

**Artigo**

**Grupos de promoção à saúde na qualidade de vida de idosos**

**Health promotion groups in elderly's quality of life**

Humberto Medeiros Wanderley Filho<sup>1</sup>  
Mayara Leal Almeida Costa<sup>2</sup>  
Iria Mariana de Medeiros Araújo<sup>3</sup>  
Camylla Rayanny de Sousa Almeida<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos e pode ser entendido como o agrupamento de alterações que um indivíduo sofre de forma progressiva. A Qualidade de Vida (QV) pode ser percebida como a consciência que o mesmo tem sobre si e sobre seu status e padrão de vida, bem como sua relação social, cultural e de valores, suas metas e perspectivas de vida. Os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) vêm mostrando resultados sobre o processo de saúde-doença e mudanças de hábitos de vida que oferecem risco à saúde. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção à saúde, na zona sul da cidade de Patos – PB. **Métodos:** Pesquisa de campo, transversal, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 40 idosos, sendo eles divididos em dois grupos: G1 – formado por 20 idosos participantes de GPS; e G2 – formado por 20 idosos que não participam de GPS, selecionados aleatoriamente. Os instrumentos utilizados foram o formulário biodemográfico e o WHOQOL-BREF. Para análise estatística, foi usado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para Windows

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos- FIP, Patos, Paraíba –Brasil. E-mail: humbertofilho\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora titular do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, Paraíba –Brasil.

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos, Paraíba –Brasil.

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos, Paraíba –Brasil.



**Artigo**

e a Sintaxe do WHOQOL-BREF. **Resultados:** Os resultados demonstraram que há uma maior participação de mulheres tanto no G1 (n=16) quanto no G2 (n=14). No G1, as principais atividades desenvolvidas eram palestras educativas, atividades aeróbicas e exercícios de alongamento, dança, caminhada e corrida leve. Os idosos do G1 apresentaram escores maiores para todos os domínios do formulário WHOQOL-BREF, com seus valores sendo apresentados numa escala modificada de 0 a 100 pontos: Domínio Físico – G1: 87,5 / G2: 51,07; Domínio Psicológico – G1: 86,25 / G2: 62,29; Domínio das Relações Sociais – G1: 87,92 / G2: 59,58; Domínio Meio Ambiente: G1: 79,38 / G2: 54,53. Além disso, uma média geral de QV pôde ser avaliada, resultando em escore mais alto para o G1 (84,18) se comparado ao G2 (55,53). Todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiental) e a QV total apresentaram diferenças estatísticas significantes entre idosos participantes e não participantes ( $p \leq 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que a participação do idoso em GPS é indicativa de melhor qualidade de vida. As atividades desenvolvidas nos GPS promovem uma melhora nos aspectos psicológicos e sociais, além de favorecer a mudança de hábitos e adoção de estilo de vida saudável, proporcionando uma melhora na capacidade física do idoso, tornando-o mais independente e cuidador da própria saúde.

**Palavras-chave:** Idoso; Qualidade de vida; Grupos; Promoção à saúde.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Aging is a process common to all living beings and can be understood as the group of changes that a person suffers progressively. The quality of a person's life can be understood as the awareness that it has about status and standard of living as well as their social relations and cultural values, their goals and life perspectives. The health promotion groups (HPG) have shown remarkable results on the health and disease process and changes in lifestyle that offer health risk, providing the effect changes in behavior and adoption of healthy lifestyle. **Objective:** evaluate the quality of life of elderly participants and non-participants of groups promoting health in the southern town of Patos – PB. **Methodology:** participated 40 elderly, divided into two groups: G1 - formed by 20 elderly participants of GPS; and G2 - made up of 20 elderly people who do not participate in any health promotion group, randomly selected. The instruments used for data collection were the biodemographic form that characterized the sample, and to assess the quality of life were used the international WHOQOL-BREF. For statistical analysis and preparation of the two forms database, were used the software Statistical Package for



### Artigo

Social Sciences (SPSS - version 18.0) for Windows and WHOQOL-BREF syntax.  
**Results:** The results show that there is an increased participation of women (80%) than men (20%) in HPG. Most of elderly has completed elementary school (n = 15), but the number of older people without studies (n = 11) was also high. In G1, the groups working with health promotion in the form of educational talks, aerobic activity and stretching exercises, dance, walking and light jogging. Elderly people in this group had higher scores for all domains of WHOQOL-BREF form, with their values being presented in a modified scale of 0 to 100: physical domain - G1: 87.5 / G2: 51.07; psychological domain - G1: 86.25 / G2: 62.29; domain of social relations - G1: 87.92 / G2: 59.58; domain of environment: G1: 79.38 / G2: 54.53. In addition, an overall average quality of life could be evaluated, resulting in a higher score for the G1 (84.18) compared to G2 (55.53).  
**Conclusion:** According to the study results, the conclusion is that the participation of the elderly in HPG is indicative of better quality of life. The activities developed in HPG promote an improvement in psychological and social aspects, in addition to favoring the change of habits and adopting healthy lifestyle, providing an improvement in the physical capacity of the elderly, that will be more independent and caregiver for the own health.  
**Keywords:** Elderly; Quality of life; Groups; Health promotion.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um acontecimento complexo e abrangente envolvendo diversos fatores, dentre eles, ambientais, hereditários e de estilos de vida. Trata-se de uma fase inevitável e irreversível para toda e qualquer pessoa, proporcionando uma série de modificações físicas, emocionais, sociais, entre outras, que acarretam mudanças gerais na qualidade de vida (QV) do indivíduo, tendo uma grande influência do passar do tempo e da progressão e acúmulo dessas alterações (GALLAHUE, OZMUN, 2005; PAPALÉO NETTO, 2007; PINHEIRO, 2013).



**Artigo**

Envelhecer deve ser entendido como um processo inevitável, bem como uma criança passa para a puberdade e posteriormente fase adulta, onde aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais devem ser levados em consideração, todos eles influenciados diretamente pela passagem do tempo. O processo de envelhecimento é comum a todos, porém distinto em suas características de um indivíduo para o outro. Embora difícil de ser definido por ter diversas representações, o envelhecimento é comumente entendido como os efeitos que a idade e o tempo causam no organismo de uma pessoa (ÁVILA, GUERRA, MENESES, 2007; FERREIRA et al., 2010).

Segundo Guccione (2002), a atividade física reduzida do idoso tende a diminuir a função física do mesmo, fazendo com que a capacidade de desenvolver atividades de vida diária seja prejudicada, pois junto a isso há também um déficit no equilíbrio, resistência e aumento da fraqueza muscular, tornando-o susceptível a quedas e outros agravos. Porém, essa limitação da capacidade de realizar atividades básicas se dá também pelas alterações fisiológicas que a idade acarreta, modificando a composição corporal do indivíduo, aumentando dessa forma a suscetibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas.

A QV do indivíduo é um tema que vem sendo bastante estudado ao longo dos tempos à medida que o ser humano passa a presar pela saúde e bem-estar, preocupando-se cada vez mais com sua longevidade. Pode ser entendida como a consciência que o mesmo tem sobre si e sobre seu status e padrão de vida, bem como sua relação social, cultural e de valores, suas metas e perspectivas de vida (NERI, 2001; REBELATTO, MORELLI, 2007).



**Artigo**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), um indivíduo é considerado idoso quando sua idade é igual ou superior a 60 anos. Para Guccione (2002), o envelhecimento da população acontece pela diminuição da taxa de natalidade e mortalidade, como também pelo aumento da expectativa de vida. Segundo dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a Paraíba tem uma população de idosos (acima dos 60 anos) de aproximadamente 457 mil habitantes, sendo 11.326 deles residentes de Patos – PB, o que corresponde a aproximadamente 11% da população total da cidade.

O Ministério da Saúde (2006) prioriza as políticas de promoção à saúde na Atenção Básica à Saúde como instrumento importante na melhoria da QV dos indivíduos e da coletividade por meio de atividades e ações educativas, sempre no intuito de proporcionar um envelhecimento saudável e maior expectativa de vida.

Os grupos de promoção à saúde (GPS) vêm mostrando resultados notórios sobre o processo de saúde e doença e mudanças de hábitos de vida que oferecem risco à saúde. Diversos estudos apontam que atividades grupais favorecem o processo de aprendizagem, proporcionando como consequência mudanças de comportamentos e adoção de estilo de vida saudável, além de ofertar uma oportunidade de maior interação social, proporcionando um novo círculo de amizades ao idoso, evitando depressão e solidão. Esses fatores agem diretamente na QV do idoso (NOGUEIRA, 2012; SAMPAIO, ITO, 2012; SHAYA et al., 2013; SANTOS, NUNES, 2013).

Partindo do pressuposto que a participação da população idosa em GPS, ofertados pelas Equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde traz benefícios para a mesma e a sua aplicabilidade proporciona maior QV para seus participantes, surgiu a seguinte



**Artigo**

problematização: Idosos que participam de GPS apresentam maior QV se comparados a idosos não participantes?

Nessa perspectiva, o objetivo geral desse estudo foi comparar a QV de idosos participantes e não participantes de GPS da zona sul da cidade de Patos – PB.

**MÉTODO**

Este estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, de campo, com abordagem quantitativa e do tipo analítica transversal. A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro a abril de 2016 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CAAE: 51367115.0.0000.5181; Nº: 1.375.893).

O universo da pesquisa foi composto por 40 usuários idosos dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Patos – PB, sendo 20 deles participantes de GPS ofertado por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-7) do bairro do Jatobá, na Zona Sul da cidade, e os outros 20 não participantes de GPS.

Foram incluídos no estudo pessoas que apresentam idade igual ou superior a 60 anos, que estivessem mentalmente orientados e fossem capazes de se comunicar verbalmente, além de residirem na região urbana de Patos – PB, mais especificamente na zona sul da cidade, serem usuários do sistema de APS e aceitarem participar do estudo por espontânea vontade, comprovando isso por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para idosos do primeiro grupo (G1 – participantes de GPS), o critério de inclusão primordial foi à participação no GPS,



**Artigo**

promovido pelo NASF -7, há no mínimo seis meses com regularidade de pelo menos dois encontros por mês. Para idosos do segundo grupo (G2 – não participantes de GPS), o critério de inclusão primordial foi não participar de GPS.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: formulário biodemográfico, que contém questões norteadoras sobre o entrevistado e o formulário para avaliação da QV: WHOQOL-BREF.

O módulo WHOQOL-BREF é formado por 26 perguntas objetivas utilizando a Escala de Likert, que varia de 1 a 5, onde quanto maior o valor, melhor a QV do indivíduo entrevistado. As questões 1 e 2 são sobre qualidade de vida geral, sendo as outras 24 facetas divididas em 4 domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Os escores finais dos domínios são invertidos para uma escala de 0-100 para melhor pontuação e entendimento.

Para análise estatística e elaboração do banco de dados dos três formulários, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para Windows e a Sintaxe do WHOQOL-BREF.

Para os resultados do presente estudo foi utilizado recurso estatístico descritivo, mediante a análise das frequências simples e percentuais (LEVIN, 1978). Análises inferenciais também foram realizadas (Test-T Student) com um nível de significância de  $p \leq 0,05$  para avaliar se existe uma significância entre as médias.

Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabelas e gráficos, trabalhados pelos programas Microsoft versão 2010 do Word e Excel, estando de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).





**Artigo**

O presente estudo considerou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos e só após sua aprovação, foi realizada a coleta de dados.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após a apresentação da pesquisa e do método utilizado, pôde-se observar os resultados e propor discussões sobre a QV de idosos participantes (G1) e não participantes (G2) de um GPS, da zona sul da cidade de Patos – PB.

**Caracterização da amostra – Formulário Biodemográfico**

A amostra foi composta por 40 idosos residentes na zona Sul da cidade de Patos – PB, onde 20 deles participavam dos GPS ofertados pelo NASF-7 e os outros 20 não faziam parte de grupo algum. A *Tabela 1* caracteriza a amostra e foi obtida através das respostas do questionário biodemográfico.





**Artigo**

**Tabela 1.** Caracterização da amostra (N=40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		G1	G2	Total	G1	G2	Total
<b>Idosos</b>		20	20	40	50,0	50,0	100,0
<b>Sexo</b>	Masculino	4	6	10	20,0	30,0	25,0
	Feminino	16	14	30	80,0	70,0	75,0
<b>Faixa Etária</b>	60 – 64	7	6	13	35,0	30,0	32,5
	65 – 69	6	4	10	30,0	20,0	25,0
	70 – 74	4	7	11	20,0	35,0	27,5
	75 – 79	3	2	5	15,0	10,0	12,5
	Acima de 80	0	1	1	0,0	5,0	2,5
<b>Sit. Conjugal</b>	Solteiro	5	2	7	25,0	10,0	17,5
	Casado	7	13	20	35,0	65,0	50,0
	Viúvo	6	5	11	30,0	25,0	27,5
	Separado	2	0	2	10,0	0	5,0
<b>Escolaridade</b>	Não tem estudos	6	5	11	30,0	25,0	27,5
	Ens. Fund.	11	14	25	55,5	70,0	62,5
	Ens. Med.	2	1	3	10,0	5,0	7,5
	Ens. Sup.	1	0	1	5,0	0	2,5
<b>Mora com</b>	Filhos	5	6	11	25,0	30,0	27,5
	Companheiro	5	7	12	25,0	35,0	30,0
	Sozinho	5	2	7	25,0	10	7,0
	Filhos e Comp.	2	5	7	10,0	25,0	17,5
	Outros	3	0	3	15,0	0	7,5
<b>Cor</b>	Branca	8	10	18	40,0	50,0	45,0
	Negra	3	3	6	15,0	15,0	15,0
	Amarela	2	0	2	10,0	0	5,0
	Parda	7	7	14	35,0	35,0	35,0
<b>Aposentado</b>	Sim	17	14	31	85,0	70,0	77,5
	Não	3	6	9	15,0	30,0	22,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



**Artigo**

A amostra, previamente dividida em G1 – 50% (participantes) e G2 – 50% (não participantes), apresenta em sua totalidade a predominância do sexo feminino 75% (n=30) e idade média de 68,3 (DP=6,32), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 92 anos. Porém, a maior parte da amostra é composta por idosos com faixa etária entre 60 – 64 anos, correspondente a 32,5% (n=13) e 27,5% têm 70 – 74 anos (n=11). Os idosos do G2 revelaram maior média de idade (M=69,5) se comparada ao G1 (M=67,2). Dos 40 idosos, 50% (n=20) são casados e 27,5% (n=11) são viúvos, onde 30% (n=12) deles moram apenas com o (a) companheiro (a) e 17,5% (n=7) com filhos e companheiro. Corresponde a 27,5% (n=11) o número de idosos que moram somente com os filhos e apenas 7% (n=7) moram sozinhos. Perguntados sobre a cor da pele, a maioria relatou ser branca 45,5% (n=18), parda 35% (n=14), negra 15% (n=6) e amarela 5% (n=2). Quanto aos estudos, 62,5% (n=25) dos idosos possui o ensino fundamental completo, porém 27,5% (n=11) deles não possui estudo algum e apenas um idoso concluiu o ensino superior. Dos indivíduos da pesquisa, 77,5% (n=31) deles não recebe aposentadoria.

Dos 20 idosos que compõem o grupo de participantes de GPS (G1), 80% (n=16) são mulheres; o G2 é composto por 70% de mulheres (n=14) e 30% de homens (n=6), totalizando na amostra 75% (n=30) de indivíduos do sexo feminino e 25% (n=10) do sexo masculino, corroborando com vários outros estudos onde a participação de idosas em GPS é maior.

Em seu estudo sobre as reflexões de idosos participantes de GPS, Tahan e Carvalho (2010) constaram maior participação de idosas, identificando 80% (n=8) de mulheres, enquanto apenas 20% (n=2) eram homens. A mesma predominância do sexo



**Artigo**

feminino pode ser confirmada na pesquisa de Toldrá et al. (2012), onde 25 idosos participantes de GPS foram avaliados em relação a qualidade de vida, sendo 88% de mulheres. Isso se dá, segundo Pinheiro et al. (2002), pelo fato de mulheres se preocuparem mais com sua saúde que os homens, procurando atendimentos e formas de prevenir doenças. Martins (2004) e Rohden (2003) afirmam que a preocupação da mulher com a sua saúde se dá pela natureza biológica inerente a elas no momento em que passam a se preocupar e cuidar da saúde em detrimento de suas características reprodutivas.

Um maior número de idosos aposentados encontra-se no G1, correspondente a 85% (n=17), enquanto o G2 apresenta 70% (n=14). Este é um dado importante, pois segundo Alvarenga et al. (2008) em sua pesquisa, constataram que a aposentadoria significa um período repleto de mudanças em vários âmbitos da vida, inclusive o social e emocional, podendo proporcionar repercussões positivas ou negativas para a QV do indivíduo.

Dos 40 entrevistados do presente estudo, 50% (n=20) deles são casados e 27,5% (n=11) são viúvos, concordando com a pesquisa de Braz, Zaia e Bittar (2015) onde 63,3% dos indivíduos idosos eram casados (n=19) e 33,3% (n=10) eram viúvos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos idosos possui o ensino fundamental (n=25), seguidos pelos que não têm estudos (n=11). Quando separados por grupos, o G1 apresentou os resultados: 30% (n=6) não tem estudo e 55,5% (n=11) estudou até o ensino fundamental; já o G2: 25% (n=5) não tem estudo e 70% (n=14) estudou até o ensino fundamental. No entanto, este quesito não apresentou nível de significância no Teste-T de Student ( $p=0,55$ ) quando comparado entre os grupos. Desta forma, o presente estudo contradiz a pesquisa de Braz, Zaia e Bitter (2015), que afirmam que um melhor nível



**Artigo**

educacional do idoso pode influenciar e explicar a aderência desse grupo na participação em GPS.

Em relação aos 20 indivíduos que compõem o G1, é importante ressaltar que os GPS encontrados na pesquisa foram dois: Grupo de Idosos da Academia da Saúde do Jatobá e Grupo de Idosos Maria das Chagas do Monte Castelo. Ambos os GPS trabalham com palestras educativas, atividades aeróbicas e exercícios de alongamento, dança, caminhada e corrida leve.

**Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF**

Os escores da versão abreviada do WHOQOL-100 resultam na avaliação de 5 prováveis respostas para as 26 facetas do formulário: as duas primeiras questões são de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, sendo apresentadas separadamente e em seguida unidas, gerando o tópico “Autoavaliação da qualidade de vida”; as outras 24 questões se dividem em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada um deles deve ser avaliado de forma independente, utilizando a escala de Likert que adota valores de 1 a 5, sendo que quanto mais próximo de 5 melhor a QV do indivíduo.

A questão 1 (Q1) trata da QV do indivíduo e é considerada uma faceta importante para o estudo, onde o idoso pôde responder de forma subjetiva e generalizada sobre como enxerga a própria vida. O resultado está apresentado na *Tabela 2*.



**Artigo**

**Tabela 2.** Dados referentes ao Teste-T de Student da questão Q1 do formulário WHOQOL-BREF.

Questão	Grupo	N	Média	DP	Valor de p*
<b>Como você avaliaria sua qualidade de vida? (Q1)</b>	G1	20	4,20	0,52	0,000
	G2	20	3,10	0,85	

N = número da amostra

DP = Desvio Padrão

\*Teste t de Student, nível de significância  $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A diferença de médias é clara entre os dois grupos, onde o G1 apresentou pontuação 4,20 (DP=0,52) e o G2 pontuou 3,10 (DP=0,85), o que significa dizer que, quando questionada de forma direta e respondida subjetivamente, a qualidade de vida apresenta-se melhor nos indivíduos idosos que participam de GPS.

Em seu estudo, Silva (2011) constatou que a maioria dos idosos entrevistados apresentou qualidade de vida entre as classificações de razoável a muito boa. Sanchez, Brasil e Ferreira (2014) no seu estudo realizado no estado do Rio de Janeiro constataram que a participação em grupos que incentivam a prática de atividades físicas regularmente e a intervenção da fisioterapia e nutrição na atenção aos hábitos saudáveis proporcionam uma melhora na qualidade de vida dos idosos e na sua expectativa de vida.

A *Tabela 3* apresenta a questão sobre satisfação com a saúde, bem como as médias dos dois grupos.



**Artigo**

**Tabela 3.** Dados referentes ao Teste-T de Student da questão Q2 do formulário WHOQOL-BREF (Médias de 1 a 5).

Questão	Grupo	N	Média	DP	Valor de p*
<b>Quanto você se sente satisfeito (a) com sua saúde? (Q2)</b>	G1	20	4,20	0,652	0,000
	G2	20	2,80	1,01	

N = número da amostra

DP = Desvio Padrão

\*Teste t de Student, nível de significância  $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na Q2, o G1 apresentou maior média, pontuando 4,20 (DP=0,652) e o G2 revelou uma média reduzida a quase metade da média do outro grupo, pontuando 2,80 (DP=0,65). Um fato bastante interessante e relevante para o estudo, já que se pode comprovar uma diferença através dessa questão. A satisfação com a saúde, porém, não pode ser vista como a ausência de doença e nem é este o intuito da mesma, pois, corroborando com Paskulin et al. (2010), pessoas cujas doenças estão controladas ou que utilizam medicamentos para promover a manutenção da saúde não se consideram doentes, o que não possibilita afirmar que o G1 é composto por idosos livres de doenças, porém estão satisfeitos com seu estado de saúde ou com a manutenção da mesma. Segundo Melo et al. (2013), mesmo idosos com doenças crônicas podem apresentar avaliações positivas sobre sua QV. Para o G2, a QV está baixa e a satisfação com a saúde mais ainda, concordando com De Vitta, Neri e Padovani (2006), que em seu estudo com 100 idosos



**Artigo**

de ambos os sexos, constataram que a saúde percebida em idosos praticantes de atividades físicas era expressivamente melhor quando comparada a idosos sedentários.

A *Tabela 4* aponta todas as questões do formulário WHOQOL-BREF, suas médias e seus níveis de significância (p).

**Tabela 4.** Médias e Nível de significância por questão do Formulário WHOQOL-BREF.

Questão	Média G1/G2	Nível de Significância (p)	Questão	Média G1/G2	Nível de Significância (p)
Q1	4,20/3,10	0,000	Q14	3,80/2,25	0,000
Q2	4,20/4,00	0,000	Q15	4,60/3,45	0,001
Q3	3,88/2,19	0,002	Q16	4,25/2,85	0,002
Q4	3,53/3,38	0,000	Q17	4,50/2,85	0,000
Q5	4,20/3,15	0,003	Q18	4,55/2,95	0,000
Q6	4,70/3,80	0,000	Q19	4,75/3,95	0,004
Q7	4,35/3,60	0,022	Q20	4,75/3,65	0,000
Q8	4,60/3,55	0,000	Q21	4,20/2,35	0,000
Q9	4,25/3,75	0,191*	Q22	4,60/4,15	0,065*
Q10	4,50/3,35	0,001	Q23	4,60/4,05	0,021
Q11	4,60/3,45	0,001	Q24	4,20/3,50	0,107*
Q12	3,45/2,65	0,033	Q25	4,30/3,25	0,005
Q13	4,73/2,45	0,000	Q26	4,53/3,23	0,017

\*Níveis de significância acima de 0,05 (p>0,05).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todas as médias das questões do formulário WHOQOL-BREF foram maiores para o G1. A maioria das questões apresentaram p<0,05 para o Teste T de Student, apresentando resultados estatisticamente significantes para o estudo, porém as questões





**Artigo**

Q9, Q22 e Q24 obtiveram nível de significância  $p > 0,05$  para o Teste T de Student e apenas estas não possuem relevância (TABELA 4).

A *Tabela 5* expõe as médias de todos os domínios dos 40 idosos que participaram do estudo: domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da QV. Quanto mais próximo de 20, melhor a QV do indivíduo segundo o instrumento WHOQOL-BREF.

**Tabela 5.** Dados referentes aos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da QV do G1 e G2.

Domínio	G1 (n=20)	G2 (n=20)
Físico	18,00±2,01	12,17±2,19
Psicológico	17,80±1,81	13,97±2,05
Relações Sociais	18,07±1,70	13,53±2,71
Meio Ambiente	16,70±1,86	12,73±1,90
Autoavaliação da QV	16,80±1,64	11,80±3,24
<b>QV Total</b>	<b>17,47±1,34</b>	<b>12,88±1,50</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todos os domínios do G1 apresentaram maiores médias se comparados ao G2, inclusive a QV Total dos participantes (17,47±1,34) e não participantes (12,88±1,50). Para os indivíduos do G1, os domínios que mais pontuaram foram Relações Sociais (18,07±1,70) e Físico (18,00±2,01). O que obteve menor pontuação neste grupo foi o Domínio do Meio Ambiente (16,70±1,86). Já no G2, as maiores médias foram nos



**Artigo**

domínios Psicológico ( $13,97 \pm 2,05$ ) e Relações Sociais ( $13,53 \pm 2,71$ ), sendo a menor média no domínio de Autoavaliação da QV ( $11,80 \pm 3,24$ ) e Físico ( $12,17 \pm 2,19$ ).

De acordo com a análise dos dados estatísticos, é notável a diferença entre os grupos. O *Domínio Físico* é composto pelas facetas: Q3 (dor e desconforto), Q4 (dependência de medicação ou de tratamentos), Q10 (energia e fadiga), Q15 (mobilidade), Q16 (sono e repouso), Q17 (atividades de vida cotidiana) e Q18 (capacidade de trabalho). Todas as questões deste domínio passaram individualmente pelo Teste-T de Student de amostras independentes para avaliação do nível de significância entre as variáveis e todas obtiveram o valor de  $p < 0,05$ , apontando, portanto, relevância quanto às diferenças entre os grupos. A média do domínio físico do G1 ( $18,00 \pm 2,01$ ) em relação a do G2 ( $12,17 \pm 2,19$ ) expõe claramente a melhoria e manutenção de habilidades físicas dos participantes de GPS, que através das atividades realizadas nos grupos apresentam melhor percepção de suas capacidades físicas, independência e autonomia para realizarem as atividades do dia-a-dia.

Este exposto corrobora com Araújo (2014) que entrevistou 20 idosos na intenção de entender os benefícios das práticas de exercícios físicos regulares em idosos de acordo com suas autoavaliações subjetivas, obtendo resultados satisfatórios ao esperado, constatando que práticas grupais proporcionaram melhora da força, equilíbrio, coordenação, diminuição da dor muscular, melhor desempenho físico e capacidade funcional para o dia-a-dia e para o trabalho, além de reduzir o uso de medicamentos, diminuição da fraqueza e melhor locomoção.

Em sua revisão da literatura, Morgadinho (2012) concluiu que a prática regular de exercícios físicos auxilia no aperfeiçoamento motor em idosos, mantendo a sua



**Artigo**

funcionalidade que é essencial para a vida diária com autonomia, fator imprescindível para uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, o presente estudo concorda com a autora ao constatar que o G1 possui melhores escores no domínio físico e, conseqüentemente, na QV Total pelo instrumento WHOQOL-BREF. Ela ainda alerta para um maior incentivo a programas de promoção e prevenção à saúde que envolvam idosos e atividades físicas e a difusão de estudos que comprovem os benefícios que os GPS proporcionam.

O grupo dos participantes de GPS apresentou média maior do que o grupo dos não participantes nos domínios Psicológico e Relações Sociais, como exposto na *Tabela 5*. O *Domínio Psicológico* é formado pelas facetas: Q5 (sentimentos positivos), Q6 (autoestima), Q7 (pensar, aprender, memorizar e concentrar), Q11 (imagem corporal e aparência), Q19 (sentimentos negativos) e Q26 (sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais). Já o *Domínio das Relações Sociais* é composto pelas facetas: Q20 (relações pessoais), Q21 (Atividade sexual) e Q22 (Suporte/apoio social). As questões do Domínio Psicológico passaram individualmente pelo Teste-T de Student de amostras independentes, sendo assim avaliadas quanto ao nível de significância entre as variáveis e todas obtiveram o valor de  $p < 0,05$ , mostrando-se relevantes as diferenças entre os grupos. Já nas três facetas do Domínio das Relações Sociais, apenas a Q22 ( $p=0,065$ ) se mostrou não-significante estatisticamente e trata do apoio que o indivíduo recebe dos amigos. Porém, as outras duas questões deste domínio se mostraram significantes com valores  $p < 0,05$ , sendo aceitas as diferenças entre os grupos.



**Artigo**

Estes dados concordam com a revisão literária feita por Mittelman (2010), que constatou consenso na literatura em relação a prática de exercícios físicos e suas vantagens para a saúde mental do idoso, propondo o estímulo por meio de GPS. Para a autora, o bem-estar psicológico do indivíduo acima dos 60 anos é indispensável para sua independência. Segundo Araújo (2014), além dos benefícios físicos, as atividades em grupo proporcionam melhora nos aspectos psicológicos e sociais, como sensação de melhora na saúde, mais disposição, diminuição de sensações de tristeza e estresse, ânimo para a vida e para atividades, bem como sair de casa e passear, reduzindo o isolamento e depressão, melhora na autoestima e bem-estar mental.

Ainda em conformidade com os aspectos psicológicos e sociais do presente estudo, referencia-se Wichmann (2009), que avaliou de forma qualitativa 262 idosos do Brasil e outros 262 idosos de Portugal que faziam parte de grupos ou centros de convivências, concluindo em seu estudo que a importância da participação de idosos em GPS é de extrema valência, pois os integra a uma “rede social”, fazendo-os sentirem maior satisfação com a vida por meio das suas relações sociais, os afastando do isolamento social e de estados depressivos. Além disso, os entrevistados relataram melhorias na saúde e desaparecimento de dores incapacitantes. O presente estudo ainda concorda com o autor ao afirmar que a adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis melhora a QV dos indivíduos.

O *Domínio Meio Ambiente* é composto pelas facetas: Q8 (segurança física e proteção), Q9 (ambiente físico), Q12 (recursos financeiros), Q13 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades), Q14 (participação e oportunidades de lazer), Q23 (ambiente no lar), Q24 (cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade) e



**Artigo**

Q25 (transporte). Neste domínio, a maioria das facetas apresentou resultados significativos para o estudo para o Teste-T de Student ( $p < 0,05$ ), porém apenas duas facetas obtiveram resultados insignificantes para o Teste-T de Student ( $p > 0,05$ ): Q9 ( $p = 0,191$ ) e Q24 ( $p = 0,107$ ).

Embora a média no Domínio Meio Ambiente seja maior nos idosos do G1 em relação aos do G2, duas (Q9 e Q24) das oito facetas obtiveram resultados semelhantes estatisticamente e não podem ser consideradas relevantes estatisticamente. No entanto, a semelhança dos dados pode ser explicada por se tratar de um estudo que utiliza indivíduos que residem numa mesma zona da cidade, com características ambientais intimamente equivalentes, sendo esperado um resultado aproximado para as variáveis deste domínio.

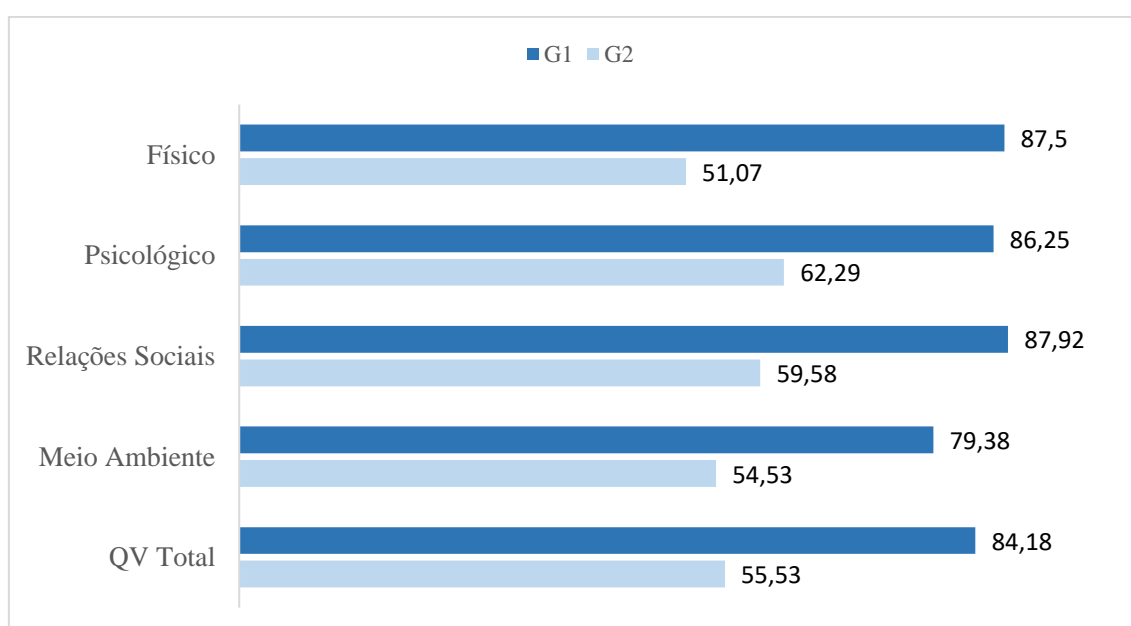
Em seu estudo realizado na cidade de Franca – SP, Coelho (2012) constatou diferenças estatísticas nos domínios físico e psicológico que se mostraram superiores. Porém, nos domínios social e meio ambiente, as diferenças não foram significantes, corroborando com o presente estudo e explicando esse fato pelos indivíduos da pesquisa residirem na mesma região com características ambientais similares. Ainda assim, é importante ressaltar que a média permanece maior no grupo dos participantes, embasando a ideia de que estes indivíduos têm melhores percepções do meio onde vivem por diversos fatores, entre eles a presença de sentimentos positivos com maior frequência que os idosos do grupo de não participantes de GPS.

Para melhor visualização dos resultados obtidos nos domínios do formulário WHOQOL-BREF, os escores foram modificados para uma escala de 0 a 100, colaborando para um melhor entendimento de seus valores. Além dos domínios, o valor da QV Total também pode ser melhor visualizado, como mostra o *Gráfico 1*.



**Artigo**

**Gráfico 1.** Resultado dos domínios e QV Total do instrumento WHOQOL-BREF reajustado numa escala de 0 a 100.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todos os domínios apresentaram pontuação maior para o G1 na escala modificada de 0 a 100, bem como a QV Total.

O item “Qualidade de Vida Total” dos indivíduos corresponde a um aspecto de extrema importância para este estudo, tendo em vista que é a peça-chave da pesquisa. O resultado obtido foi bastante esclarecedor e comprova a hipótese proposta, onde os idosos participantes de GPS apresentam uma melhor percepção da sua própria QV se



**Artigo**

comparados aos idosos não participantes de GPS. Sendo assim, a pontuação da “QV Total” para os grupos foi: G1 (84,18) e G2 (55,53).

Corroborando com Rizolli e Surdi (2010) em sua pesquisa qualitativa com 20 idosos de Santa Catarina, os GPS constituem uma importante ferramenta de auxílio à saúde do idoso que proporciona aos mesmos a formação de novas redes de interação com outros indivíduos semelhantes, promovendo um espaço de compartilhamento de ideais, pensamentos e símbolos comuns entre eles, além de formatarem juntos novos sentidos para o envelhecimento e identidades sociais. Os autores concluem a importância que o GPS representa na vida dos indivíduos idosos, contribuindo de forma significativa na melhoria da saúde, relações interpessoais, autoestima e, conseqüentemente, na QV.

O presente estudo está de acordo com Silva (2009) que, em sua pesquisa com 16 idosos participantes de GPS em Florianópolis, constatou os diferentes sentidos que a QV pode ter para o indivíduo idoso, compreendendo os aspectos físicos, psicológicos e sociais de suas vidas e ponderando-os para chegar a uma autoavaliação subjetiva. Para a maioria deles, a autonomia e independência são pontos importantes para a QV, além de ter saúde, uma família presente, condições de moradia confortáveis e praticar regularmente exercícios físicos. O sentir-se de bem com a vida e o sentimento de felicidade também são relatados pelos idosos no estudo. Corroborando com Paschoal (2006), a QV é algo subjetivo e é encarada de forma distinta entre os indivíduos de acordo com as suas realidades e formas de enxergar a vida, a sociedade da qual faz parte e o seu papel na mesma. Portanto, os dados obtidos neste estudo respeitaram a subjetividade das respostas para apontar os resultados concretos da realidade da população.





**Artigo**

Em consonância com Santos (2014), a inserção do idosos nos GPS realmente interfere de forma positiva nos mais diversificados conceitos da QV dos mesmos, fazendo com que os grupos sejam importantes métodos de promoção e proteção à saúde, passando por cima de situações de isolamento e sedentarismo e inserindo o indivíduo idoso num novo círculo social, dando a ele oportunidades de uma melhor QV. Além disso, a autora aponta os instrumentos WHOQOL em suas diversas versões como ótimas ferramentas para a identificação de problemas, sendo indicado para avaliação da QV e servindo como aliados para uma melhor intervenção grupal.

**CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a QV de idosos participantes de GPS é maior que a QV de idosos não participantes de GPS, sendo aceita estatisticamente a hipótese proposta pela pesquisa. Além disso, pôde-se compreender que os GPS representam uma importante ferramenta para a melhoria e manutenção da QV de idosos que participam das atividades propostas nas reuniões regulares dos grupos.

A utilização do instrumento internacionalmente reconhecido (WHOQOL-BREF) para avaliação de QV revelou resultados significativos sobre os diversos aspectos que compõem a QV de um indivíduo em suas mais sortidas esferas. Todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) demonstraram diferenças estatísticas comprovadas pelo Teste-T de Student para amostras independentes, bem como a



**Artigo**

“Qualidade de Vida Total” dos idosos, representando escores importantes para a conclusão final do estudo.

O incentivo a mudança de hábitos e adoção de estilo de vida saudável, bem como a inserção do idosos aos exercícios físicos, proporcionam a esse público uma melhora na sua capacidade física, tornando-o mais independente e cuidador da própria saúde. Além disso, benefícios psicológicos e sociais são observados.

Dessa forma, os pesquisadores deste estudo pretendem propagar os bens obtidos para proporcionar novas formas de cuidado aos idosos, incentivando os profissionais a utilizarem de GPS para proporcionar melhor QV e gerar uma população idosa mais feliz e satisfeita.

Os resultados obtidos no estudo estão de acordo com a literatura e utilizam dela para seu embasamento teórico, enfatizando sua relevância e ressaltando sua importância acadêmica e social.

Por fim, novos estudos são sugeridos com maiores amostras e utilizando outros instrumentos para coleta de dados, como o WHOQOL-BREF associado ao WHOQOL-OLD (que avalia a QV de pessoas idosas), para proporcionar resultados mais abrangentes.

**REFERÊNCIAS**

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.



**Artigo**

ARAÚJO, V. S. **Benefícios do exercício físico na terceira idade**. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Faculdades de Educação Física, Universidade de Brasília, Barra de Bugres, 2014.

ÁVILA, A. H.; GUERRA, M.; MENESES, M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. **Pensamento Psicológico**, Colômbia, v. 3, n. 8, p. 7-18, 2007.

BRAZ, I. A.; ZAIA, J. E.; BITTAR, C. M. L. Percepção da qualidade de vida de idosas participantes e não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 583-596, 2015.

COELHO, A. R. **Contribuição de um programa de saúde da terceira idade na promoção de saúde e qualidade de vida**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Mestrado em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, Franca, 2012.

DE VITTA, A.; NERI, A. L.; PADOVANI, C. R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Revista Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2006.

FERREIRA, O. F. L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 357-364, dez. 2010.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

GUCCIONE, A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico: evolução populacional e pirâmide etária de Patos – PB/2010**. IBGE, 2010. Disponível em:



**Artigo**

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=251080&search=pparaib|patos|info%20gr%20fic%20-%20evol%20-%20populacional-e-pir%20mide-et%20ria>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004.

MELO, R. L. P. et al. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, v. 26, n. 2, p. 222-30, 2013.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2006.

MITTELMANN, C. **Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos**. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MORGADINHO, R. S. **Promoção da saúde em idosos: exercício físico**. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0670.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001.

NOGUEIRA, A. L. G. **O grupo é nosso remédio: lições de um grupo de promoção da saúde de idosos**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.



**Artigo**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, 2005. Disponível em:

<[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. Desafios da longevidade: qualidade de vida. In: PESSINI, L. C.; BARCHIOFONTAINE, P. **Bioética e longevidade humana**. Editora Loyola, 2006.

PINHEIRO, G. B. **Introdução à Fisioterapia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciências da Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na Medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 2, p. 201-212, 2003.

SAMPAIO, P. Y. S.; ITO, E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. **Occupational Therapy International**, Quioto, v. 20, p. 1-10, 2012.

SANCHEZ, M. A.; BRASIL, J. M. M.; FERREIRA, I. A. M. Benefícios de um programa de atividade física para a melhoria da qualidade de vida de idoso no estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 3, p. 209-218, set/dez, 2014.



**Artigo**

SANTOS, L. F. **Participação em grupos de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, L. F.; NUNES, D. P. Using group approaches to promote healthy aging. **Journal of Gerontology and Geriatric Research**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 119, 2013.

SHAYA, F. T. et al. Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: a partial randomized study. **Journal Epidemiology Community Health**, Baltimore, p. 1-7, 2013.

SILVA, A. P. **A percepção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.** 2011. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Faculdades de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011.

SILVA, V. **Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC-Estreito.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOUSA, J. P. **Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão.** Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Faculdades de Ciências do Porto, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

TOLDRÁ, R. C. et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 159-168, 2014.



**Artigo**

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.



Grupos de promoção à saúde na qualidade de vida de idosos

Páginas 213 a 241