ampla as práticas em saúde, podem colaborar para uma melhor intervenção junto à população de idosos.

Esta pesquisa se insere dentro do campo da Gerontologia Social, pelo fato de ter se preocupado em mostrar as reflexões e percepções de idosos, que participam de grupos de promoção da saúde, a respeito da sua satisfação com a vida, saúde, bem-estar e suas relações com as instituições, as práticas de saúde, atividades que realizam de modo a formar uma rede de suporte social, muito importante no novo contexto de saúde, que visa à integralidade da assistência.

1.2 Envelhecimento e Política Nacional do Idoso

Como já foi pontuado anteriormente, a tendência ao envelhecimento populacional tem causado mudanças profundas em todos os setores da sociedade. Entretanto, segundo Cotta et al. (2002), esta transição demográfica tem maior transcendência na saúde, devido a sua repercussão nos diversos níveis assistenciais e também a demanda por novos recursos e estruturas.

No estudo de Fleck et al. (2003) é destacada a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, a fim de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece.

Assim, com o crescimento progressivo no número de idosos, o Brasil deve passar, no período de 1960 a 2025, da décima sexta para a sexta posição mundial em relação a este contingente populacional. Trata-se de resultado da queda das taxas de fecundidade e mortalidade e do conseqüente aumento da expectativa de vida (BRASIL, 1999; CARVALHO FILHO e PAPALETTO NETTO, 2005; UCHÔA et al., 2002).

Netto (1996) *apud* Moreira (2001, p.17) destaca que o aumento do número de idosos nas últimas décadas e o fato de grande número deles permanecer em atividade e produzindo, fizeram com que o interesse pelo estudo do envelhecimento fosse se desenvolvendo progressivamente. Estes componentes e a transição demográfica e epidemiológica observada em nosso país como já citado têm demandado mudanças na atenção à saúde da população. Conseqüentemente surgem respostas governamentais a estas questões, como por exemplo, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de

1994, regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996), e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria n.º 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999).

A Política Nacional do Idoso, que em seu artigo 2º considera idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade, tem por objetivo essencial assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90 e a Lei n.º 8.842/94, a Política Nacional de Saúde do Idoso é parte essencial da Política Nacional de Saúde e fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. Ela apresenta como propósitos básicos:

"(...) a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade" (BRASIL, 1999, p.21).

Desta forma, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, é foco central da Política Nacional de Saúde do Idoso, porém há grandes desafios para sua total operacionalização (GORDILHO et al., 2001).

Conforme destacam Silvestre e Costa Neto (2003), o cuidado comunitário do idoso deve apoiar-se, especialmente na família e na atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

Os mesmos autores destacam que o trabalho na Estratégia Saúde da Família, que será discutida mais a fundo posteriormente, almeja uma adequada abordagem da pessoa idosa. Entretanto, os próprios profissionais de saúde enfrentam desafios em relação a isto, devido à formação inadequada voltada à atenção básica e ao conhecimento gerontológico, e a desvalorização à educação permanente e à capacitação.

A Educação Permanente em Saúde refere-se à atualização cotidiana das práticas em saúde segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Ela também se insere em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta até às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECCIM, 2005).

Diante disso, essas conquistas políticas, sociais e de saúde devem ser colocadas em prática para que as atividades de promoção da saúde contribuam para a melhora da qualidade de vida do sujeito assim como da saúde geral da comunidade.

Há a necessidade do envolvimento dos setores políticos e sociais, incluindo a comunidade em geral no planejamento e implementação de estratégias sócio-políticas que enfoquem o aumento da qualidade e dos anos de vida saudável para cada sujeito assim como para toda sociedade.

É importante que na capacitação e envolvimento dos profissionais de saúde nesse planejamento e implementação de atividades de promoção da saúde, seja considerado o aspecto multidisciplinar para lidar com a complexidade dessas questões e também para articular os vários setores envolvidos.

Além disso, para que essas políticas sejam operacionalizadas são imprescindíveis estudos e pesquisas sobre o assunto para que haja maior compreensão e informações sejam geradas para subsidiar as ações de saúde.

O quarto Caderno de Atenção Básica, voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde também enfatiza que:

"a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras" (COSTA NETO e SILVESTRE, 2000, p.11).

De acordo com Teixeira (2002) alguns estudos ressaltam que a integração social e a autonomia pessoal são as principais tarefas evolutivas da velhice, e que para o bem-estar do idoso é necessário que haja um ambiente acolhedor e estimulador que propicie segurança e autonomia para este desempenhar seu papel social.

Deste modo, em consonância com Pena e Santo (2006), consideramos que as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para amenizar possíveis conflitos ambientais e pessoais. O bem-estar proporcionado pela participação do idoso em atividades em grupo contribui para que ele vivencie trocas de experiências que muitas vezes são repletas de emoções, além de propiciar conscientização relacionada à importância do seu autocuidado. As sensações e acontecimentos que surgem nos encontros podem ser discutidos através de uma visão holística, que integra funções físicas, emocionais e espirituais.

Diante disso, pode-se dizer que o aumento da expectativa de vida e a qualidade de vida das pessoas idosas não estão somente associados à evolução da tecnologia e medicina, mas, também estão relacionados à vivência dos idosos em grupos, a qual vai além das atividades físicas e de lazer propostas, visto que envolvem aspectos emocionais, comportamentais, dentre outros (PENA e SANTO, 2006).

1.3 Qualidade de vida

De acordo com Paschoal (2000), qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo e inclusive tem variado para o mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo.

Qualidade de vida é um conceito altamente subjetivo e dificilmente operacionalizável, relacionado com satisfação com a vida e condição de bem-estar subjetivo, visto de forma diferente para as pessoas conforme sua história de vida, aspectos de personalidade e repercussões da doença (KOVÁCS, 1994).

Minayo et al (2000) enfatiza que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Haberman (1993) ressalta que há um consenso entre os pesquisadores de qualidade de vida em relação ao seu conceito multidimensional, composto por, no mínimo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

O estado de saúde é relacionado, cada vez mais, à qualidade de vida, a ponto de se procurar a qualidade de vida relacionada com a saúde (BOWLING, 1995).

Assim, o grupo de especialistas de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL), afirma que “embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do constructo Qualidade de Vida” (WHOQOL GROUP, 1995).

Dentre essas características são citadas três: *subjetividade*, que está interrelacionada às condições externas, como trabalho, família e os demais laços sociais que permeiam a vida do idoso e que influenciam sua qualidade de vida; *multidimensionalidade*, a qual

possui maior consenso entre os pesquisadores, já que dimensões tais como físicas, psicológicas e sociais estão sempre incluídas nas diversas definições de qualidade de vida, convergindo sempre na direção da subjetividade, ou seja, como os indivíduos percebem seu estado físico, suas relações interpessoais, etc; e *bipolaridade*, a qual possui dimensões positivas, como por exemplo, autonomia, e dimensões negativas, como por exemplo, dependência (SOUZA et al, 2006).

Segundo Fleck et al. (1999), o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde definiu como qualidade de vida “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

Neste estudo as análises referentes à percepção dos idosos acerca da sua qualidade de vida após inserção em Grupos de Promoção de Saúde consideraram esses aspectos do conceito de qualidade de vida, principalmente focado no que é definido pelo grupo de especialistas de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde.

Para fins de justificar a escolha do método qualitativo para a análise dos dados, é importante ressaltar que os indicadores tradicionais de saúde não têm conseguido sozinhos explicar o fato de idosos com doenças, por exemplo, se sentirem saudáveis.

Assim, a percepção do indivíduo de seu estado de saúde está se transformando em indicador importante de seu bem-estar, servindo, ao mesmo tempo, para avaliação de suas necessidades de saúde (HUNT et al., 1980).

1.4 Qualidade de vida na velhice

De acordo com Neri (2003, p.13) os termos qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e, mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem sucedido são expressões tidas como equivalentes. Formam um construto global, referenciado a diversos pontos de vista sobre o envelhecimento como fato individual e social.

Assim, no contexto atual, no qual o envelhecimento populacional está crescente, identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar, é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais.

Uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade de interação entre pessoas em mudança, que vivem numa sociedade em mudanças (FEATHERMAN et al. 1990).

Segundo Baltes e Baltes (1990), uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade, e referenciada ao sistema de valores que vigora num período histórico determinado, para uma dada unidade sociocultural.

Para Neri (2003), avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. A autora defende que a investigação sobre condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que esse estado comporta, reveste-se de grande importância científica e social. Neste sentido, a pesquisa pode não só contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites para o desenvolvimento humano, como também para a geração de alternativas válidas de intervenção, visando ao bem estar de pessoas idosas.

Ainda de acordo com Neri (2003), pesquisadores da Escola de Chicago (CAVAN, BURGUESS, HAVIGHURST E GOLD-HAMMER, 1949; POLLACK, 1948) ressaltam que envelhecer bem, significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. A satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo justamente numa época da vida em que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social.

Outro grupo de estudiosos, denominado Kansas City Studies of Adult life (HAVIGHURST, 1953 1963; NEUGARTEN (1961, 1963, 1965, 1968, 1969, 1973); GUTTMAN (1964, 1979, 1987)), propõe que envelhecer bem depende de quatro condições: atividade; capacidade de afastamento; satisfação com a vida; maturidade ou integração da personalidade (NERI, 2003).

Dentre essas formulações, a satisfação tornou-se a dimensão mais frequentemente investigada em relação ao bem-estar na velhice até que a variável atividade atingisse grande importância para a pesquisa e a intervenção.

Vale enfatizar que a atividade sistemática, ou seja, aquela praticada regularmente empresta significado e satisfação à existência, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, quer pela oportunidade de manter o convívio social (NERI, 2003).

Assim, nesta pesquisa durante as observações e entrevistas foram destacadas questões em torno da satisfação com a saúde, satisfação com a vida e os motivos para estarem ou não estarem satisfeitos. Percebeu-se que o envolvimento em atividades, em especial atividades de lazer, traz maior satisfação com a saúde e com a vida.

Nos Grupos de Promoção de Saúde foi possível perceber o quanto essas atividades são importantes para os idosos, que relataram mudanças nas suas rotinas de vida e expectativa positiva para os dias dos encontros grupais.

1.5 Avanços na Saúde e Estratégia Saúde da Família

Nas últimas décadas, importantes avanços no campo da saúde tem sido conquistados no Brasil. Assim, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela *Constituição Federal* de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

A integralidade é tomada como um processo de produção de cuidados que se orientam pelas necessidades dos usuários dos serviços de saúde possíveis de viabilização em uma rede de serviços entrelaçada. Pode ser traduzida como tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004).

Para Mattos (2001), a integralidade centra-se na recusa ao reducionismo do sujeito a uma queixa ou a um corpo com lesões. Assim, reconhece outras demandas além das queixas biológicas, sendo entendida num sentido amplo, como uma ação social, uma interação entre sujeito-sujeito, traduzindo-se no cuidado (PINHEIRO, 2003).

De acordo com Ayres (2001), curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas, pois são práticas que supõem uma relação estática, individualizada e individualizante dos sujeitos alvos das intervenções em saúde. O autor destaca que a atitude “cuidadora” precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. É necessário entender os “projetos de felicidade” das pessoas e levá-los em consideração nas práticas de saúde, ou seja, entender qual é a concepção de vida bem sucedida que orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem se presta assistência, de modo que ocorra uma participação ativa destes na construção das práticas de saúde voltadas a eles (AYRES, 2004a).

Para Ayres (2004a) há uma série de novas propostas em curso no campo da saúde, algumas ainda apenas na forma de discursos, outras já se estendendo como práticas mais consolidadas que podem contribuir nessa direção. O autor cita os antigos Programas de Saúde da Família (PSF), hoje vistos como Estratégia Saúde da Família, como importantes nas articulações intersetoriais e na promoção de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência. Ademais, destaca que com a crescente ênfase dada à promoção da saúde a sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como meio possível no processo de reorganização da atenção básica em saúde e com grande potencial para tornar concreta a participação da comunidade e à integralidade das ações.

Em 1994, a ESF é instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reverter o modelo assistencial vigente, o qual segundo Assis et al (1993), hegemonicamente se conformou num modelo de assistência à saúde voltado às ações individuais, curativas, centradas nas consultas médicas e em procedimentos medicamentosos e de alto custo.

A ESF, formada por uma equipe mínima composta pelo médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, é um modelo de atenção que pressupõe: o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria de condições de vida e da conscientização dos autocuidados; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; à prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população; a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde da comunidade; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais (BRASIL, 1998).

Enfim, o que se busca é a integralidade da assistência e o tratamento do indivíduo como sujeito integrado, no seu entorno, a partir de ações que valorizem esta dimensão mais globalizante.

Gomes e Mendonça (2002) destacam que na literatura são encontrados estudos que mostram que com a implantação do SUS e a ordenação da rede básica e da estratégia da saúde da família, tem-se maior acesso aos serviços de saúde, bem como a informações. Entende-se que, em locais nos quais este acesso esteja de alguma forma garantido, as pessoas possam integrar sua vivência do adoecimento com explicações deste processo, expressando seu modo de compreendê-lo e aceitá-lo.

Dentro desse contexto, há estudos que citam que entre as competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia saúde da família voltadas à pessoa idosa se inclui a coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Apesar desta atribuição da Equipe de Saúde de Família, vale ressaltar que os cuidados em relação ao idoso, por exemplo, visam à manutenção da saúde de forma ativa, junto aos seus familiares e à comunidade, com maior independência e autonomia.

No Brasil, nota-se que a formação básica e a pós-graduação, fundamentais para uma adequada execução das ações previstas para uma atenção básica competente e

humanizada, estão muito distantes das necessidades do país, já que a maioria dos profissionais ainda recebe uma formação voltada ao modelo biomédico, que está mais centrado na doença do que na promoção da saúde. É necessário que a formação dos profissionais nesse novo contexto de saúde, esteja voltada ao trabalho na atenção básica para torná-la efetiva. O ideal seria que todas as Unidades Básicas de Saúde tivessem profissionais habilitados e competentes para trabalharem de forma integral as necessidades da população.

O estudo de Silvestre e Costa Neto (2003) cita que importantes iniciativas voltadas à qualificação da atenção básica desencadeadas pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores estaduais e municipais e com as diversas instituições de ensino superior já estão sendo realizadas. As iniciativas buscam, em sua maioria, a formação pós-graduada de profissionais desejosos de aderirem à nova proposta em saúde e também a melhoria da graduação e desenvolvimento do processo de educação permanente. Ademais, procuram capacitar o Agente Comunitário de Saúde como importante trabalhador integrante da equipe de saúde e não apenas como um membro da comunidade, com o papel de mero informante.

Para Almeida e Mishima (2001), é um dos grandes desafios para as equipes de saúde da família fazer com que o trabalho em saúde deixe de ser um trabalho técnico hierarquizado, para se tornar um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, com os objetivos de possibilitar uma maior autonomia e criatividade dos agentes e uma maior integração da equipe.

As mesmas autoras reforçam que se não houver esta integração, há o risco de repetirmos o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

É importante que todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a Estratégia Saúde da Família, quer seja na sua prática, na qualificação de seu pessoal ou no suporte especializado às suas equipes, estejam atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a atenção básica à saúde do cidadão brasileiro possa ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por todos, gestores, docentes, profissionais e, acima de tudo, pela própria população (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Ademais, é imprescindível que esses profissionais entendam o contexto de saúde, no qual estão inseridos, para que as práticas e ações de saúde, respondam de fato as propostas de prevenção e promoção de saúde.

1.6 Prevenção e Promoção de Saúde

Ferreira (1993, p.441) conceitua o termo prevenir da seguinte forma: "dispor com antecipação de sorte que evite dano ou mal; chegar ou fazer antes de". Segundo o livro clássico de Leavell e Clarck (1976), a prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença". Enquanto que o termo *promover* significa "dar impulso a; fazer avançar; causar, originar" (FERREIRA, 1993, p. 445).

Ainda citando Leavell e Clarck (1976, p. 707), promoção à saúde se define tradicionalmente de maneira mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais".

Em 1986, em Ottawa, Canadá, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A partir desta, a definição de promoção da saúde, a qual apresentava uma variedade de teorias, conceitos e estratégias, ficou definida como: "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2001, p. 19).

Ademais, o termo promoção de saúde tem sido associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (BUSS, 2000). Seu significado contém uma combinação de ações: do Estado nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, com o reforço das ações comunitárias; dos indivíduos com o desenvolvimento das habilidades; de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais.

De acordo com Teixeira (2002) a Promoção da Saúde, como nível de atenção, se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes e, neste sentido tem como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença. A saúde passa a ser entendida como um campo complexo, que envolve diversos olhares e diversas intervenções. Não se trata mais apenas de atuar sobre as causas, como era feito no modelo da História Natural das Doenças, e nem tão pouco de se fazer uma história social da doença. A partir dessa declaração, começa-se a trabalhar com o conceito de campo de

saúde, que se pretende alternativo, para se entender a dinâmica saúde-doença-intervenção ou atenção. Com isso, a Promoção da Saúde sai dos centros de saúde e se estende para a comunidade, os ambientes, as escolas, acrescentando como campo de atuação, o reforço comunitário, que contém um componente educativo, que é o desenvolvimento de habilidades sociais.

Para Ayres (2004b), a Promoção da Saúde mostra-se ampla, pois aspira intervir não apenas sobre o que se deve evitar para viver de forma saudável, mas também no estabelecimento de patamares a serem alcançados, em termos de aquisições positivas para caracterizar uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social.

Czeresnia e Freitas (2003, p.9), na apresentação de seu livro totalmente dedicado à promoção da saúde enfatiza que:

“o discurso de promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Há uma extensa produção de trabalhos sobre o tema que tornam evidente o quanto as estratégias em promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressivas”.

Resumidamente, as principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças são descritas no quadro abaixo:

Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças

Categorias	Promoção da Saúde	Prevenção de doenças
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento de medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc	Profissionais de Saúde

Fonte: BUSS (2003 p. 35).

QUADRO 1 – Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Percebe-se que as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, e demandam assim uma abordagem intersetorial.

De acordo com Campos (2004), a intersetorialidade é o processo de construção conjunta, no qual os vários setores envolvidos possuem saberes, linguagens e modos de ação que não lhes são usuais, pelo fato de estarem localizados no centro da atividade de seus parceiros. Assim, exige que haja uma abertura em cada setor envolvido, a fim de possibilitar o diálogo e estabelecer vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. A intersetorialidade deve estar atenta às necessidades de saúde de uma coletividade, e mobilizar os setores necessários para isso.

Nesse sentido, é essencial que a população esteja envolvida desde o diagnóstico da situação até a avaliação das ações implantadas, pois com o estímulo e fortalecimento dos movimentos sociais, com a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas, que se pode buscar a melhoria da qualidade de vida e desta forma a possibilidade de ampliar a discussão sobre a cidadania e o respeito às diferenças que existem no Brasil (CAMPOS, 2004).

1.7 Grupos de Promoção de Saúde

Os Grupos de Promoção de Saúde são definidos como uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracterizam-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde (SANTOS et al., 2006).

De acordo com Ramos (2003), eles contemplam as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e ao envelhecimento saudável. Atua-se na perspectiva da saúde não como uma resposta reativa à fatalidade da doença, mas como uma meta a ser concretizada pela saúde pública e demais atores sociais, por meio de instrumentos metodológicos de intervenção na realidade (CASTRO e LEFÈVRE, 2004).

Santos et al. (2006), em seu artigo sobre metodologias dos Grupos de Promoção de Saúde relata que esses grupos são organizados por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macro-determinantes. Seus objetivos são construídos de forma contínua a fim da potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e

enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos desnecessários. Além disso, destaca que a metodologia destes Grupos, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), se diferencia: a) das intervenções por meio de Grupos Terapêuticos, citadas por Osório (2000), que tem como objetivo primordial a melhoria de patologias específicas dos indivíduos; b) das ações preventivas, baseadas na educação clássica informativa e no modelo higienista, o qual reduz problemas sanitários complexos ao nível das condutas individuais de autocuidado (CASTIEL, 2003 p. 79-95) e; c) das oficinas para a promoção e cidadania, propostas por Silva (2002) na medida em que se autodefinem como distintas dos Grupos Terapêuticos pela ênfase nos aspectos lúdicos dos encontros.

O estudo de Santos et al. (2006), destaca também que os Grupos de Promoção de Saúde permitem aos homens e mulheres, por meio do resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para um outro mais amplo, o social. As ações destes grupos estão alicerçadas na nova concepção de Estado e políticas públicas, uma vez que são concebidas como iniciativas do Estado e da população organizada capaz de tomar decisões de maneira autônoma. As técnicas e conteúdos propostos aos Grupos de Promoção de Saúde devem ser balizados pelas necessidades levantadas nas singularidades de cada grupo e seus objetivos contidos na promoção da saúde.

Santos et al. (2006) ainda ressalta que os Grupos de Promoção de Saúde ao atuarem no campo comunitário, abrem possibilidades para as ciências da saúde e do homem, horizontes que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos. Neles há também, a preocupação com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado possível de saúde física, mental e social para si e para a sociedade em que vivem.

Outro autor, Garcia et al (2005), em sua pesquisa acerca das percepções de um grupo de idosos em relação ao adoecer e envelhecer, verifica que a população investigada destaca enquanto fonte de informações os grupos educativos, farmacêuticos e pessoas próximas. Tal pesquisa conclui que é um desafio para os serviços na atenção aos idosos conhecer e otimizar estes recursos, a fim de possibilitar a ampliação da resiliência por meio de uma rede constituída socialmente.

2 OBJETIVOS

Assim, esta pesquisa tem por objetivos analisar e refletir sobre as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida, com vistas à integralidade da assistência, após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo:

Ao delimitarmos como objeto de estudo analisar as percepções dos idosos em relação a sua qualidade de vida, após a adesão em Grupos de Promoção de Saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma abordagem de pesquisa que permitisse o aprofundamento das questões referentes aos significados que os sujeitos dão as suas condições de vida, saúde e relações sociais.

A metodologia qualitativa, em especial para a área da saúde, tem apresentado função importante, uma vez que compreende e interpreta fenômenos em seu ambiente próprio, pensando mais clara e profundamente sobre a condição humana, influenciando nos processos de mudança (TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam coisas em seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles (DENZIN e LINCOLN, 1994, p. 2).

Segundo Minayo (1998, p. 21–22), essa abordagem "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis técnicas".

André (1995, p.17) conceitua a abordagem qualitativa como:

“Naturalística ou naturalista, porque não envolve manipulação de variáveis, nem tratamento experimental; é o estudo do fenômeno em seu acontecer natural. Qualitativa porque se contrapõe ao esquema quantitativista de pesquisa (que divide a realidade em unidades passíveis de mensuração, estudando-as isoladamente), defendendo uma visão holística dos fenômenos, isto é, que leve em conta todos os componentes de uma situação em suas interações e influências recíprocas”.

Conforme André (1995), essa abordagem de pesquisa tem suas raízes teóricas na fenomenologia, a qual ressalta os aspectos subjetivos do comportamento humano e preconiza que é preciso penetrar no universo conceitual dos sujeitos para poder entender

como e que tipo de sentido eles dão aos acontecimentos e às interações que ocorrem em sua vida diária.

3.2 Caracterização do local da pesquisa

A pesquisa foi realizada junto aos idosos participantes dos Grupos de Promoção de Saúde desenvolvidos no Centro de Saúde Escola da Vila Tibério “Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte” (CSE Vila Tibério).

De acordo com dados da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto o CSE da Vila Tibério iniciou suas atividades em 1943. Os próprios moradores do bairro arrecadaram fundos para compra de um terreno que ficou sob a responsabilidade do Instituto de Proteção e Assistência à Infância e Higiene Pré-Natal.

No ano de 1986, em virtude da dissolução do Instituto de Proteção e Assistência à Infância e Higiene Pré-Natal, o prédio foi doado ao Instituto Santa Lydia e dez anos depois o Instituto transferiu o imóvel para a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Em junho de 1997, foi publicado no Diário Oficial do Município a Lei nº 772, que denominou o Centro de Saúde Escola da Vila Tibério de “Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte”.

O CSE Vila Tibério funcionava apenas como uma Unidade Básica de Saúde Materno-infantil e em 1999, com as políticas voltadas à reorientação do modelo de assistência do Ministério da Saúde, com a municipalização da saúde e conseqüente convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, foi implantada no local a Estratégia Saúde da Família, antigo PSF - Programa de Saúde da Família, tornando o local uma unidade mista, já que junto à Unidade Materno Infantil passou a funcionar o Núcleo de Saúde da Família II do CSE (NSFII).

O programa passou a atender adultos e idosos, foram criados grupos de promoção de saúde e as visitas domiciliares, já realizadas no contexto da vigilância sanitária, agregaram outros valores como vínculo e conhecimento da população adscrita.

Em 2008, foram realizadas discussões com a participação da Equipe Técnica da Secretaria Municipal da Saúde, representantes da UBS Vila Tibério e CSE Vila Tibério para atender as diretrizes do Plano Municipal da Saúde e as prioridades eleitas no Diagnóstico do Colegiado de Co-Gestão Central em 2007. Assim, ficou definido que estas unidades ofereceriam atendimento integral à população, e para tal havia a necessidade de adequações físicas, de recursos humanos, de equipamentos e da área de abrangência.

A partir de maio de 2008, as unidades passaram a oferecer consultas em pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, sofrendo algumas alterações em suas áreas de abrangência.

A Estratégia Saúde da Família foi desfeita no local e nele passou a funcionar uma Equipe de Agentes Comunitárias de Saúde (EACS) no modelo tradicional, o que possibilitou a continuidade do acompanhamento das famílias cadastradas, dos trabalhos em grupo com a comunidade e demais tarefas de promoção à saúde.

3.3 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa seguiram-se as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) traduzidas na resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo sido o projeto de investigação submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo A).

É importante destacar que no desenvolvimento deste estudo há o compromisso de divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas, já que esperamos contribuir de alguma forma para aprimorar e melhorar as ações de saúde que visem qualidade de vida junto à pessoa idosa no novo contexto de saúde.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto no CEP/CSE-FMRP-USP, tendo os sujeitos concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Cabe ressaltar que, nas transcrições das falas e das observações feitas neste estudo, foi preservada a identidade dos sujeitos da pesquisa e eles foram identificados por letras (A., D., por exemplo).

3.4 Caracterização dos Grupos de Promoção de Saúde

Geral:

Os três Grupos de Promoção de Saúde foram escolhidos para esta pesquisa por estarem localizados numa área, na qual há predominância da população idosa. Ademais eles funcionam há mais de cinco anos no local com a tarefa de promoção da saúde e com a participação de grande parte dos sujeitos desde o início de suas atividades e muitas vezes participando em pelo menos dois destes grupos.

Os Grupos são abertos e no geral têm por objetivos a tarefa de promover a saúde, fortalecer o vínculo com a equipe, estabelecer trocas de experiências e integração entre as pessoas da comunidade, proporcionar mudança de rotina, o lazer, a socialização e outras coisas que possibilitem a formação de uma rede de ajuda mútua.

Cada Grupo tem um meio específico para chegar a estes objetivos. O grupo de artesanato utiliza para tal as atividades manuais, o grupo descontração e saúde utiliza as atividades lúdicas e de lazer em geral (jogos, passatempos, brincadeiras, reflexões, passeios) e o de dança utiliza a música e a dança.

A divulgação destes grupos ocorre na própria Unidade de Saúde durante o atendimento médico e/ou de enfermagem e durante as visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde, que geralmente ficam responsáveis pelos grupos. Há ainda a divulgação realizada pelos próprios participantes dos grupos que convidam seus vizinhos, amigos e familiares a participarem com eles.

-Grupo Descontração e Saúde

O Grupo iniciou suas atividades em 2003 sob a responsabilidade de duas agentes comunitárias de saúde do CSE da Vila Tibério e com a presença de dois alunos dos últimos anos do curso de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (USP-RP), supervisionados pela Prof^ª.Dr^ª. Carmem Lúcia Cardoso.

Inicialmente os encontros grupais eram realizados nas casas das pessoas e em seguida foram realizadas no salão da igreja do bairro, já que no CSE da Vila Tibério não havia espaço. Após a reforma do CSE concluída em maio de 2006, o grupo começou a ser realizado na própria Unidade de Saúde.

Atualmente duas agentes comunitárias de saúde são responsáveis pelo grupo e os encontros acontecem todas as quartas-feiras das quatorze horas às dezesseis horas.

No período da pesquisa, julho de 2008 a dezembro de 2008, participou do grupo um estagiário da psicologia.

Assim, há a participação de aproximadamente dez pessoas no total, sendo todos adultos ou idosos.

Neste grupo há cerca de sete participantes dentro da faixa etária de sessenta anos a oitenta e dois anos, sendo que uma delas também participa do grupo de artesanato e outra do de dança.

-Grupo de Dança

O Grupo iniciou suas atividades em 2003, sob a responsabilidade de duas agentes comunitárias de saúde do CSE da Vila Tibério e com a presença de dois alunos dos últimos anos do curso de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (USP-RP), supervisionados pela Prof^a.Dr^a. Carmem Lúcia Cardoso.

Inicialmente os encontros grupais eram realizados no Círculo Operário do bairro, também devido ao problema de espaço do CSE, solucionado após a reforma concluída em 2006.

Atualmente os encontros grupais acontecem na própria Unidade de Saúde todas as quintas-feiras das quinze horas às dezessete horas. Uma agente comunitária de saúde e um professor de dança voluntário são responsáveis pelo grupo.

No período da pesquisa, julho de 2008 a dezembro de 2008, não houve a participação de estagiário da psicologia. Participaram do grupo aproximadamente vinte pessoas, sendo todos adultos ou idosos.

Compõem o Grupo cerca de sete pessoas dentro da faixa etária de sessenta anos a oitenta e oito anos, sendo que uma delas também participa do grupo descontração e saúde.

- Grupo de Artesanato

O Grupo iniciou suas atividades em 2004, sob a responsabilidade de duas agentes comunitárias de saúde do CSE da Vila Tibério e com a presença de dois alunos dos últimos anos do curso de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (USP-RP), supervisionados pela Prof^a.Dr^a. Carmem Lúcia Cardoso.

Inicialmente os encontros grupais também eram realizados no salão da igreja do bairro. A partir de maio de 2006 o grupo também passou a ser realizado na própria Unidade de Saúde.

Atualmente os encontros grupais acontecem todas as terças-feiras das quatorze horas às dezesseis horas. Uma agente comunitária de saúde e uma auxiliar de enfermagem são responsáveis pelo grupo. Estas geralmente contam com a colaboração de um estagiário da psicologia e também com pessoas da própria comunidade, as quais são referências no grupo por ensinarem os bordados, crochê, macramê, tricô, pinturas e outras atividades artesanais.

No período da pesquisa, julho de 2008 a dezembro de 2008, participaram do grupo uma estagiária da psicologia e três pessoas da comunidade que atuam como professoras voluntárias e participantes do grupo.

Assim, há a participação de aproximadamente trinta pessoas no total, incluindo crianças, adultos e idosos.

Neste grupo há nove participantes dentro da faixa etária de sessenta anos até oitenta e dois anos, sendo que uma delas também participa do grupo Descontração e Saúde.

3.5 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Dos 21 idosos participantes dos grupos de promoção de saúde da pesquisa, três participavam exclusivamente do Grupo Descontração e Saúde, oito exclusivamente do Grupo de Artesanato, seis exclusivamente do Grupo de Dança e quatro de mais de um destes grupos citados. Assim, do total de idosos foram selecionados quinze, a partir do seguinte critério: que estivessem inseridos há mais de um ano em um dos Grupos de Promoção de Saúde cadastrado na área de abrangência do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério, de Ribeirão Preto. Tal critério foi estabelecido para que o entrevistado tivesse uma vivência mais sistemática do Grupo do qual fazia parte.

A partir da listagem desses quinze participantes foi realizado sorteio aleatório de dez integrantes, tendo como critério para se encerrar as entrevistas a saturação dos dados.

No processo de saturação da informação é suspensa a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição e não acrescentam novos elementos à investigação que contribuam significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (DENZIN e LINCOLN, 1994).

3.6 Caracterização dos sujeitos

Os dez idosos observados e entrevistados neste estudo moram na cidade de Ribeirão Preto - SP e participam de um ou dois grupos de Promoção de Saúde do CSE da Vila Tibério há pelo menos três anos, sendo que a maioria participa destes grupos desde a sua fundação.

Quanto à idade dos mesmos, uma se encontra na faixa etária de 60 a 64 anos, uma na faixa etária de 65 a 69 anos, quatro estão na faixa etária de 70 a 74 anos, dois se encontram na faixa etária de 75 a 79 anos e dois têm mais de 80 anos.

A maioria dos idosos que participam dos grupos são do sexo feminino. Assim, neste estudo, dos dez idosos entrevistados, dois eram do sexo masculino e oito do sexo feminino.

Em relação à situação ocupacional atual, nove idosos referiram não trabalharem. Cinco destes vivem da aposentadoria e os outros de renda familiar, ou seja, salário ou aposentadoria do marido ou pensão e aposentadoria do marido falecido. Uma idosa referiu trabalhar informalmente com salário mensal de trezentos reais na casa da filha duas vezes por semana.

Todos os entrevistados possuem rendimentos, sendo que um recebe até um salário mínimo mensalmente, cinco possuem renda mensal de um a dois salários mínimos, dois recebem de dois a cinco salários mínimos e dois recebem mais de cinco salários mínimos.

Quanto à profissão anterior, um idoso referiu ter trabalhado como barbeiro por cinqüenta e quatro anos, um relatou ter trabalhado como inspetor de máquinas durante trinta anos, duas idosas referiram trabalhar como costureiras, sendo que uma delas relatou trabalhar cinqüenta e um anos nesta profissão e há cerca de três anos parou, uma idosa referiu ter trabalhado como feirante durante vinte e nove anos, uma como professora de matemática durante quatro anos e quatro referiram que sempre trabalharam como donas de casa.

No que se refere à escolaridade, apenas uma das entrevistadas tem o terceiro grau completo, tendo cursado matemática, uma idosa é analfabeta e oito dos entrevistados estudaram até a quarta série do ensino fundamental.

Em relação à composição familiar, um idoso é solteiro, três idosas são casados e seis são viúvos. Os idosos casados moram com seus cônjuges, uma das viúvas mora há cinco anos com um novo companheiro, duas das viúvas moram sozinhas, um viúvo mora com a família da filha e as duas viúvas restantes moram em suas casas, junto com um filho e a família deste e o idoso que é solteiro mora com uma irmã também solteira.

Quanto ao apoio social no que se refere a receber ajuda funcional ou instrumental os dez entrevistados referiram não necessitarem deste tipo de ajuda. Em relação à ajuda financeira, apenas uma das entrevistadas referiu que recebe este tipo de ajuda de um dos filhos. Em relação a fornecer ajuda funcional, instrumental e/ou financeira, dois idosos referiram que ajudam financeiramente filhos e netos e dois idosos referiram que ajudam financeiramente instituições e creches.

No que diz respeito aos Grupos de Promoção de Saúde, dos dez entrevistados, um participa apenas do Grupo Descontração e Saúde, cinco participam apenas do Grupo de Dança, dois participam apenas do Grupo de Artesanato, um participa do Grupo Descontração e Saúde e do Grupo de Dança, um participa do Grupo Descontração e Saúde e do Grupo de Artesanato. Oito idosos participam dos Grupos desde a sua fundação, ou seja, desde o ano de 2003(Grupo Descontração e Saúde e Grupo de Dança) ou desde o ano de 2004 (Grupo de Artesanato) e duas idosas participam há cerca de três anos, uma no de Dança e outra no de Artesanato.

Estes idosos aceitaram participar deste estudo e permitiram as observações e divulgação das entrevistas por considerarem a importância da discussão em torno das questões do envelhecimento, da saúde e dos Grupos de Promoção de Saúde, que são vistos pelos entrevistados com papel relevante na melhora da qualidade de vida. Vale lembrar, que este estudo pretende possibilitar trocas de experiências para que novas políticas em favor dos idosos e da comunidade sejam pensadas de acordo com os seus reais quereres de modo a proporcionarem melhora na qualidade de vida da população.

O Quadro 2 apresenta resumidamente as características sócio-demográficas dos participantes selecionados:

Caracterização dos participantes selecionados dos Grupos de Promoção de Saúde

<i>Nomes (fictício)</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>n° de filhos</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Ocupação Atual</i>	<i>Renda- salário mínimo</i>	<i>Grupo</i>	<i>Tempo no Grupo (anos)</i>
A.	82	F	Viúva	11	E.F.I*	Aposentada	1	DES ¹	6
D.	71	F	Viúva	3	E.F.I*	Aposentada	1 a 2	ART ² . DA ³	1 3
I.	71	F	Casada	2	Analfabeta	Ajuda filha (Dois dias)	1 a 2	ART ²	3
Z.	68	F	Casada	1	E.F.I*	Do lar	2 a 5	DES ¹	6
C.	61	F	Casada	3	E.S**	Do lar	+de 5	DA ³ ART ²	6 5
S.	79	F	Viúva	4	E.F.I*	Aposentada	1 a 2	DES ¹	6
J.	75	M	Solteiro	0	E.F.I*	Aposentado	1 a 2	DA ³	6
M.	73	F	Viúva	3	E.F.I*	Do lar	2 a 5	DA ³	6
F.	88	M	Viúvo	1	E.F.I*	Aposentado	+de 5	DA ³	6
P.	71	F	Viúva	3	E.F.I*	Do lar	1 a 2	DA ³	6

*E.F.I.: Ensino Fundamental Incompleto/**E.S.: Ensino Superior/ ¹DES: Descontração e Saúde/ ²ART: Artesanato/ ³DA: Dança.

QUADRO 2 – Caracterização dos participantes selecionados dos Grupos de Promoção de Saúde

3.7 Coleta de dados – as técnicas e os instrumentos da pesquisa

Antes de iniciar a coleta de dados foi feito contato com o Centro de Saúde Escola da Vila Tibério do município de Ribeirão Preto - SP para averiguar interesse e possibilidades de realização da pesquisa. Neste contato foi apresentado o projeto de pesquisa e foram esclarecidos os objetivos e metodologia do estudo.

Com a autorização do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério para realização da pesquisa no local e também aprovação do CEP/CSE-FMRP-USP foi feito contato com as responsáveis pelos grupos e com os participantes para averiguar as possibilidades de participação na pesquisa. Foram esclarecidos pessoalmente em cada grupo os objetivos do estudo e os critérios de seleção (ter pelo menos sessenta anos ou mais e estar inserido há mais de um ano nos Grupos de Promoção de Saúde realizados no CSE da Vila Tibério).

Identificados pessoalmente pela própria pesquisadora os idosos que atendiam aos critérios de seleção foram sorteados aleatoriamente e convidados a participarem da pesquisa. Foi esclarecido que a pesquisadora participaria dos grupos de promoção como observadora participante e faria as entrevistas em horários fora do grupo.

A maioria dos idosos quis fazer as entrevistas no mesmo dia do grupo que frequenta, em horário anterior a ele e na própria Unidade de Saúde, já que em suas casas poderiam ter menos liberdade e privacidade para expressar as suas opiniões em relação ao assunto da pesquisa.

Após estes esclarecimentos e concordância com o termo de esclarecimento livre esclarecido (Apêndice A), de acordo com a disponibilidade de cada idoso foram marcadas as entrevistas. Estas ocorreram no mesmo período em que eram realizadas as observações nos grupos.

A coleta dos dados foi realizada no período de 22 de julho de 2008 a 04 de dezembro de 2008, utilizando a observação participante e a entrevista semi-estrutura.

Segundo Minayo (1998, p. 59), a importância da observação participante reside no fato de podermos “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

Nesta pesquisa as observações foram feitas pela própria pesquisadora no período citado. Ela foi realizada nos três grupos, sendo que cada um tem duração de duas horas e ocorre uma vez por semana. Cabe ressaltar que as observações foram anotadas em um diário de campo logo após cada encontro grupal. Também foi utilizado um roteiro de orientação para direcionar a realização das observações para que questões relevantes para a pesquisa não fossem esquecidas. (Apêndice C).

De acordo com Triviños (1987), observar não consiste simplesmente em olhar, mas sim em destacar de um conjunto aquilo que é específico, atentando para as características, e também tentando compreender os eventos, suas dinâmicas e relações. Portanto, durante as observações foram feitas tanto a leitura corporal (condições de higiene, postura, etc) quanto a comportamental (assiduidade, pontualidade, relação com o grupo, emoções manifestadas, etc).

Para a coleta de dados, conforme já foi citado, também foi utilizada a entrevista (Apêndice B). Foi criado um roteiro para conhecer o perfil dos entrevistados e com perguntas relevantes aos objetivos da pesquisa. Para testar se as perguntas eram adequadas

e não causavam confusão em relação aos seus termos e palavras foram realizadas duas entrevistas piloto.

Segundo Minayo (1998, p. 57), a entrevista "é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais".

Ainda em relação à entrevista, Nogueira-Martins (2001, p.64) destaca que:

“a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. Permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas”.

Existem vários tipos de entrevista e para o propósito deste projeto, foi considerado mais viável o uso de entrevista semi-estruturada.

De acordo com o estudo de Boni e Quaresma (2005) sobre como fazer entrevistas em Ciências Sociais, a entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas, nas quais o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Segue-se um conjunto de questões previamente definidas, num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

Neste tipo de entrevista é preciso ficar atento para dirigir, no momento que considerar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa e fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele.

Assim, pelo fato deste tipo de entrevista ser muito utilizado para delimitar o volume das informações e obter um direcionamento maior para o tema foi considerada a mais adequada para este estudo.

A entrevista semi-estruturada traz vantagens por ser uma técnica que quase sempre produz uma melhor amostra da população de interesse; em relação à dificuldade que muitas pessoas têm de responder por escrito não gera nenhum problema, já se pode entrevistar pessoas que não sabem ler ou escrever; possibilita a correção de enganos dos informantes, enganos que muitas vezes não poderão ser corrigidos no caso da utilização do questionário escrito.

A técnica de entrevista semi-estruturada também tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração e permite uma cobertura mais profunda sobre determinados

assuntos. A interação entre o entrevistador e o entrevistado ainda favorece as respostas espontâneas e inesperadas que podem ser de grande relevância para a pesquisa.

Em relação ao tempo de duração das entrevistas, neste estudo alguns idosos responderam em cerca de trinta minutos, enquanto outros levaram cerca de uma hora para concluir as suas opiniões em torno dos assuntos propostos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra posteriormente.

3.8 Análise dos dados

Para a análise dos dados, tanto das observações quanto das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo, utilizando a técnica da análise temática.

Inicialmente a análise de conteúdo foi elaborada e desenvolvida para quantificar dados discursivos que se apresentavam com frequência nos conteúdos dos diálogos, sendo Bardin (1979) referencial como autor deste instrumento de análise (MELO, 2002).

Entretanto, Gomes (1994) destaca que atualmente a técnica é conhecida muito mais como um “conjunto de técnicas”, que pode contribuir satisfatoriamente com a “verificação de hipóteses e/ou questões” e na função da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos”.

Este mesmo autor considera “unidades de registro” a forma possível para verificação do conteúdo dos discursos. Essas “unidades” poderão ser palavra, frase, tema, personagem, dentre outras, inseridas no contexto das mensagens.

Amaral (1987) afirma que a necessidade primordial na análise de conteúdo é resgatar a narrativa, que não é nada mais do que o resgate do próprio sujeito, o que permite que o pesquisador tenha consciência do que se faz e do objetivo que se persegue. Assim, a análise de conteúdo parte da busca “insistente” dos temas que podem estar por vir nas diversas e repetidas leituras do material transcrito (“unidades de registro”). Estabelece-se e elege-se alguns temas mais comuns encontrados nos textos, parte-se para sua contextualização e inseri-os na realidade. Em seguida, identificam-se nos resultados as categorias relacionadas à reflexão da pesquisa e desenvolve-se o processo de discussão (MELO, 2002).

A análise temática “consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 1994, p.209).

Neste estudo, optou-se pela análise temática. Assim foram realizadas inicialmente várias leituras do material registrado, tanto das observações quanto das entrevistas,

buscando uma maior aproximação com o mesmo. Em seguida foi realizada a leitura flutuante para identificação dos grandes temas: 1. Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil; 2. Satisfação com a Saúde; 3. Significados de qualidade de vida; 4. Satisfação com a vida; 5. Importância das atividades sociais e de lazer para qualidade de vida; 6. Os Grupos de Promoção de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise das observações participantes e entrevistas

Das leituras do diário de campo referentes às observações nos Grupos de Promoção de Saúde e das transcrições das entrevistas foram se evidenciando aspectos de análise que puderam ser agrupados em seis grandes temas. Estes temas foram organizados separadamente para possibilitarem uma melhor compreensão didática do assunto, já que na realidade as questões do envelhecimento, satisfação com a saúde e a vida, qualidade de vida, entre outras podem estar articuladas num todo.

As seis categorias temáticas foram divididas em subcategorias evidenciadas didaticamente em cada grande tema. Os trechos das entrevistas realizadas foram utilizados para dar maior visibilidade e compreensão dessas categorias.

4.1.1 Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil

Este primeiro grande tema foi subdividido em três subcategorias: *a)Autonomia e Independência; b)Respeito; c)Desrespeito e sobrecarga familiar.*

a) Autonomia e Independência

O relato dos participantes apontou a Autonomia e Independência como fatores importantes no sentimento de bem-estar na velhice, ou seja, os dez entrevistados relataram que se sentem bem sendo idosos, por conseguirem realizar independentemente suas atividades de vida diária(AVDs), como atividades de autocuidado, e suas atividades instrumentais da vida diária(AIVDs), como participação social.

_ “Ai eu me sinto bem, eu nem sinto que tenho a minha idade...porque eu trabalho, eu faço um...se me pedem uma coisa eu faço, se outro pede outra eu faço...”(D. 71 anos).

_ “... eu me sinto muito bem, não olho pro lado da idade e sim por aquilo que eu posso fazer. Minhas atividades, por esse grupo de dança que temos aqui, por tudo isso eu não sinto dificuldades em nada” (P. 71anos).

Néri (2001) define independência como sendo capacidade funcional, ou seja, capacidade de realizar as AIVDs e o autocuidado sem ajuda, que por sua vez, não está

relacionado à autonomia. A autonomia, de acordo com Ramos (2003) é a capacidade que o indivíduo tem de determinar e executar o controle de sua vida. A manutenção dessa capacidade no idoso permite que este tenha um envelhecimento saudável, mesmo que ele venha a ter qualquer tipo de doença crônica não transmissível, como por exemplo, hipertensão e diabetes. Desta forma, o envelhecimento saudável não é a ausência de doenças ou problemas, e sim, o equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional.

Para Minayo e Coimbra Junior (2002), o reconhecimento da identidade positiva do idoso, significa olhar para a velhice como uma faca de dois gumes, ou seja, reconhecer os fatores positivos, agradáveis e importantes nessa etapa da vida e desfrutá-los e, por outro lado, compreender os fatores negativos desse grupo social (as doenças, as perdas e limitações, as cargas pessoais, familiares e sociais), porém sem associá-los a sinônimos de velhice.

De acordo com Paschoal (2007, p.612), “os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem necessidade de serem cuidados”. Entretanto, com o avançar da idade ocorrem perdas da autonomia e independência, o que acarretará maiores dificuldades para eles, sua família e sociedade. Portanto, na velhice uma vida saudável está associada às condições de autonomia e independência.

Tal concepção fica clara na fala de um dos participantes da pesquisa:

— “Eu acho que ser idoso é muito importante, porque as pessoas novas também chegam a ser idoso, se chegarem né? Eu cheguei (risos). Tô muito satisfeito. Eu me sinto bem, quer dizer...uma doencinha normal todo mundo tem, mas eu me sinto bem. Faço tudo, não preciso de ninguém, da ajuda de ninguém e estou satisfeito, estou alegre”(F. 88anos).

Percebe-se que os entrevistados manifestam que a autonomia e independência na realização de suas atividades cotidianas são essenciais para eles se sentirem bem. Atualmente, parece que há uma maior consciência da necessidade de se criar políticas para o idoso ter uma vida mais ativa e com qualidade de vida. Entretanto, é preciso reformular toda uma concepção política, econômica e cultural em torno das questões que envolvem o envelhecimento. Neste sentido, Paschoal et al (2007) enfatizam que é necessário rever a idéia de velhice, eliminando posturas preconceituosas de que o velho não pode fazer nada e

é improdutivo. O mesmo autor destaca que é preciso criar oportunidades para que os idosos continuem ativos e participantes, de acordo com suas condições físicas e psíquicas e seus desejos e expectativas.

Assim, quando colocadas em prática, as políticas voltadas às questões do envelhecimento populacional e às novas concepções de saúde colaboram para que os idosos vivenciem de forma natural e com qualidade esta fase da vida. Para Lefreve e Lefreve (2004) os fundamentos da Promoção da Saúde constituem as bases da Política Nacional do Idoso e da Política Nacional de Saúde do Idoso, que visam à integração das políticas setoriais, a gestão em rede de modo que se efetive a ação do governo de forma intersetorial e integrada, a promoção de um estado de saúde do idoso com o máximo de expectativa de vida ativa, buscando para tal a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a promoção da saúde, a realização de atividades e o aumento da autonomia dos sujeitos.

b) Respeito

Ainda em relação aos sentimentos de ser idoso no Brasil, a subcategoria Respeito é de extrema importância, já que reflete o que os idosos sentem em relação ao modo que a sociedade os enxerga e os trata.

Conforme alguns autores (LEFREVE e LEFREVE, 2004; MINAYO e COIMBRA JUNIOR, 2002; PASCHOAL et al, 2007), a visão de desvalorização dos mais “velhos”, ocorreu nos tempos modernos, na sociedade capitalista industrial, fortalecida pela ideologia “produtivista”, para a qual o trabalho significa tudo na vida do sujeito, de modo que a perda do papel profissional do idoso, o torna alguém desvalorizado, marginalizado pela sociedade, já que ele é visto como alguém incapaz de produzir ou trabalhar. Associado a isso, há uma falta de adaptação do idoso dentro da sociedade, pois com a perda do trabalho e/ou com aposentadoria há uma redução de recursos, uma deteriorização da identidade social e conseqüentemente a ausência de um papel social dentro desta sociedade que valoriza a produção e passa a desrespeitar os que não estão mais ativos.

Diante destas reflexões, quando questionados sobre como se sentem em relação ao respeito que a sociedade, familiares, e outras pessoas têm por eles, quatro dos entrevistados relataram que se sentem respeitados, mas já viram outros idosos serem desrespeitados, principalmente pelos jovens:

_ “Eu nunca fui destrutada, mas vejo muita coisa errada com os idosos(...)acho assim uma falta de respeito com os idosos...tipo assim...olhar de lado, não dar muita atenção sabe? Os idosos falam e a pessoa muito mal responde(...)muitos jovens fazem muita desfeita dos idosos, eu tenho visto. Acham que não vão envelhecer” (M. 73 anos).

_ “Pelo menos eu sou respeitado. Já vi casos que jovens não têm respeito com idoso, mas comigo não, porque eu respeito também e por isso quero ser respeitado e tenho sido respeitado. Converso com o novo de igual para igual” (F. 88anos).

Nessas falas é possível perceber que embora os entrevistados relatem que se sentem respeitados pela sociedade, os mesmos já viram outros idosos serem desrespeitados, principalmente pelos mais jovens. Podemos supor, que pelo fato desses idosos sentirem-se independentes, autônomos na realização de suas atividades e também estarem inseridos em atividades de promoção da saúde como, por exemplo, o Grupo de Promoção de Saúde que freqüentam no contexto da ESF, eles mantiveram os seus papéis sociais, mesmo depois de aposentados, tendo claro a sua identidade e a sua importância dentro da sociedade, na qual buscam respeito.

Segundo Paschoal et al (2005) trabalhos longitudinais têm demonstrado que a perda do trabalho não causa uma diminuição na qualidade de vida do indivíduo, se as variáveis saúde e condição socioeconômica forem controladas. Assim, a aposentadoria não deve ser temida, desde que venha com o indivíduo em bom estado de saúde, com bom rendimento e permanecendo socialmente ativo.

Embora os outros seis entrevistados da pesquisa também estejam inseridos em Grupos de Promoção da Saúde se sentindo autônomos e independentes em relação à realização de suas atividades, eles relataram que se sentem desrespeitados, em especial por parte dos próprios familiares, fazendo com que a subcategoria, *Desrespeito e sobrecarga familiar*, fosse criada para uma melhor discussão.

c) Desrespeito e a sobrecarga familiar

De acordo Minayo (2003), o desrespeito contra os idosos pode ser visto como uma forma de violência, a qual se expressa em tradicionais formas de discriminação, como, por exemplo, caracterizá-los como “descartáveis” e “peso social”.

Esta visão é bem representada pela fala de uma das seis entrevistadas que relatou se sentir desrespeitada:

... eu acho que tem discriminação por parte dos jovens (...) Assim... de achar que a gente é impotente, que a gente atrapalha (...) as pessoas têm preconceito(...)Consideram uma categoria à parte...excluem. Não é considerado nem como criança, porque criança eles têm um certo tipo de aceitação, de compreensão. Com o idoso eu acho que não”(C. 61 anos)

Minayo (2003) ainda destaca que na visão do Estado, o idoso hoje é responsabilizado pelo custo insustentável da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto a políticas e programas de proteção específicos. Apesar de em 1994, por exemplo, ter sido promulgada a Lei Federal 8.842 (BRASIL, 1994), buscando ordenar a proteção aos idosos, ainda é precária a implementação desta e de muitas outras leis no Brasil. No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus tratos e negligências. Entretanto, enfatiza que nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, onde choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como “decadência”.

Dentre os seis entrevistados que relataram não se sentirem respeitados, dois destacaram que a própria família não as respeitam e muitas vezes as sobrecarregam e/ou as tratam mal.

“Têm pessoas que respeitam, têm outras que não respeitam. Principalmente minha neta, meus netos que moram na minha casa lá na frente, minha filha que mora lá. Elas não me respeitam muito não (...) Por mais que eu ajudo, por mais que eu faço, me devem dinheiro, me devem água e mesmo assim não tá bom”(D. 71 anos).

Nota-se na fala da entrevistada que, para ela, os familiares a desrespeitam e abusam da ajuda que ela lhes oferece. Percebe-se ainda que D. ajuda tanto financeiramente a família quanto no auxílio pra levar a neta a escola, por exemplo. Durante as observações participantes, quando D. chegou em um dos encontros do Grupo de Dança e lhe

perguntaram se estava tudo bem, ela relatou estar triste e reclamou que a filha a xingou e gritou com ela, pelo fato dela não ter esperado o genro para arrumar uma torneira.

_ “Ela veio gritando e me xingando, porque chamei meu primo para trocar a borracha da torneira e não esperei meu genro. Por conta da forma que ela fez, estou dando um gelo neles e indo atrás das minhas coisas ao invés de ficar indo levar minha neta na escola, que é longe” (D. 71 anos).

Nesse mesmo dia da observação participante, D. ainda disse que quer muito bem aos familiares, mas gostaria que andassem com as próprias pernas e que ela tivesse mais tranqüilidade para cuidar da sua vida.

_ “Ajudo de bom grado, mas quando me sinto desrespeitada e brigam comigo por bobearas fico chateada. Não admito que me desrespeitem ou me tratem mal. Fico bastante atarefada ajudando-os e agora vou tentar cuidar mais de mim, pois tô numa fase que deveria estar mais sossegada. Todos poderiam colaborar para ficar menos serviço e menos pesado” (D. 71 anos).

Percebe-se que D. reforça que a família, filhos e netos muitas vezes não a respeitam, pois além da ajuda que presta a eles, tanto financeira quanto de apoio, eles ainda reclamam e a sobrecarregam.

Freqüentemente, as violências contra idosos são denominadas *maus tratos e abusos*. Minayo (2003, p.785) as utiliza como sinônimo de violência:

“um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais. Esse conjunto de termos se refere a abusos físicos, psicológicos e sexuais; assim como a abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência”

Outra entrevistada que reclamou do desrespeito familiar destacou que há muita falta de paciência dos familiares com os idosos e, muitas vezes, abusos da parte destes em relação a quererem mandar nas vidas dos mais velhos, dizendo o que eles podem ou não podem fazer.

_ “Não, não tem respeito não (...) a começar pela própria família. A própria família já não tem mais paciência com a gente que é idoso. Não tem paciência e eu acho isso muito errado, porque no meu tempo que eu era mocinha respeitava muito os idosos, minha mãe, minha avó, todo mundo. Agora não, agora eles querem mandar na gente, querem dominar a gente. Isso aí” (S. 79 anos).

Percebe-se que para S., os familiares enxergam o idoso como alguém que “dá trabalho”, ou seja, uma sobrecarga para a família, não tendo, desta forma, suas vontades respeitadas.

Em vários encontros do Grupo Descontração e Saúde, do qual S. faz parte, ela comentou que se sentia muito melhor e respeitada com as pessoas de fora, em especial com as do Grupo, do que com as “de dentro de casa”.

_ “As pessoas fora da família têm muita amizade, paciência comigo, me tratam e me querem muito bem e, portanto prefiro ficar mais perto delas do que em casa que tiram a minha liberdade por completo. Se compro uma coisa não era pra comprar, se quero sair não deixam” (S. 79 anos).

Estudos elaborados por Araújo, Coutinho e Santos (2006), sobre representações sociais de velhice entre idosos de um grupo de convivência e os de uma instituição de longa permanência em João Pessoa – PB, mostram que persiste a idéia de que o idoso é uma sobrecarga para a família, já que o espaço limitado das habitações, as dificuldades de cuidados e dedicação permanente aos idosos e a inserção da mulher no mercado do trabalho muitas vezes colaboram para que os familiares coloquem os idosos em instituições de longa permanência, excluindo-os do convívio familiar e social.

Fonseca e Gonçalves (2003) ressaltam que o convívio entre as gerações tem sido imposto pelo empobrecimento da população e pela estrutura e crescimento desorganizado das cidades. Tais fatores associados à ausência de políticas públicas voltadas para a saúde e a assistência contribuem para que a população idosa fique à mercê da violência social, física e psicológica. Os mesmo autores relatam que o prolongamento da vida fez surgirem dificuldades próprias do envelhecimento, como, por exemplo, o surgimento de doenças crônicas e o declínio cognitivo e perdas físicas e emocionais, que comprometem a autonomia dos sujeitos e os deixam num estado de dependência da família que nem sempre está disponível para responder adequadamente a estas questões e passam a desrespeitar as vontades dos idosos, tratando-os como doentes e incapazes.

Assim, parece importante intervir de forma interdisciplinar nestas questões que envolvem violência e desrespeito contra o idoso, especialmente no ambiente familiar, no qual é suposto que haja a maior concentração de relações afetivas. Para tal, é importante conhecer os meios legais, as políticas públicas sociais, os pressupostos do novo contexto de saúde, a atuação das Unidades Básicas de Saúde que dispõem da ESF, na qual a família e seu contexto tornam-se foco das intervenções em saúde e buscam o apoio comunitário e intersetorial para que os problemas dos sujeitos e famílias sejam resolvidos de forma integral.

As reflexões em torno desta primeira categoria, *Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil*, apontaram para o fato de que os idosos entrevistados aceitam e vivem bem com a idade que têm. Eles vêem como positivo em suas vidas o fato de terem autonomia e independência na realização de suas atividades de vida diária e vida prática e alguns destacaram que são respeitados, possivelmente pelo fato de reconhecerem os seus papéis sociais, mesmo depois de aposentados, tendo claras a sua identidade e a sua importância dentro da sociedade, na qual buscam respeito. Entretanto, estes mesmos entrevistados já viram outros idosos serem desrespeitados, principalmente por parte dos jovens. Os idosos que revelaram sentirem-se desrespeitados destacaram que a própria família é responsável pela falta de respeito, seja na forma de abusos financeiros e do apoio prestado pelo idoso, como na manutenção da dependência e dominação, que impede o idoso de manifestar suas vontades e participar das decisões familiares.

4.1.2 Satisfação com a Saúde

Este segundo grande tema foi subdividido em quatro subcategorias: *a) Satisfação com a saúde; b) Não satisfação com a saúde; c) Percepção do que ajuda a ter saúde; d) Percepção do que dificulta a ter saúde.*

a) Satisfação com a saúde

A Satisfação define com maior precisão a experiência vivenciada pelos sujeitos em relação às várias condições de vida, sendo um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo (JOIA et al, 2007).

Em relação à saúde, alguns autores (MINAYO, 1994; ACIOLI, 2001) a conceituam de maneira ampla, significando bem estar e felicidade, devendo ser vista como a harmonia e equilíbrio entre o sujeito, a sociedade e o ambiente.

No estudo de Freire e Tavares (2005), cujo objetivo central foi identificar a percepção de idosos acerca de sua saúde, os entrevistados abordaram aspectos físicos, sociais e mentais, denotando compreensão de que saúde não é apenas a ausência de doença.

Em outra pesquisa com idosos de Botucatu (JOIA et al, 2008) foi constatado que estar satisfeito com as atividades de vida diária é o fator mais importante relacionado à satisfação com a saúde, indicando que para estes idosos a autonomia para o exercício das atividades de vida diária reflete o que mais se aproxima do que os entrevistados consideram saúde.

Tais dados também foram percebidos nesta dissertação, na qual os entrevistados demonstraram privilegiar a manutenção da autonomia e independência nas suas AVDs e AIVDs e perceberam a saúde de forma ampla, ou seja, relacionada a fatores físicos, psicológicos e sociais.

Assim, o relato dos participantes desta pesquisa mostrou que em relação à *Satisfação com a saúde* nove deles se consideraram saudáveis pelo fato de se cuidarem (alimentação, ida ao médico, por exemplo), fazerem suas atividades e terem lazer:

“Me considero saudável, com saúde graças a Deus (...) eu sei me alimentar viu, só como coisa boa, nada desses lanches, essas coiseiras. Então eu me sinto sim viu... a idade que eu tô, trabalhando do jeito que eu tô tá bom. Tô com bastante saúde, tirando o negócio do pé, que inflamou um pouco o pé, o resto pra mim tá tudo bom...” (A. 82 anos).

Nota-se na fala de A., que apesar do problema no pé, ela relatou sentir-se saudável, relacionando a saúde a bons hábitos e ao fato de continuar trabalhando (manutenção de AVDs). Tal fato pode evidenciar uma visão ampliada do conceito de saúde por parte da entrevistada. Esta visão ampliada da saúde pode estar relacionada ao fato de A. ser uma pessoa bastante ativa e envolvida com os grupos de promoção de saúde que frequenta. Durante as observações participantes dos encontros grupais, a entrevistada, assim como outros participantes da pesquisa manifestaram diversas vezes o quanto é bom estar ali, devido à diversão, o convívio com os amigos e a melhora da saúde, já que estando com a cabeça ocupada com coisas boas, os problemas são amenizados.

– *“É muito legal vir aqui, a gente nem lembra que tem problemas, faz bem pra cabeça e principalmente para a saúde da gente. As horas passam rapidinho” (A. 82 anos).*

Em estudo com idosos de uma instituição pública de recreação em torno da qualidade de vida na velhice, Ferraz e Peixoto (1997) observaram que o idoso pode apresentar uma percepção positiva da saúde desde que seus problemas não signifiquem limitações para seu cotidiano, seja como indivíduo, seja enquanto ser social.

Outros entrevistados ressaltaram que se sentem satisfeitos com sua saúde, pois além de terem hábitos saudáveis, são pessoas atentas aos cuidados médicos e a prática de atividades prazerosas.

– *“Ah eu me considero, porque eu não tomo quase remédio nenhum, a não ser um pouquinho do colesterol que eu tenho, mas nem preciso tomar remédio. Eu faço meus regimes, minhas atividades” (P. 71 anos).*

– *“Eu me considero, porque eu me trato, vou ao médico de quando em quando, faço os exames que o médico pede e tal, tomo o remédio de acordo e me sinto bem, me alimento bem, durmo bem, danço um pouco (risos), tenho lazer também” (F. 88 anos).*

Assim como no estudo de Jóia et al (2008) com idosos de Botucatu-SP, no qual foi constatado que os idosos parecem ter consciência da importância da adoção de hábitos saudáveis e do lazer como forma de preservar e melhorar sua vida, saúde e bem-estar, esta dissertação mostra, pelos relatos dos entrevistados, que também há esta consciência em torno dos hábitos saudáveis nos idosos que participam de grupos de promoção de saúde.

Neste trabalho, o conceito de promoção da saúde contido na Carta de Ottawa aponta para uma reorganização da atenção com os objetivos de assegurar a equidade e a articulação entre os saberes técnico e popular, a fim de possibilitar que as comunidades e o próprio sujeito tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde, visando escolhas mais saudáveis.

A discussão da importância das escolhas mais saudáveis por parte dos próprios sujeitos, relativas ao conhecimento e controle dos fatores que afetam sua saúde, pode ser ilustrada pela fala de outra entrevistada da pesquisa.

_ “Ah considero, apesar da pressão fazer alguma graça, essas coisas, mas isso eu já uso medicamento né, já tudo se controla, tudo está bem. Eu procuro ficar sempre calma. Eu acho que essas coisas um pouco é a gente também. Então eu acho que a gente tem que manejar nas coisas tem que relevar um pouco” (Z. 68 anos).

Percebe-se que Z., assim como a maioria dos entrevistados, considerou-se saudável apesar de ter alguns problemas. Além disso, ela enfatizou a responsabilidade de cada um sobre a própria saúde ao dizer que possíveis descontroles e problemas podem ser causados pelos próprios sujeitos, sendo importante “manejar nas coisas”, ou seja, ter maior controle sobre os fatores que podem causar danos à saúde.

Foi possível perceber, que os sujeitos desta pesquisa, apresentam atitudes ativas frente aos seus problemas de saúde, com uma visão ampla dos meios para se cuidarem, já que relacionam a saúde não apenas a ausência de doenças, mas a seu controle, tratamento e também práticas de prevenção e promoção da saúde. Além disso, o fato de estarem inseridos em grupos de promoção de saúde, na ESF, parece facilitar a formação dos vínculos com os serviços de saúde e a concordância com os tratamentos quando necessários.

b) Não satisfação com a saúde

No que se refere à *Não satisfação com a saúde* apenas uma das entrevistadas referiu não se sentir saudável.

_ “Não, porque agora eu... depois que eu passei aquele problema de trombose, problema de... dizem, eu não sei... que eu tive aquele problema de água no pulmão, coração, eu não sou aquela pessoa mais. Eu sinto mal estar, mas eu não dou demonstração, não falo nada. A única coisa que me vale quando eu to assim é vir aqui no Posto, porque graças a Deus a gente é muito bem atendida e as meninas aqui até servem pra mim pro desabafo” (S. 79 anos).

De acordo com Jóia et al (2008), as referências de hipertensão e cardiopatias estiveram associadas negativamente à satisfação com a saúde, pois são doenças de grande prevalência na população, exigentes de tratamento com medicamentos de uso contínuo, seguimento clínico e dependência dos serviços de saúde, possíveis fatores contributivos para uma percepção negativa da saúde, particularmente se não estiverem sob controle.

Percebe-se na fala da entrevistada que a insatisfação com a própria saúde é decorrente do aparecimento de co-morbidades relacionadas às doenças que a idosa apresenta. Embora, haja esta insatisfação, nota-se que a idosa valorizou o atendimento na Unidade Básica de Saúde, da qual faz parte e na qual participa do grupo de promoção de saúde. Ela enfatizou que quando se sente mal, apenas a ida ao “Posto de Saúde” lhe conforta, em especial pela atenção e escuta que os profissionais daquela Unidade lhe prestam. Tal atenção só é possível pela característica dos profissionais do CSE da Vila Tibério, que seguem as premissas da ESF, na qual o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e o usuário do serviço é essencial para um melhor atendimento. Pode ser percebido que o uso de tecnologias leves, ou seja, tecnologias relacionais, de escuta, acolhimento são imprescindíveis no trabalho em saúde.

Segundo Merhy (2002), a superação do modelo médico hegemônico neoliberal, implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional com ações de saúde voltadas para uma lógica “usuário centrada”, a qual permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

c) Percepção do que ajuda a ter saúde

Pensando no novo contexto de saúde, e na questão colocada por Merhy (2002) sobre a necessidade de centrar as práticas de saúde no usuário e seu contexto, torna-se relevante compreender o que na opinião dos idosos deste estudo ajuda e/ou dificulta a ter saúde, para que se criem coletivamente meios adequados no atendimento desta população e da comunidade como um todo.

No que diz respeito à *Percepção do que ajuda a ter saúde* todos os entrevistados relataram que cuidados médicos, cuidados com o corpo, alimentação, sono, atividades de lazer(dentre elas a participação nos Grupos de Promoção), conversar com os amigos, ter bons relacionamentos ajudam a ter saúde:

– *“Ai eu acho que tinha que tomar os remédios certinho, nas horas certas, procurar o médico, ver o que a gente tem, fazer um tratamento. Comer bem, nas horas certas(...) eu me sinto bem trabalhando, andando, eu não me sinto bem ficar parada. Vir aqui (no Grupo) eu acho muito bom(..). Geralmente as meninas que tão aí dentro, as professoras, vocês tudo aí, nossa eu me sinto feliz viu, muito*

feliz(...)Gosto de vir, me distrai muito bem(..). Se ficar em casa eu vou deitar e ficar encorujada o dia inteiro. Então eu vou lá, pelo menos eu converso, desabafo, nós brinca tudo e se sente melhor”(I. 71 anos).

Em especial, pode ser notado na fala da entrevistada, que além dos hábitos saudáveis e cuidados médicos, estar envolvida em atividades prazerosas e na companhia de outras pessoas, em especial em grupos que possibilitem trocas de experiência, “desabafo”, como a própria entrevistada relatou, são determinantes na percepção do que ajuda esses idosos a terem saúde.

Luz (2001) destaca que a universalidade atual do paradigma da saúde pode ser constatada não apenas na quantidade e na diversidade das atividades e práticas designadas nos dias de hoje como “atividades de saúde”, mas, sobretudo, na tendência a darem novos significados as atividades sociais vistas na cultura como atividades lúdicas de jogos ou lazer, esporte ou recreação, dança, namoro, alimentar-se, dormir, caminhar, trabalhar, além de outras, que podem e devem ser vistas como práticas de saúde ou de risco de doença dependendo das intenções.

_ “Ajuda a boa alimentação e as coisas que eu faço né, as atividades que eu faço, tudo ajuda né.(...)As atividades que eu faço é costurar, fazer crochê, sair de casa, passear, ir no Grupo Descontração e Saúde, ir na missa, no terço né, conversar com as amigas, que eu saio pra rua e encontro as minhas amigas e converso bastante, tudo isso ajuda né.(...)eu também gosto muito de ler, de escrever” (A. 82 anos).

_ “Ah é fazer tudo direito né. Se usa medicamento usar eles direito. E também eu...aqui no Posto eu me sinto muito bem(... eu freqüento dois Grupos. Tem o Grupo Descontração e Saúde que eu freqüento desde o início(...).Eu quase não saia de casa, agora eu saio. Eu venho aqui no Grupo, fiz amizades(...).Tem o de Dança também que eu venho. Também fiz bastante amizade(...).Eu gosto muito de dançar, porque eu acho que música, dança faz muito bem. Música faz muito bem pra mente, a gente se movimenta e não fica uma coisa dentro de casa lá...paralisada, sem mexer as pernas. Eu acho que é uma bela atividade(...) No Descontração e Saúde...às vezes têm passeios(...).Ou vai de trenzinho ou se é perto a gente vai a pé mesmo. Se reúne todos e vamos(...).ou faz atividade aqui mesmo no Grupo aqui no Posto(...).Nós jogamos binguinho de brincadeira. Têm outros tipos de brincadeiras que a gente inventa. Uma sabe de um jeito, outro sabe de outro e fala e faz. Sei que

é muito bom, distrai bastante a mente. E isso, poxa vida, faz muito bem pra saúde”(Z. 68 anos).

Para Luz (2001), estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros. A autora destaca ainda, que as “atividades de saúde” podem ser vistas, neste contexto, como um tipo de estratégia de sobrevivência social, de rompimento com o isolamento provocado pela cultura individualista e narcisista que predomina na sociedade capitalista.

Pode-se apreender destas falas, que além da importância dos grupos de promoção de saúde para auxiliar na saúde dos idosos da pesquisa, eles favorecem o estabelecimento de comunicação, de interações sociais e de formação de uma rede social de apoio, na qual através da formação de amizades e da comunicação intersetorial, é possível realizar passeios, e atividades para além do âmbito da saúde, vencendo o isolamento social e privilegiando a reinserção desses idosos como participantes ativos da sociedade.

d) Percepção do que dificulta a ter saúde

Em relação a *Percepção do que dificulta a ter saúde*, esta pesquisa revelou que quatro entrevistados pensam que as doenças, perdas físicas, mentais, dificultam a ter saúde.

– *“O que tá me atrapalhando mais é assim, que eu tô um pouco esquecida né. Às vezes fala uma coisa passa um tempo eu já não sei, já esqueci. Precisa tá marcando coisa que pede né, pra gente fazer né, os recados eu preciso marcar senão eu esqueço” (A. 82 anos).*

– *“Olha às vezes dificulta assim...o corpo...eu acho que tem gente que tem dificuldade de se dobrar, tem dificuldade de agachar. Tem muita gente que tem muita tontura, não pode subir em escada. Eu acho que isso dificulta, mas pra mim eu ainda não cheguei nessa época, graças a Deus”(C. 61 anos).*

Assim como no estudo de Freire e Tavares (2005) sobre o olhar do idoso para a própria saúde, pode-se dizer que as dificuldades relacionadas a ela são atribuídas, também nesta pesquisa, ao aparecimento de sinais e sintomas incapacitantes, expressos pela imagem do corpo, pela menor agilidade e pela perda da força.

Com isso, a prevenção e a promoção da saúde tornam-se extremamente necessárias para os idosos, já que enfatizam a adoção de hábitos saudáveis e a manutenção da

capacidade funcional e do bem-estar, fazendo com que o adoecimento e as “perdas naturais” adquiridas com o envelhecimento, sejam amenizadas, objetivando a melhora da saúde e da qualidade de vida dessa população.

Destas quatro participantes, uma referiu que problemas com a família também dificultam ter saúde.

— *“São essas coisas dentro da família e esses problemas de saúde. Nunca fui doente, sempre trabalhei e agora eu não sirvo mais. Não sei se é a idade, se é que eu fico preocupada, pensando muito em como é que vai ser a vida da gente” (S. 79 anos).*

Conforme já foi visto na primeira categoria de discussão, acerca dos sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil, na opinião de S., a própria família trata o idoso como incapaz, vendo-o como uma sobrecarga familiar, o que parece gerar nesta idosa sentimentos de preocupação e incertezas em relação ao próprio futuro.

De acordo com Debert (2004), a industrialização teria destruído a segurança econômica e as relações estreitas que vigoravam nas sociedades tradicionais entre as gerações familiares, transformando os idosos em peso para a família e para o Estado, opondo-se a uma suposta “Idade de Ouro”, na qual os idosos eram vistos como pessoas sábias e experientes, sendo, portanto bastante respeitados pela família e pela comunidade. Assim, nas sociedades modernas, parece ser freqüente que preconceitos em torno do envelhecimento, façam com que os idosos sejam abandonados a uma existência sem significados, não tendo suas vontades respeitadas nem mesmo pela própria família, dificultando também sua satisfação com a saúde.

Diante disto, muitas vezes esses idosos vêm nas redes de suporte social extrafamiliares um apoio importante para se sentirem cuidados, acolhidos e felizes com a vida. Durante as observações participantes realizadas nesta pesquisa, S. mostrou-se totalmente envolvida com o grupo de promoção de saúde que freqüenta, enfatizando em vários momentos a importância que ele representa para sua qualidade de vida. No estudo de Uchôa et al (2002) é destacado em vários relatos de idosas, a busca ativa de redes de solidariedade extrafamiliares por parte delas, o que pode demonstrar que muitas vezes a família não dá conta de responder as expectativas dos sujeitos frente o envelhecimento.

Outros três participantes também referiram que maus relacionamentos, em especial com a família, e/ou então brigas e discussões dificultam ter saúde, já que geram inimizades e estresse.

_ “Assim, meus filhos graças a Deus, apesar das minhas filhas estarem longe e eu acho muita falta delas, mas a gente se comunica muito. Uma mora no Rio Grande do Sul e a outra mora em Minas, mas a gente se fala muito por telefone. Quer dizer que se eu não ligo, elas logo me ligam. Meu filho também que mora aqui ele me dá muita atenção, então eu não sei o que reclamar. Ter inimizade, essas coisas dificultam. É meu modo de pensar” (M. 73 anos).

“(...) aquela minha filha às vezes me atrapalha, só ela, que mora na frente da minha casa, porque com outros a gente vive bem. De certo porque vive longe também. Apesar que a mais velha, eu morei quatro meses com ela, nunca tive uma questãozinha”(D. 71 anos).

Outro fator que na percepção de um dos entrevistados dificulta a ter saúde é a prática de maus hábitos.

Segundo Paschoal et al (2005), a longevidade e a maior expectativa de vida além dos sessenta anos dependem, dentre outros, do estilo de vida das pessoas. A obesidade, o estresse, o sedentarismo e o tabagismo são alguns fatores implicados indiretamente em mais da metade dos óbitos em idosos.

Desta forma, baseado em sua própria experiência de vida, o entrevistado citado acima, destacou os maus hábitos como fatores que dificultam a ter saúde.

_ “Olha, primeiro a bebida destrói o cara, acaba com o cara. Depois cigarro e ficar sem dormir. São três coisas que acabam com o cara, com a saúde e o cara. E não volta mais não. Eu voltei, porque eu parei. Vou ficar gastando dinheiro com médico? Eu não” (J. 75 anos).

A falta de condições financeiras também foi citada por outro entrevistado como algo que dificulta a ter saúde.

Rodrigues et al. (2000) enfatizam a saúde e a doença nos idosos como fenômenos clínicos e sociológicos que dependem, entre outros fatores, da situação econômica e social, na qual a velhice é demarcada principalmente pela aposentadoria e pela “desqualificação”

como mão-de-obra para o mercado de trabalho. Ressaltam ainda, que a transição vivenciada pelos idosos, ou seja, a ruptura com o mundo produtivo para a categoria de extrabalhador, ou então, de cidadão ativo para inativo, apresenta reflexo negativo para seu estado de saúde, podendo causar também, vulnerabilidade psicológica e emocional.

— “Olha o que dificulta a ter boa saúde é que infelizmente a maior parte dos trabalhadores têm um salário péssimo. Então não têm condições de se tratar direito. Eu, por exemplo, no meu caso eu tenho convênio, quer dizer tenho facilidade, mas porque eu posso pagar esse convênio. Agora se eu não pudesse pagar o convênio seria muito diferente. Depender da saúde pública tá uma droga. Tem um sujeito que falou pra mim que tinha uma operação pra fazer fazia um ano. Quer dizer que nesse período o sujeito morre e ele não opera coisa nenhuma. Então quer dizer que a saúde aqui no Brasil está muito esculhambada, infelizmente” (F. 88 anos).

Percebe-se que o participante da pesquisa, apesar de considerar sua situação financeira privilegiada, conseguiu identificar problemas sociais enfrentados por grande parte da população com baixa renda, em especial no âmbito da saúde, exemplificando com um caso real. Apesar disso, este idoso, frequenta no âmbito do SUS, um dos grupos de promoção de saúde, que de acordo com seus relatos é importante na sua vida pelas relações sociais e pelo lazer nele vivenciado. Possivelmente, este idoso não relacionou a saúde pública à realização do grupo, já que parece que sua visão de saúde pública está associada somente a fatores negativos (filas de espera, demora no atendimento), o que pode ser considerado normal, pelo fato de se divulgar na mídia, principalmente, em torno do SUS, apenas os problemas relacionados à falta de recursos, falta de espaço físico, falta de profissionais, entre outras coisas, que são de fato problemas, mas que não devem ser banalizados e considerados como as principais ações do sistema público de saúde brasileiro.

As práticas de prevenção e de promoção de saúde devem ser mostradas e divulgadas como importantes ações da saúde pública, pois além de aumentarem a qualidade de vida dos sujeitos, colaboram para que as outras práticas assistenciais, voltadas ao tratamento de doenças e a reabilitação, se tornem mais resolutivas, visto que a procura desses serviços acontecerão somente quando falharem as alternativas preventivas e promotoras de saúde.

Pensando ainda em práticas preventivas e promotoras de saúde, uma das entrevistadas ressaltou que ficar só em casa, cuidando dos inacabados serviços domésticos, sem se permitir cuidar de si próprio ou de freqüentar lugares que considera importantes para o seu bem-estar trazem dificuldades para a saúde.

_ “O que dificulta...eu acho que é a pessoa não fazendo nada (...)você fica em casa, você acaba seu serviço, ou então dá por terminado, porque o serviço de casa quase não acaba(...)Então, você fala assim ‘olha serviço você fica pra lá, porque agora meu dia já deu. Só amanhã se Deus quiser’ e senta e tira sua folga por conta própria. Agora se você vem aqui no Grupo já são outras coisas né” (Z. 68 anos).

Assim, a segunda categoria, ***Satisfação com a saúde***, indicou que os idosos entrevistados sentem-se saudáveis por se cuidarem, seguirem os tratamentos médicos, terem uma alimentação correta, dormirem bem, terem autonomia e independência nas suas atividades de vida diária e em especial por terem atividades de lazer, como o Grupo de Promoção de Saúde e bons relacionamentos com os amigos.

Para eles dificuldades nos relacionamentos familiares, maus hábitos, as doenças e perdas físicas e mentais dificultam a satisfação com a saúde. Apesar disso, apenas uma idosa relatou não ter saúde, evidenciando que esses idosos ao se envolverem com atividades de promoção passaram a valorizar e privilegiar os fatores positivos em torno da própria saúde.

4.1.3 Significados de qualidade de vida

Esta terceira categoria foi subdividida em duas subcategorias: a) *Qualidade de vida relacionada a cuidar de si, ter bem-estar, boa alimentação, bom sono, atividades de lazer, boas amizades* e; b) *Qualidade de vida relacionada a boa condição financeira*.

Segundo Diogo (2003), na velhice, a qualidade de vida é um evento determinado por múltiplos fatores, que nem sempre são fáceis de serem avaliados cientificamente. O mesmo autor destaca que esses fatores podem ser divididos em fatores objetivos, ou seja, condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, realização de atividades e renda, entre outros e, em fatores subjetivos, ou seja, que estão relacionados ao bem-estar psicológico como, as experiências pessoais, as reações afetivas, a felicidade, a satisfação, a saúde mental, a competência social, o estresse e a percepção de saúde.

Ainda para Diogo (2003), os indicadores objetivos nem sempre apontam como as pessoas percebem e experienciam suas vidas. Já os indicadores subjetivos definem com maior precisão a experiência de vida em relação às várias condições de vida do sujeito, sendo os indicadores mais frequentemente utilizados nas avaliações de qualidade de vida percebida.

a)Qualidade de vida relacionada a cuidar de si, ter bem-estar, boa alimentação, bom sono, atividades de lazer, boas amizades

Referente a esta subcategoria, seis dos entrevistados relataram que a qualidade de vida se relaciona ao bem-estar, boa alimentação, bom sono, atividades de lazer, boas amizades.

_ “Lógico que é algo bom né.(risos). É ter uma saúde boa né, alimentação boa(...)fazer as atividades que a gente sempre faz né. Os amigos ajudam porque conversam muito com a gente né. Eu saio na rua eu chego atrasada em casa (risos). Encontro com muito amigo na rua, conversa muito isso ajuda muito a gente né” (A. 82 anos).

_ “Então essa qualidade de vida que a gente ta vivendo agora é muito bom, receber essas ajudas todas, nossa é muito bom(...) Eu acho que todo mundo devia procurar um cantinho pra ir. É muito bom (risos). Você nem sabe como eu saio daqui com outra cabeça, saio da Ginástica com outra cabeça, chego em casa trabalho, não sinto nada graças a Deus. Eu acho que tão perdendo tempo quem não ta freqüentando. A vida se torna muito melhor”(P. 71 anos).

_ “Eu não sei se eu sei direitinho expressar o que é isso, mas eu acho que qualidade de vida é você ter tudo as coisas direitinho, pra que você consiga viver a etapa da sua vida. A saúde é a prevenção, é o controle através do Postinho que você vai mesmo que você não esteja doente, você vai de tanto em tanto tempo e passa pelo médico, faz os exames necessários, toma as medicações certas. Eu acho que é isso(...)boa alimentação, bom sono, boa vida social...nada de excessos. Isso” (C. 61 anos).

Albuquerque e Tróccoli (2004) destacam que o bem-estar subjetivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação aos aspectos:

felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo considerada por alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Para Neri (2003) predomina o ponto de vista de que envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do sujeito, para que este saiba lidar com as perdas inevitáveis do envelhecimento.

A maioria dos idosos desta pesquisa demonstrou enxergar a qualidade de vida como algo bom, que pode estar relacionada, conforme já foi dito, à saúde, ao bem-estar, ao convívio com os outros, as atividades de lazer, ao apoio social. Eles ainda expressaram o que pensam a respeito de qualidade de vida, de acordo com as suas vivência, o que nos remete mais uma vez a destacar a importância e a potência da inserção destes idosos em grupos de promoção de saúde para a sua percepção positiva em torno da qualidade de vida. Muitos sujeitos deste estudo destacaram que através desses grupos encontraram os fatores, que segundo eles, colaboram para se sentirem mais saudáveis e felizes, ou seja, os amigos com quem construíram vínculos afetivos, a equipe, em especial as agentes comunitárias de saúde, que possibilitaram a aproximação destes idosos com os serviços de saúde de maneira confiável e, por consequência, as trocas de experiência e a vitória frente ao isolamento social.

b) Qualidade de vida relacionada a boa condição financeira

Para Veras e Alves (1995), fatores socioeconômicos têm influência importante na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira.

Possivelmente, por fatores relacionados aos que os autores acima discutem, quatro dos idosos participantes de grupos de promoção de saúde, revelaram enxergar a *Qualidade de vida relacionada à boa condição financeira*. Parece que para estes idosos, ter uma boa condição econômica oferece suporte para o bem-estar subjetivo, fazendo com que eles lidem melhor com as diversas situações da vida.

_ “Qualidade de vida depende da situação financeira(...)Tipo, ter um bom carro, uma boa casa, ter uma boa renda por mês é ruim? Não é né” (J. 75 anos).

— “Ah eu acho que é assim, as pessoas melhor do que a gente não é?(...)Pessoa que vive bem, que tem tudo na vida...eu acho que é isso aí” (I. 71 anos).

Sinteticamente a terceira categoria, **Significados de qualidade de vida**, mostrou que os idosos da pesquisa demonstram enxergar a qualidade de vida como algo positivo para a saúde e para a vida. Eles relacionaram o termo a cuidados pessoais, ao bem-estar, a boa alimentação, bom sono, atividades de lazer e boas amizades. Alguns falaram que a qualidade de vida possivelmente está relacionada à boa condição financeira, demonstrando que para estes idosos a falta de condições financeiras impossibilitaria as pessoas de terem atividades de lazer, boa alimentação, dentre outras coisas.

4.1.4 Satisfação com a vida

Este quarto grande tema foi subdividido em três subcategorias: a) *Satisfação com a vida*; b) *Doença e falta de atenção impossibilitando satisfação total e*; c) *Condições Financeiras impossibilitando satisfação total*.

a) Satisfação com a vida

Segundo Joia et al (2007), a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, sendo, portanto um processo de juízo e avaliação geral da própria vida comparado à com um critério estabelecido pela própria pessoa.

Assim como nesta dissertação, a pesquisa de Joia et al (2007), acerca das condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos, evidenciou fatores parecidos com os encontrados neste estudo sobre a percepção de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca de sua qualidade de vida. Os autores da pesquisa citada, concluíram que a saúde e a independência são os principais determinantes da felicidade. Ademais, o sistema de apoio, a aceitação destes idosos na comunidade, a afetividade, a descrição positiva do casamento e condições familiares, também foram mencionados como fatores importantes para a satisfação com a vida da população da pesquisa.

Neste estudo, oito idosos participantes de grupos de promoção de saúde, relacionaram a satisfação com a vida às amizades, aos relacionamentos, a condição financeira e as atividades e lugares que frequentam.

_ “Eu me sinto (satisfeita)... o que me ajuda tudo isso, até na depressão em tudo, eu já vou começar a falar sobre. Eu frequento um Grupo de Mulheres na minha igreja que é muito bom, venho aqui nesse Grupo Dança da Alegria que é muito bom, faço a Ginástica ali na Igreja, do lado no salão da Terceira Idade que é muito bom (...) Eu sou de fazer muita amizade (risos). Eu sou de chegar na Ginástica e abraçar e beijar todo mundo, professor também, agradecer e tudo (...) acho que não tá sendo só bom pra mim, mas pra todos que tão frequentando (...) gosto de alegria” (P. 71 anos).

Percebe-se que P. relacionou a satisfação com a vida a uma relação social estável e aos bons relacionamentos com os amigos, o que pode ser constatado pela sua participação em diversos meios de promoção de saúde oferecidos dentro de uma rede de suporte social, que vem sendo constituída pela interligação dos setores saúde, educação, política, religião, dentre outros, demonstrando a importância da intersetorialidade na assistência integral a comunidade.

Neste sentido, ainda é importante destacar, que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS, referindo-se tanto às pessoas quanto ao sistema de saúde, reconhecendo as singularidades dos sujeitos e as suas capacidades na construção conjunta de novos sentidos para as práticas de saúde, nas quais as ações de promoção e prevenção devem estar voltadas a identificação de riscos e das reais necessidades dos usuários (BRASIL, 2005).

As redes de suporte sociais mostraram-se na fala de P, como importantes na satisfação com a vida da entrevistada, podendo o seu funcionamento ser relacionado aos princípios do SUS, tais como: acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito a informação, entre outros.

Além da rede de suporte social e das amizades conquistadas nos ambientes nos quais estas são constituídas, as condições financeiras adequadas e um bom relacionamento familiar mostraram-se importantes no relato de alguns participantes para sua satisfação com a vida.

_ “Lógico que tô vixe(...)As coisas que ajudam é que graças a Deus não me falta nada dentro de casa, tenho minha aposentadoria, os filhos graças a Deus são tudo bom pra mim, então isso ajuda muito a gente né(...)tem as amigas da gente né(...)a gente vai, por exemplo, vai num terço, vai numa missa. Tem muita conversa, muita coisa né. Isso aí eu acho que ajuda muito a cabeça” (A. 82 anos).

“_A situação financeira não é muito ruim. Eu e minha irmã, nós gastamos 830 meu e mais 415 dela? Não. Então to satisfeito. A gente tem uma boa convivência, tem uma boa amizade. Eu tenho uma amizade aqui, que eu não posso nem ir na cidade, que é “ow J... ow não sei o que”. E quando eu trabalhei no “Muarama”, meu Deus do céu. No centro eu conheci todo mundo(...)cada amigo seu conversa uma coisa, conta coisas pra você e tal. Agora você abaixar a cabeça, ficar em casa, não sair é triste. A vida não é assim não”(J. 75 anos).

b) Doença e falta de atenção impossibilitando satisfação total

No que diz respeito à subcategoria, *Doença e falta de atenção impossibilitando satisfação total*, uma das entrevistadas contou que está satisfeita em um ponto e em outro não:

_ “Eu to(...) num ponto, num outro não to não, porque eu não sinto bem. Eu sinto um mal estar, um corpo ruim, e não posso chegar perto de um filho e falar ‘nossa hoje eu não to bem’, eles acham que é...porque eu nunca queixei, nunca(...) Se eu queixo acham que é manha(...)As pessoas não acreditarem no que a gente ta sentindo dói muito(...)fico satisfeita quando eu venho aqui no Grupo Descontração, eu gosto. No PIC, na Ginástica, eu gosto, porque é assim...é um ambiente que é da gente. Eu gosto, eu me sinto feliz, eu sinto bem” (S. 79 anos)

Nota-se que a satisfação desta idosa também esta relacionada às redes de suporte social bastante discutidas na subcategoria acima. Entretanto, S. destacou que não está satisfeita totalmente com sua vida, devido aos problemas de saúde que apresenta e pela falta de atenção dos familiares.

Para Neri (2003) as doenças, as perdas de papéis ocupacionais e as perdas afetivas, freqüentemente mais ocorrentes em idosos do que em adultos jovens, podem ocasionar diferentes graus de ansiedade, dependendo da história pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, do nível social e dos valores de cada um.

Percebe-se que para S., o fato dos familiares não acreditarem nas suas queixas, gera nela sentimentos ruins relacionados a falta de atenção, a falta de cuidados e a falta de apoio afetivo, que são buscados em meios extra-familiares, como por exemplo, o Grupo de Descontração e Saúde. Este grupo, além de potente na promoção de saúde, se apresenta como um espaço de acolhimento, de atenção e de trocas afetivas, que se mostra

transformador na vida dos idosos participantes, pois faz com que eles enxerguem alternativas para o seu bem-estar, resignificando seus papéis sociais.

Na literatura, alguns autores (SLUZKI, 1997; VALLA, 2000) relatam que o apoio social pode contribuir para manutenção da saúde das pessoas, aumentando a sobrevivência e acelerando os processos de cura. Destacam ainda, que as redes de apoio ajudam na superação de acontecimentos considerados marcantes para a vida dos sujeitos (morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, a perda de papéis sociais, o despejo da casa ou mesmo a institucionalização), sendo junto com o convívio com outras pessoas uma importante estratégia para viver com qualidade de vida.

c) Condições Financeiras impossibilitando satisfação total

Ainda referente a satisfação com a vida, uma idosa referiu que não está satisfeita totalmente, devido a falta de condições financeiras atuais, o que evidencia mais um vez que fatores econômicos influenciam na percepção dos idosos em torno de sua qualidade de vida.

— “Ah...tô satisfeita, mas poderia ser melhor. Poderia estar melhor minha vida(...)Ah maneira de eu viver, porque eu tinha a minha casa e hoje eu já não tenho. Questões financeiras, a gente podia ter mais dinheiro e não tem...fazer o que?”(Z. 68 anos).

Resumidamente a quarta categoria, **Satisfação com a vida**, apontou para o fato de que ter amigos, bons relacionamentos, condição financeira, e envolver-se em atividades sociais, religiosas e de lazer deixam os idosos mais satisfeitos com a vida. A falta de condições financeiras, problemas familiares e doenças dificultam a satisfação, porém são questões colocadas em segundo plano para estes idosos, evidenciando que a rede de suporte social é de extrema importância para estes idosos terem uma melhor qualidade de vida.

4.1.5 Importância das atividades sociais e de lazer para qualidade de vida

Com o aumento considerável do tempo livre dos idosos, decorrente normalmente da desobrigação do trabalho e do cuidado com os filhos, as atividades sociais e em especial as de lazer tornam-se elementos importantes para que iniciativas voltadas às questões da qualidade de vida e do preenchimento qualitativo deste tempo livre sejam realizadas, no

sentido de libertar essa população dos estereótipos sociais que os rotulam como improdutivos e decadentes (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005).

De acordo com Camargo (1992, p.11) lazer pode ser definido como: “... tempo precioso onde se pode executar com criatividade as alternativas de ação ou participação”.

Neste estudo, todos os idosos referiram que além da participação nos grupos de promoção de saúde, têm outras atividades sociais e/ou de lazer que os fazem se sentirem bem e felizes. Tal fato pode demonstrar que para os idosos desta pesquisa, as atividades sociais e de lazer são de extrema importância para a sua qualidade de vida.

_ “Eu saio, vou passear. Agora há pouco tempo estive lá no Ceará(...)vou viajar(...)meu neto ta me ‘torturando’ pra nós irmos fazer uma viagem de navio, vamos ver né(...)Eu gosto muito, costumo ir com a família, já fui com excursão, com amigos. De vez em quando vou pra Santos, nós temos colônia de férias lá(...)Vou dançar no Palestra, vou dançar naquele clube...como chama...no Iate”(F. 88 anos).

_ “Ah, vou na casa da filha, lá eu trabalho, vou duas vezes por semana, vou lá faço todo meu serviço, aí venho pra casa, tudo numa boa. Vou na missa, tudo uma coisa gostosa que a gente pratica. Vou nas viagens quando eu posso ir”(I. 71 anos).

_ “Ah, às vezes eu vou pescar com um colega meu. Eu tenho muitos amigos, não tenho inimizade com ninguém. Por quê você vai fazer inimizade?Eu quero mais amizades”(J. 75 anos).

_ “(...) Grupo da Terceira Idade ali na Central, que eu participo da hipertensão (...) Tem muita atividade, muita coisa, passeio, excursão, informação de todo jeito, às vezes entrega jornalzinho, até receita de o que a gente pode comer o que não pode nós recebemos. É muito bom”(P. 71 anos).

O estudo de Gáspari e Schwartz (2005, p.74) sobre o idoso e a ressignificação emocional do lazer, concluiu que:

“Com maior acesso à informação e à participação ativa em diferentes vivências, o idoso vem tendo oportunidades, nos mais diversos âmbitos, inclusive no contexto do lazer, de ressignificar sua existência, sua aprendizagem, sua importância como cidadão detentor de

direitos e garantias legais, seu envelhecimento, sua própria velhice e os níveis de sua efetiva participação dentro da sociedade”.

Assim, conforme ilustrado nas falas, percebe-se que o trabalho, a participação em grupos, os passeios, as viagens, ir pescar, sair para dançar são atividades importantes na manutenção da qualidade de vida desses idosos da pesquisa, pois os mantêm em contato com outras pessoas e lugares, fazendo com que eles se percebam como parte integrante da sociedade.

4.1.6 Os Grupos de Promoção de Saúde

Esta última categoria foi subdividida em duas subcategorias: a) *Grupo como importante no fortalecimento da rede social de apoio e integração da comunidade com os serviços de saúde;* b) *Grupo como importante fator de mudanças positivas e melhora da qualidade de vida dos sujeitos.*

a) Grupo como importante no fortalecimento da rede social de apoio e integração da comunidade com os serviços de saúde

Para Garcia et al (2006) os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo à organização local, pelo fato de facilitarem o exercício da cidadania, através de projetos comunitários. Ademais, possibilitam que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente) e o relacionamento interpessoal e social.

Neste sentido, os Grupos de Promoção de Saúde auxiliam na formação de uma rede suporte social, a qual é fundamental na assistência as necessidades dos sujeitos, pois possibilita a integração entre os serviços e profissionais de saúde com a comunidade e os diversos setores sociais. As redes sociais em saúde são representadas por um conjunto de sujeitos ou organizações em diálogo procurando e construindo saúde. Ela torna-se essencial na garantia de “proteger” as pessoas ou diminuir sua “vulnerabilidade”, já que possibilita não só a promoção da saúde, mas também ganhos secundários como a formação de amizades, namoros, iniciativas de geração de renda, atividades artísticas e de lazer, atividades físicas, dentre outras que fortalecem uma rede de relações produtoras de saúde (BRASIL, 2005).

Assim, no que se refere à subcategoria, *Grupo como importante no fortalecimento da rede social de apoio e integração da comunidade com os serviços de saúde*, seis dos entrevistados contaram que conheceram os grupos através de uma Agente Comunitária de Saúde, evidenciando o importante papel deste profissional da saúde, no que se refere à aproximação da comunidade com os serviços de saúde.

_ “Ah pela minha filha... pela moça que visitava minha casa, através do Programa de Saúde da Família. Minha filha e a moça são agentes de saúde aqui no Posto. Me informou sobre o Grupo. (...) Nossa, mas foi ótimo viu. Aí eu comecei a vir no de dança e aí começou também o da G., o Descontração e Saúde, aí eu já entrei (...)” (Z 68 anos.)

_ “Olha eu conheci através de um convite de uma agente que ia abrir esse curso. Então aí que eu comecei a participar do Postinho aqui da Vila. Antes nunca tinha ocupado. Foi depois que começou o Programa de Saúde da Família. Eu aí fui... participei, inclusive já tive orientação médica, já usei pra outras coisas além de participar do Grupo” (C. 61 anos).

Na fala de C. em especial, fica claro que anteriormente ao contexto do PSF, hoje consolidado como ESF, a integrante do grupo não tinha qualquer vínculo com a Unidade Básica de Saúde de seu bairro. Após o contato com a agente comunitária de saúde e, a posterior inserção em um dos grupos de promoção de saúde do local, esta passou a conhecer e a freqüentar a Unidade, consolidando o trabalho de aproximação dos serviços de saúde com a comunidade.

De acordo com Garcia et al (2006), os grupos são estratégias que facilitam o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, interferindo positivamente na adesão ao tratamento e a medidas de prevenção.

Três dos entrevistados contaram que conheceram os grupos através do convite de outros participantes, o que pode demonstrar o quanto os integrantes dos grupos se envolvem e os divulgam como importantes para a formação de amizades, distração, saúde e qualidade de vida.

_ “Ah foi muito engraçado (risos), porque quando eu tava com depressão eu andava pra rua sozinha, ai meu deus do céu (risos). Um dia eu parei na pracinha lá embaixo, ali na pracinha da Nossa Senhora do Rosário. Faziam Ginástica lá

ainda, faz bastante tempo. Aí eu cheguei lá meio assustada, meio deprimida e aí foi a A. (refere uma participante do Grupo de Dança). Ela que chegou até mim e começou a conversar, nem me lembro bem o que ela falou, mas sei que ela me deu aquele aconchego(...) fiquei conhecendo naquela hora. A partir daí foi essa amizade que eu tenho com ela até hoje, gosto muito dela e bem dizer foi ela que me levou” (M. 73 anos).

A entrevistada revelou que uma integrante de um dos grupos, ao perceber que ela estava triste convidou-a para se inserir no grupo, possivelmente por considerar que ele é um espaço promotor de saúde.

Uma outra participante contou que freqüentava um grupo da igreja e via os grupos do posto no mesmo local.

— “Conheci assim, porque eu ia indo num aqui na rua debaixo. Não... um na igreja da Vila Tibério, aí lá eu passei a conhecer a R. (que ajuda no Grupo do Posto) sabe, aí eu pedia pra ela me ensinar a fazer macramê... aí ela falava “I. então vem pra cá”. Aí a dona, coordenadora do outro grupo, ela não me deixou passar. Aí quando foi no ano seguinte eu nem foi pro outro grupo já vim direto pro lado dela e to até hoje” (I. 71 anos).

A participante explicou em outra fala que no grupo da igreja não tinha a atenção que recebeu no Grupo de Promoção de Saúde.

— “Ah, aqui eu achei melhor devido as amigas, tudo dada, tudo legal, gente boa. E lá sempre tinha uma que era mais chegada, outra que não era, outras vezes desfaziam de você. Às vezes a gente pedia pra te ensinar e falavam depois eu te ensino e daí nem me ensinava(...)” (I. 71 anos).

Percebe-se que para ser um grupo promotor de saúde é necessário que certos objetivos sejam cumpridos, percebidos e sentidos pelos sujeitos que fazem parte deste grupo. Grupos de Promoção de Saúde possuem objetivos específicos, que se diferem dos outros grupos que muitas vezes constituem-se em reuniões de pessoas que estão num mesmo local, mas não trocam experiências e nem percebem o seu papel social. Pelos relatos dos idosos integrantes dos Grupos de Promoção de Saúde da pesquisa, estes parecem cumprir com tarefas promotoras de saúde, dentre elas: a formação de uma rede de

apoio social, o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde, o desenvolvimento da autonomia, a troca de experiências e a percepção da saúde relacionada aos aspectos físicos, psicológicos e sociais.

b) Grupo como importante fator de mudanças positivas e melhora da qualidade de vida dos sujeitos

Em relação à subcategoria, *Grupo como importante fator de mudanças positivas e melhora da qualidade de vida dos sujeitos*, todos os entrevistados referiram que os Grupos de Promoção de Saúde são importantes e mudaram para melhor suas vidas.

Os idosos entrevistados manifestaram que após participarem dos Grupos de Promoção de Saúde ocorreram mudanças significativas em vários aspectos de suas vidas. Afirmaram que após frequentarem os Grupos conheceram muitas pessoas e fizeram amizades, fortalecendo vínculos que se estenderam além do espaço grupal.

– *“Ah eu acho muito importante. Eu não vou largar nunca, até quando eu tiver vida e saúde eu vou vir (...) eu acho que minha vida agora tá melhor. Depois que eu comecei a vir no Grupo eu já fico esperando quinta-feira pra vir (risos). Eu gosto muito de dançar, adoro e gosto do povo também, nossos amigos (risos). O Grupo também sai junto pra outros lugares (...)” (D. 71 anos).*

– *“Teve mudança sim. Muita amizade, porque aqui eu não conhecia quase ninguém (...) Quase não saía de casa (...) nem mercado (...) agora eu enfio a cara e vou (...) só fazia atividade caseira (...) o dia de eu vir no Grupo, eu já almoço logo, procuro almoçar logo, já me arrumo (...) eu tô fazendo outra maneira de viver né. Eu acho que tá muito gostoso assim. Tem as amizades, é muito bom mesmo” (Z. 68 anos).*

Percebe-se nas falas acima, que além da formação de vínculos e amizades, a participação nos Grupos proporcionou transformação na rotina de vida dos idosos da pesquisa, já que antes de participarem dos encontros grupais não tinham o costume de sair de casa e, portanto, não conheciam muitas pessoas do próprio bairro. Desta forma, os Grupos de Promoção de Saúde proporcionaram uma nova realidade para os participantes, que passaram a conhecer mais pessoas, a sair mais de casa, ter maior independência e autonomia e preocupação com seu bem-estar físico, mental e social.

Estas questões são percebidas nas próximas falas, nas quais alguns entrevistados destacaram que as atividades realizadas nos grupos, ou seja, a dança, os jogos, as atividades manuais, entre outras atividades de lazer, possibilitam distração, melhora na saúde e na qualidade de vida, já que tiram o foco da doença e dos problemas, fazendo com que estes sejam esquecidos e encarados de outra forma.

– *“Houve pra melhor né. Eu ia ficar só dentro de casa fazendo serviço (...) Melhora mais, porque aqui você tá pra distrair a cabeça, dança, conversa com outro, tem uma boa amizade. Se a gente vem num ambiente igual aqui sadio você tem que ficar feliz, todo mundo. Você já viu alguma briga aqui? Homem com homem, mulher. Aqui não tem não. Ambiente muito bom”*(J. 75 anos).

– *“Ah houve né, porque a gente não fica aqui dentro de casa pensando só em doença(...)A gente vai lá, distrai muito, esquece de muita coisa né. Então faz muito bom pra saúde da gente sim(...)a gente joga, brinca, faz brincadeira, conversa bastante. Fizemos um jogo de dominó. Ontem jogou bastante dominó, bastante peteca. As pessoas que participam levam as coisas, a gente se diverte”*(A. 82 anos).

– *“(...) A importância desse Grupo na minha vida é que é uma coisa muito boa. Você se sente feliz, se sente bem, tem umas amigas legais que você dá risada, você brinca (...) Você se sente bem, você se sente aliviado (...) se tem algum problema você esquece do problema (...) antes era muito ruim né. A gente não tinha assim... uma realidade pra ir (...). Agora eu venho no Grupo e me sinto muito feliz. Tem companhia, tem minhas amigas que eu amo elas tudo, graças a Deus. Aprendo a fazer as coisas, chego em casa faço minhas coisinhas, não vejo a hora de chegar terça pra retornar, muito bom”* (I. 71 anos).

– *“... antes eu ficava só em casa cuidando de filhos, cuidando de netos, cuidando de tudo isso. E hoje eu tenho mais tempo pra cuidar de mim e participar das coisas que eu gosto”* (P. 71 anos.).

De acordo com Bock e Aguiar (1995), a promoção de saúde possibilita aos sujeitos compreender e transformar as suas relações sociais. Os três Grupos de Promoção de Saúde desta pesquisa possibilitaram, além de distração e lazer, as trocas de experiências e

interações entre os participantes e, diante disto, conforme os próprios integrantes relataram, houve uma transformação significativa destas relações sociais, na medida que os encontros grupais possibilitaram aos participantes novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio, além de uma percepção de melhora na saúde e conseqüentemente na qualidade de vida destes.

_ “A importância... ah faz parte da minha vida, porque a gente tem que procurar alguma coisa que faz bem pra gente então a dança pra mim nossa é uma coisa...eu sou frustrada por não saber dançar, mas eu amo a dança(...)Então com aquela depressão que eu tava era muito difícil pra mim, nossa senhora, mas agora não, porque depois que eu encontrei esse apoio aqui (referindo-se ao Grupo) eu me soltei, aqui eu me curei”(M. 73 anos).

_ “Olha eu acho que como um todo ele me deixa crescer como ser humano. Então me faz bem pro meu ego e também pra minha cabeça. Eu aprendo e também tenho com quem conversar, ensino, passo o que sei. É uma troca, ali todo mundo dá uma troca(...)Eu fiquei num estado muito depressivo durante três anos, em que eu não saía de casa. Eu não atravessava a rua. Eu ia até o portão, onde eu me sentia segura. Daí pra frente eu não ia. Então eu fui fazer um tratamento e aí cheguei até o Grupo e aí foi muito bom pra mim. Além de sair pro Grupo, consegui sair pra outros lugares”(C. 61 anos).

Nota-se nas falas acima que para os participantes, os Grupos têm se mostrado muito importantes, sendo especialmente significativos para conquistas ligadas à própria saúde dos sujeitos que se inserem neles. Os participantes relacionaram a participação nos Grupos como fatores essenciais na cura e/ou melhora da depressão, pois consideram que o espaço grupal permite trocas de experiências, aprendizados e vínculo com outras pessoas.

Segundo Santos et al. (2006), os grupos de promoção de saúde (GPS) constroem seus objetivos com o intuito de potencializar as capacidades dos sujeitos, gerando mudanças de comportamento, desenvolvimento da autonomia e enfrentamento de condições geradoras de sofrimento. Desta forma, parece que os Grupos desta pesquisa atingem os objetivos propostos para um GPS.

Sinteticamente este último grande tema, **Os Grupos de Promoção de Saúde**, apontou que os idosos, ao participarem de pelo menos um dos Grupos de Promoção de

Saúde da pesquisa, passaram a se cuidar mais e a se sentirem mais felizes e mais saudáveis, devido às amizades formadas, as trocas de experiências, as atividades que aprenderam (dança, artesanato, jogos, brincadeiras, conversas) e as mudanças de rotina (sair de casa, ter atividades de lazer) proporcionadas no espaço grupal, evidenciando a importância destes grupos na melhora da qualidade de vida dos idosos, na formação de uma rede social e na integração da comunidade com os serviços de saúde, principalmente aqueles orientados pela ESF, cuja atuação visa à promoção da saúde e a qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das entrevistas e das observações participantes, este estudo, que teve como objetivo analisar as percepções de idosos em relação a sua qualidade de vida, com vistas à integralidade da assistência, após a adesão destes a Grupos de Promoção de Saúde em funcionamento no CSE da Vila Tibério, em Ribeirão Preto-SP, apontou para a importância de se colocar em prática as políticas voltadas às questões do envelhecimento populacional e às novas concepções de saúde, para que os idosos vivenciem de forma natural e com qualidade esta fase da vida. Para tal, as pesquisas devem buscar o entendimento das reais necessidades destes idosos em torno da sua qualidade de vida, a fim de que ações efetivas sejam criadas centradas nas pessoas e nos seus “quereres”.

Durante o trabalho de campo e na realização das entrevistas foi possível conhecer as percepções, impressões e opiniões que os idosos manifestaram em torno da própria vida, em especial, as que se relacionavam aos significados de qualidade de vida, saúde e bem-estar percebido. Foi possível notar que, pelo fato de estarem inseridos em ações promotoras de saúde, em especial, participando de um ou mais grupos de promoção de saúde construídos no contexto da ESF e mantidos com a Equipe de Agentes Comunitárias de Saúde, os idosos deste estudo demonstraram ter conhecimentos ampliados em torno das temáticas sugeridas acerca do envelhecimento, da satisfação com a saúde e com a vida. Além disso, ficou evidente nos relatos e observações que para estes idosos as ações de promoção de saúde são de extrema relevância para a melhora da qualidade de vida destes, seja em seus aspectos físicos, mentais e/ou sociais.

Em relação aos sentimentos de como é ser idoso no Brasil, os idosos entrevistados manifestaram aceitar e viver bem com a idade que apresentam, pelo fato de terem autonomia e independência na realização de suas AVDs e AIVDs, evidenciando tais fatores como positivos em suas vidas e essenciais para o bem-estar na velhice. Neste sentido, podemos inferir que na opinião destes mesmos idosos, as dificuldades na autonomia e na independência poderiam gerar sentimentos ruins em relação ao envelhecimento, o qual poderia ser associado a fatores negativos, relacionados a perdas físicas e/ou mentais, perdas de papéis sociais, sobrecarga familiar, desrespeito, dentre outros aspectos que “deterioram” a imagem do idoso.

Ainda em relação aos sentimentos do que é ser idoso no Brasil, foi colocada a questão do respeito, ou seja, se eles acham que as pessoas no geral e a família os respeitam. Conforme foi relatado, os idosos que se sentem respeitados já viram outros idosos serem

desrespeitados, o que pode demonstrar que no geral as pessoas ainda tratam o envelhecimento com descaso e desrespeito. Os idosos que revelaram sentirem-se desrespeitados ressaltaram que a própria família é responsável pela falta de respeito, seja na forma de abusos financeiros e/ou abusos do apoio prestado pelo idoso. Destacaram ainda, que muitos familiares insistem em mantê-los na dependência e dominação, impedindo-os de manifestar suas vontades e a participar das decisões familiares.

Estas questões relativas aos relacionamentos familiares são de extrema relevância para o estudo do envelhecimento, cabendo ressaltar que as atitudes dos familiares podem estar relacionadas à educação, meios culturais e sociais vivenciados por eles e também a falta de informação, de diálogo e de vínculo afetivo com o idoso.

No que se refere aos relatos em torno da satisfação dos entrevistado com a saúde, percebe-se que eles demonstraram se sentirem saudáveis devido às práticas de bons hábitos e de cuidados com si próprios, sendo que a autonomia e a independência nas AVDs são vistas por eles como fatores positivos para a saúde. Estes idosos destacaram ainda, que os bons relacionamentos com os amigos, as atividades de lazer e os Grupo de Promoção de Saúde são meios “potencializadores” para o sentimento de bem-estar.

Quando questionados em torno do que dificulta ter saúde, os idosos da pesquisa relataram que dificuldades nos relacionamentos familiares, maus hábitos, as doenças e perdas físicas e mentais são os principais fatores que dificultam a satisfação com a saúde. É importante ressaltar, que apesar das dificuldades descritas, apenas uma idosa relatou não ter saúde, devido a co-morbidades de doenças. Isto pode evidenciar que estes idosos ao se envolverem com atividades de promoção de saúde passaram a valorizar e privilegiar os aspectos positivos referentes à própria saúde.

A idéia atual de saúde vai além de ausência de doença, e, portanto é associada a sentir-se bem e feliz, e as trocas de experiência e vivências com o outro. Através dos relatos dos idosos participantes dos grupos de promoção de saúde, entendemos que as pessoas que “constroem” esses grupos, a equipe de saúde em conjunto com a comunidade, apresentam também uma visão ampliada da saúde, na medida que organizam e realizam esses grupos de acordo com as necessidades apresentadas na comunidade. Desta forma, na opinião dos idosos da pesquisa, esses grupos respondem a suas expectativas relacionadas a criação de um espaço de acolhimento, escuta, atenção, no qual atividades de lazer, trocas, fortalecimento de vínculos podem ser criados, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Nas falas dos entrevistados, a qualidade de vida foi considerada como algo positivo para a saúde e para a vida, estando relacionada, para a maioria deles, aos cuidados

pessoais, ao bem-estar, hábitos saudáveis (alimentação, sono), atividades de lazer e boas amizades. Entretanto, alguns idosos referiram que a qualidade de vida está relacionada à boa condição financeira, demonstrando que para estes entrevistados a falta de condições financeiras impossibilitaria as pessoas de terem atividades de lazer, boa alimentação, dentre outras coisas.

Pelos relatos dos idosos a qualidade de vida foi percebida também como a satisfação com a vida. Os sujeitos da pesquisa apontaram os mesmos fatores, ou seja, ter amigos, bons relacionamentos, condição financeira, e envolver-se em atividades sociais, religiosas e de lazer, tanto ajudando na satisfação com vida quanto para se ter qualidade de vida.

Destacaram ainda em suas falas que, o trabalho, a participação em grupos, os passeios, as viagens, ir pescar, sair para dançar são atividades importantes na manutenção de sua qualidade de vida, pois os mantêm em contato com outras pessoas e lugares, fazendo com que eles se percebam como parte integrante da sociedade.

Os participantes da pesquisa, quando perguntados sobre o que dificulta a sua satisfação com a vida, associaram a insatisfação à falta de condições financeiras, problemas familiares e doenças. Entretanto, foi possível perceber ao longo do trabalho com estes idosos e também em seus relatos, que as dificuldades encontradas, sejam elas relacionada à saúde ou relacionadas à vida, são colocadas em segundo plano pelos entrevistados. Eles privilegiam em suas vidas os fatores positivos e as ações que colaboram para o seu bem-estar.

Desta forma, fica evidente a extrema importância da rede de suporte social para estes idosos terem uma melhor qualidade de vida.

Nesta pesquisa, os Grupos de Promoção de Saúde, se mostraram fortes auxiliares na formação de uma rede de apoio social, na melhora de qualidade de vida e na integração da comunidade com os serviços de saúde, principalmente aqueles orientados pela ESF, cuja atuação visa à promoção da saúde e a qualidade de vida, através da atenção integral, equitativa e resolutiva de acordo com os princípios do SUS.

Os idosos manifestaram que após participarem de pelo menos um dos Grupos de Promoção de Saúde pesquisados, passaram a se cuidar mais, a se sentirem mais felizes e mais saudáveis. Eles relacionaram tais conquistas às amizades formadas, as trocas de experiências, as atividades aprendidas (dança, artesanato, jogos, brincadeiras, conversas) e as mudanças de rotina, proporcionadas no espaço grupal, evidenciando a importância destes grupos na melhora da qualidade de vida e na formação de uma rede social.

Nota-se assim, que a percepção em torno da qualidade de vida dos idosos após participação nos grupos de promoção de saúde modificou-se. Tal fato pode ser visto, não só pela ênfase dadas nos encontros em torno de práticas promotoras de saúde que podem gerar novas informações, novos conhecimentos, novas formas de se relacionar e de enxergar a saúde e a vida, mas também pelas falas dos entrevistados em torno das mudanças percebidas em suas vidas relacionadas a melhora da saúde e dos vínculos sociais, após freqüentarem os grupos.

Em suas falas em torno da importância dos grupos de promoção de saúde em suas vidas e das mudanças que eles trouxeram para elas, os idosos manifestaram que houve uma transformação importante em suas vidas. Muitos destes idosos ressaltaram que antes de participarem destes grupos mal saíam de casa e, por conseqüência, não conheciam muitas pessoas do próprio bairro. Eles ficavam ocupados apenas com serviços domésticos, não tendo atividades de lazer e prazerosas. Os Grupos de Promoção de Saúde trouxeram uma nova realidade para os participantes. Estes passaram a conhecer mais pessoas, a sair mais de casa, ter maior independência e autonomia e preocupação com seu bem-estar físico, mental e social, formando vínculos de amizades, vínculos com a equipe e os serviços de saúde e vínculos com os seus próprios sentimentos que passaram a ser manifestados e levados em consideração na busca de uma melhor qualidade de vida.

Vale ressaltar que diante de questões tão complexas como o envelhecimento, a qualidade de vida e a promoção de saúde, novos estudos são necessários para um maior aprofundamento e compreensão de ações que colaborem para que não só os idosos, mas todas as faixas etárias, tenham suas necessidades levadas em consideração na criação das práticas de saúde, especialmente num contexto de ESF, no qual se busca um atendimento usuário-centrado e a utilização de tecnologias de escuta, acolhimento em conjunto com os conhecimentos técnicos. Possíveis desdobramentos deste estudo podem se relacionar a entender as necessidades de outras populações em relação a como percebem sua qualidade de vida, para que práticas válidas sejam criadas visando atender o que as pessoas vêm buscando para suas vidas. Também devem ser feitos estudos que foquem as ações dos Grupos de Promoção de Saúde como potentes para a qualidade de vida, ou então estudos específicos de alguma categoria encontrada neste estudo como, por exemplo, sentimentos em torno do que é ser idoso, dentre outros.

Pensamos que as observações e as entrevistas analisadas propiciaram um rico material que poderá ser usado para novas pesquisas. Ademais, entender a opinião dos idosos em torno dos fatores que influenciam a sua qualidade de vida possibilitou a

discussão de novas intervenções em saúde, junto a população que envelhece e que vem crescendo consideravelmente, sem que políticas adequadas estejam totalmente organizadas para atender a este contingente populacional. Esta pesquisa, através das falas dos sujeitos, aponta algumas alternativas, que dependendo do contexto em que for pretendido inseri-las, podem ser usadas como tentativas de melhora na qualidade de vida e da integralidade da assistência.

É importante destacar que para o alcance da integralidade, seja ela referente aos sujeitos e/ou a assistência em saúde, este estudo trouxe resultados relevantes, na medida que reconhece a importância da valorização dos sujeitos como seres singulares e com vontades próprias, as quais devem ser levadas em consideração para que as condutas em saúde sejam mais resolutivas e visem as reais necessidades daqueles que buscam o cuidado.

Os dados aqui analisados também demonstraram que as ações promotoras de saúde, desenvolvidas com um novo olhar, o uso de tecnologias mais relacionais, e de trocas entre os saberes técnicos e populares, necessitam de ações intersetoriais e de um processo de formação e capacitação permanente voltado à construção conjunta de relações que vão além do interior das equipes de saúde, e que passam a influenciar as práticas organizacionais e interinstitucionais, de modo que a comunidade e os sujeitos tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam a sua saúde, objetivando escolhas mais saudáveis e que façam sentido para eles.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2001. 3ed, p. 157-166.

ALBUQUERQUE, A.S.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, p.153-64, 2004.

ALMEIDA, M. C.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**, n.9, p. 150-153, ago. 2001.

AMARAL, L.A. **Resgatando o passado: deficiência como figura e vida como fundo**. 1987. 144p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

ARAÚJO, L.F. COUTINHO, M.P.L. SANTOS, M.F.S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Revista Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v.18, n.2, p.89-98, mai./ago.2006.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção Primária de Saúde X Sistema Único de Saúde: apontamentos para um debate. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.6, n. 23, p. 78-88, 1993.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, Feb. 2004a.

AYRES, J. R. de C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004b.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.B & BALTES, M.M. editor. **Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge University Press, 1990. p.1-27.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOCK, A. M. B.; AGUIAR, W. M. J. Por uma prática promotora de saúde em orientação vocacional. In BOCK, A.M.B. et al. **A escolha profissional em questão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995, p. 9-23.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n 1 (3), p. 68-80, janeiro-julho/2005.

BOWLING, A. Health related quality of life: discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A., editor. **Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales**. Philadelphia: Open University Press; 1995. p.1-19.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília.

_____. Política Nacional do Idoso. Decreto nº 1.948, de 3 de junho de 1996. Brasília.

_____. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. MS, Brasília, 1996.

_____. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de Aprendizagem- análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/corso_facilitadores-analise.pdf>

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.(Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177. Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO FILHO, E.T.de; PAPALEO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica, terapêutica.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005

CAMARGO, L.O. L. **O que é lazer.** 3 ed. São Paulo: Editora Brasiliense (1986), 1992.

CAMPOS, G. W. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9 , n.3, p.745-749, 2004.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. p.79-95.

CASTRO, C.G.J, LEFÈVRE, A.M.C. A promoção de saúde e o planejamento estratégico. In: LEFÈVRE, F.; CAVALCANTI, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 75-84.

CAVAN, R.(1965). Family tensions between the old and the middle aged. In: VEDDER, C. (org.). **The Problems of the Middle Aged Springfield**, Thomas Publishing Co.

CECCIM R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)** [online]. 2005, v. 9, n. 16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde**, 2000.

COTTA et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**: Pan Am J Public Health, v.11, n. 4, Washington, 2002

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. .

DEBERT,G.G. **A Reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do Envelhecimento.** São Paulo:Editora da Universidade de São Paulo:Fapesp, 2004.

DENZIN, N.K.; LINCOLN,Y.S. Handbook of qualitative research. In: TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construções teóricas epistemológica - discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

DIOGO, M.J.D. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2003, v.13, n.6, p.1-9.

FEATHERMAN, D.L.; SMITH, J.; PETERSON, J.G. Successful aging in post retired society. In: BALTES,P.B & BALTES, M.M. editor. **Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge University Press, 1990. p.1-27.

FERRAZ A.F., PEIXOTO M.R.B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n.2, p. 316-338, 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A. et al. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.793-799, 2003

FONSECA, M.M. da; GONÇALVES, H.S. Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**, v.7, n.2, p. 121-128, 2003,

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.147-58, set.2004/fev.2005.

GARCIA, M. A. A. et al . Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 9, n. 18, 2005.

GASPARI, J. C. de; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 1, p.69-76, 2005

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.109-32.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.); DESLANDES, S.F. ;CRUZ, O.N.; GOMES, R. **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.67-80

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise e Dados**, 1994. v. 10, n. 4, p. 138-153, Mar. 2001.

HABERMAN, M. et al. Quality of life of adult long-term survivors of bone marrow transplantation: a quality analysis of narrative data. **Oncol Nurs Forum**, v. 20, p. 1545-1553, 1993.

HUNT, S. M.; MCKENNA, S. P.; MCEWEN, J.; BACKETT, E. M.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **J Epidemiol Community Health**, v.34:, p 281-286, 1980.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R.. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de. Saúde Pública** [online], v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

JOIA, L. C.; RUIZ, T. e DONALISIO, M. R.. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.3, p.187-194, 2008.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. **Boletim de Psicologia**, v. 48, p. 25-47, 1994.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. 166 p.

LEME, L. E. G. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALETTO NETTO, M..(Org.). **Gerontologia Social**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 3 ed., p. 17-37.

MATTOS,R.A. Os sentidos da integralidade:algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO,2001.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, L.M.C. **A compreensão dos pesquisadores da odontologia sobre ética em pesquisa com seres humanos**, 2002. 135 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 269p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000 v 5,n.1, p:7-18.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A(org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.11-35.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.783-791, mai./jun., 2003.

MOREIRA, C. A. **Atividade física na maturidade**. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

NERI, A.L. Análise de conteúdo de amostra de dissertações e teses em psicologia e Ciências Sociais produzidas no Brasil no período 1975-1996. Texto e Contexto. **Revista de Enfermagem (UFSC)**, v.6. n. 20, p. 69-105, 1997.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. 5. ed. Campinas: Papirus, 2003. v.1. 285 p.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. **Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OSÓRIO, L.C. **Grupos: teorias e práticas acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252 p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO,R.P.; SALLES,R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento In: CARVALHO FILHO, E.T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, p. 19-34.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO,R.P.; SALLES,R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratato de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 4, p. 39-56.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratato de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 48, p. 609-621.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. do E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 17 -24, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm

PINHEIRO, R. Integralidade e Práticas de Saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. In: **BOLETIM ABEM**. Rio de Janeiro, 2003. v.1, n.1, p 8-11.

PINHEIRO,R.; GUIZARDI,F.L.Quando dádiva se transforma em saúde:algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: _____ **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2004. p.37-55.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-798, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatrics e Gerontologia**, v.4, n.1, p.15-20, 2000.

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

SILVA, R. S. **Metodologias participativas para o trabalho de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

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

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, V. E. et al **Tratado de Geriatrics e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 47-57.

SOUZA, E. A. de, ARANHA, V. C., PINTO, K. O. Representação de qualidade de vida entre idosos do serviço de geriatria: uma abordagem psicanalítica. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 4, n.2, p.1-39, 2006.

SLUZKI, C. E. De como a Rede Social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a Rede Social. In: SLUZKI, C. E. (Org.) **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p.67-85.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** v.41, n.10, p. 1403-9, 1995.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY J, KUYKEN W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 p. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TURATO, R.E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JR., C.E.A. (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

VERAS, R. P.; ALVES, M.I.C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M.C. **Os muito brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. (Saúde em Debate, 79). p. 320-337.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro para os devidos fins, que participarei, por livre e espontânea vontade, da pesquisa de campo a ser realizada pela mestrandia Jennifer Tahan, como parte do Mestrado em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Esta pesquisa tem como objetivo pesquisar as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde com vistas à integralidade da assistência

Declaro, ainda, estar ciente de que esta pesquisa constará da aplicação de entrevistas, que serão gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, e serão feitas anotações em um diário de campo dos encontros do grupo de promoção da saúde, do qual a pesquisadora fará parte como observadora participante durante o período da pesquisa. Ademais, tenho claro que a minha participação não acarretará risco para minha saúde e as informações prestadas por mim serão classificadas como confidenciais. Além disso, será preservada minha privacidade e não serei identificado individualmente. Por fim, declaro estar ciente que minha participação será voluntária e que estarei, à vontade, para pedir esclarecimento e para me retirar do estudo, em qualquer fase, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização à minha pessoa.

Qualquer dúvida entrar em contato com a pesquisadora, Jennifer Tahan através do telefone: _____ ou com o professor responsável pela pesquisa Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho pelo telefone: _____.

Ribeirão Preto,/...../2009

Entrevistado

Pesquisador

APÊNDICE B ENTREVISTA

Data da Entrevista:

Local:

B.1) Dados pessoais do entrevistado

Nome: _____
 Data de nascimento: ____ / ____ / _____
 Idade: _____
 60 a 64 65 a 69 70 a 74 75 a 79 80 e mais
 Sexo: F M
 Cor: Branco Amarelo Pardo Preto
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____
 Tel : _____
 Tel de contato: _____

Situação ocupacional:

Trabalha atualmente? sim Em que? _____ não
 Aposentado? sim não Profissão anterior : _____

Tipo de Renda:

com rendimentos sem rendimentos
 Própria: _____
 até 1 sm de 1 a 2 sm de 2 a 5 sm mais de 5 sm
 Familiar: _____
 até 1 sm de 1 a 2 sm de 2 a 5 sm mais de 5 sm
 Principal fonte de Renda:
 trabalho pensão aposentadoria outros _____

Escolaridade:

analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto
 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo
 Número de anos de estudo? _____

Composição Familiar:

Estado Civil: Casado Solteiro Separado Divorciado Viúvo
 Filhos ? Sim Não Quantos ? _____
 Mora c/quem? Só Em instituição Acompanhado Especifique: _____
 Tipo de moradia: própria alugada
 Tipo de família: única convivente
 Você é o chefe da sua família? sim não

Em relação ao apoio social - intercâmbio de apoio entre gerações:

Recebe alguma ajuda? _____ Ajuda fornecida: _____
 Material De quem? _____ Material A quem? _____
 Funcional _____ Funcional _____

Instrumental () _____ Instrumental () _____

Em relação ao Grupo de Promoção da Saúde:

Qual Grupo de Promoção da Saúde frequenta e há quanto tempo:

B.1.1) Roteiro para entrevista semi estruturada

Temas envelhecimento, qualidade de vida e promoção da saúde.

- A partir de 60 anos no Brasil as pessoas são consideradas idosas. O que o senhor (a) pensa a esse respeito, e sendo idoso(a) o que isso significa para sr?
- O senhor se considera saudável? Por quê?
- O que ajuda e o que dificulta ter condições para ser saudável?
- O que o senhor (a) entende por Qualidade de Vida?
- O senhor (a) está satisfeito com a sua vida? Quais são as coisas, pessoas, locais que favorecem ou dificultam essa satisfação?
- O senhor realiza algum trabalho, atividade física; social ou de lazer fora do grupo?
- Como conheceu o Grupo de Promoção da Saúde? Por que decidiu participar? Qual a importância dele na sua vida? Houve alguma mudança na sua saúde após participação no Grupo?
- Comente como era sua vida anteriormente ao Grupo e como é agora.

APÊNDICE C OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

C.1) Diário de Campo

Participante n° _____ Sexo _____ Idade _____
Grupo de Promoção _____ Tempo de Participação no Grupo _____
Período da Observação _____

C.1.1) Itens a serem observados:

Leitura corporal:

- Condições de higiene e aparência
- Expressão Corporal
- Movimentação
- Postura

Comportamento:

- Assiduidade
- Pontualidade
- Grau de participação nas atividades
- Relacionamento com os demais participantes
- Emoções manifestadas

Depoimentos:

- Em que momentos ocorreram
- Registro das verbalizações (palavras chaves)
- Composição do texto (transcrição logo após as vivências a partir das palavras chaves)

ANEXO A
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do CSE

ANEXO B
Autorização do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério-FMRP-USP