

**UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS  
PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE**

**REGIANE VITORINO BORGES  
TATIANE LIMA TEIXEIRA DA SILVA**

**MARINGÁ – PR**

**2018**

**REGIANE VITORINO BORGES**  
**TATIANE LIMA TEIXEIRA DA SILVA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS  
PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Unicesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel (a) em Enfermagem, sob a orientação do Profa. Dra. Aliny de Lima Santos.

MARINGÁ – PR

2018

TATIANE LIMA TEIXEIRA DA SILVA  
REGIANE VITORINO BORGES

CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS  
PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO  
DA SAÚDE

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Profª Aliny de Lima Santos.

Aprovado em 19 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

  
Aliny de Lima Santos (Doutora – UniCesumar)

  
Ludmila Maciel Lopes Bolsoni - (Mestre – UniCesumar)

## **CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Regiane Vitorino Borges  
Tatiane Lima Teixeira da Silva  
'Aliny de Lima Santos

### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o impacto das atividades de promoção da saúde na capacidade funcional e qualidade de vida de idosos no âmbito da atenção primária. **Métodos:** Estudo com abordagem quantitativa do tipo descritivo, desenvolvido com idosos cadastrados e acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde do sul do país. A coleta de dados se deu por meio de entrevista domiciliar semiestruturada com o uso dos seguintes questionários: escala de Katz e escala de Lawton Brody para a avaliação das atividades de vida diária, e WHOQOL-BREF para avaliação da qualidade de vida. Os dados foram registrados em instrumento impresso e analisados segundo estatística descritiva. **Resultados:** Foram entrevistados 90 idosos, em dois grupos, sendo 45 idosos participantes de grupos de promoção da saúde e 45 idosos não participantes. Os idosos participantes das atividades se mostraram mais independentes na execução das atividades diárias e obtiveram maiores médias na maioria dos domínios na avaliação da qualidade de vida, quando comparados aos idosos não participantes. **Conclusão:** A partir dos dados achados foi possível observar que as práticas de promoção da saúde estão relacionadas a uma melhor preservação da capacidade funcional e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idosos; Qualidade de vida; Promoção da saúde; Atividades diárias; Atenção primária a saúde.

**Keywords:** Aged; Quality of life; Health promotion; Activities of daily living; Primary health care.

### **FUNCTIONAL CAPACITY AND LIFE QUALITY OF PARTICIPANTS AND NON-PARTICIPANTS OF HEALTH PROMOTION GROUPS**

### **ABSTRACT**

**Objective:** Analyze the impact of health promotion activities in functional capacity and quality of life of older people within the primary care. **Methods:** Research with quantitative approach of the descriptive type, developed with elderly enrolled and accompanied in a Basic Health Unit of the South of the country. Data were collected through a semi-structured home interview using the following questionnaires: Katz scale and Lawton Brody scale for the evaluation of daily living activities, and WHOQOL-BREF for quality of life assessment. The data were recorded in printed instrument and analyzed according to descriptive statistics. **Results:** Ninety elderly people were interviewed in two groups, 45 of whom were elderly participants in health promotion groups and 45 non-participating elderly. The elderly participants in the activities were more independent in the execution of daily activities and obtained higher averages in most domains in the evaluation of quality of life when compared to the nonparticipating elderly. **Conclusion:** From the data found, it was possible to observe

that health promotion practices are related to a better preservation of functional capacity and quality of life.

**Keywords:** Aged; Quality of life; Health promotion; Activities of daily living; Primary health care.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem se tornando cada vez mais significativo no mundo. No Brasil estima-se que a cada dez pessoas, uma tenha 60 anos ou mais, e em 2050 essa estimativa será de um a cada cinco brasileiros. Essa mudança demográfica vem levantando a questão sobre o cuidado à saúde da população idosa, seja no âmbito individual ou coletivo, a sociedade começa a se adaptar para garantir um envelhecimento saudável.<sup>(1)</sup>

O envelhecer é um processo natural, pode não ser definido apenas pela perda da capacidade funcional e cognitiva, mas também por um conjunto de fatores individuais ao longo da vida da pessoa que influenciam na qualidade da sua velhice. Essa qualidade está relacionada a aspectos psicológicos, fisiológicos, sociais, culturais e econômicos que contribuem de forma estrutural para a autonomia funcional e interação social do idoso.<sup>(2)</sup>

A capacidade funcional pode ser entendida como o potencial que os idosos apresentam para atuarem com autonomia e independência em suas atividades diárias<sup>(3)</sup>. A incapacidade em realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), gera nele um maior risco de mortalidade, hospitalização, dependência e alto gasto com os serviços de saúde.<sup>(4)</sup>

Como estratégia de cuidado para os idosos, a Atenção Primária à Saúde (APS) instrumentaliza ações de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que em seus princípios busca manter a autonomia e independência dos mesmos, em seu contexto social e familiar por meio da manutenção da funcionalidade, promoção do envelhecimento ativo e saudável, prevenção e recuperação da saúde.<sup>(5)</sup>

A promoção da saúde (PS) propicia autonomia aos indivíduos para exercer o controle de sua saúde e vida através da participação em atividades coletivas e grupais<sup>(6)</sup>. Sendo assim, as atividades em grupo se configuram como ferramentas utilizadas para recuperação e manutenção de incapacidades físicas e cognitivas dos indivíduos participantes, além de oferecer bem-estar, autonomia e qualidade de vida, contribuindo também para a inclusão e interação social, lazer, e adoção de um estilo de vida ativo e saudável.<sup>(7)</sup>

Segundo, estudo realizado com idosos participantes de um grupo de convivência, demonstrou índice elevado de qualidade de vida, evidenciando que apesar dos declínios

funcionais inerentes ao envelhecimento, os que se mantêm ativos e participativos no convívio social podem envelhecer de forma mais saudável preservando sua funcionalidade<sup>(8)</sup>.

Desse modo, acredita-se que a oferta de atividades de promoção à saúde no âmbito da Atenção Primária possa favorecer a funcionalidade, mobilidade e qualidade de vida para os idosos. Diante disso, o objetivo do estudo foi analisar a capacidade funcional na execução das ABVDs e AIVDs e a qualidade de vida dos idosos participantes e não participantes dos grupos de PS.

## METODOLOGIA

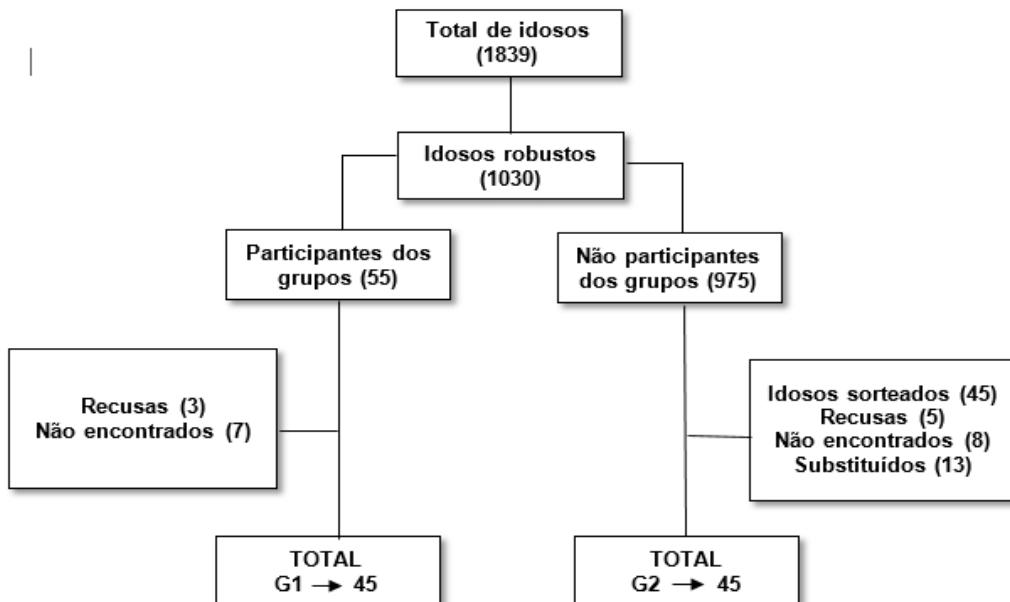
Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo que foi realizado com idosos cadastrados na Equipe Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Maringá, localizada na região norte do Paraná. Esta UBS conta com duas ESFs que atendem um total de 1839 participantes, sendo 1040 da equipe 11 e 799 da equipe 12. A escolha da unidade se deu de modo intencional, por realizar diversas atividades de PS junto à terceira idade e ainda devido maior acessibilidade para os pesquisadores.

As atividades de Promoção da Saúde oferecidas pela UBS são realizadas em quatro modalidades, sendo que três são mensais (desapega, bingo e pesqueiro) e um semanal (capoterapia). A capoterapia utiliza movimentos básicos da capoeira adaptados para a população idosa e os demais grupos propiciam a socialização por meio de atividades de entretenimento.

Foram incluídos no estudo indivíduos com a faixa etária de 60 anos ou mais, cadastrados e assistidos na UBS elencada, que receberam pontuação adequada no Mini-exame do Estado Mental e classificados pela unidade como robustos, segundo estratificação de idosos para a Rede de Atenção à Saúde do Idoso, instituída no estado do Paraná. Os colaboradores do estudo foram divididos em dois grupos, aqueles que participam (G1) e aqueles que não participam (G2) de atividades de promoção da saúde realizadas na UBS.

Inicialmente, através de uma lista disponibilizada pelas ESF da unidade, foram identificados 1030 idosos robustos dos quais 55 participavam dos grupos de promoção da saúde. Para o G1 foram convidados todos os da terceira idade que participam das atividades de PS realizadas na UBS, sendo que 45 aceitaram participar do estudo. O convite e a explicação de como se daria a participação aconteceu na Atenção Primária. Com intuito de equiparar os grupos, optou-se por inserir também 45 idosos no G2, sendo composto por não participantes das atividades. A escolha ocorreu, por meio de um sorteio aleatório utilizando a

lista de idosos robustos não participantes, fornecida pela UBS. (Figura 1). Para o segundo grupo, realizou-se visitas domiciliares para convite quanto à participação da pesquisa, sendo substituídos pelo próximo sorteado da lista em caso de recusa ou ainda após três tentativas de contato sem sucesso, até obter o número de participantes igual ao outro grupo.



**Figura 1.** Fluxograma de inclusão e exclusão do estudo.

**Fonte:** Os autores

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2018, por meio de visitas domiciliares previamente agendadas com o auxílio de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), de modo a não comprometer as entrevistas ou direcionar as respostas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, com a aplicação inicial do Mini-exame do Estado Mental, seguido por três instrumentos de avaliação, escala de Katz, escala de Lawton e Brody e WHOQOL- BREF.

Para avaliação da funcionalidade foram utilizadas duas escalas, a escala de Katz que avalia as ABVDs como tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, se locomover, controle de eliminações e alimentação. E a Lawton e Brody para AIVDs que envolve conseguir cuidar da casa, lavar roupa, cozinhar, fazer compras, utilizar telefone, usar meios de transporte, uso do dinheiro e responsabilidade sobre medicações<sup>(9)</sup>.

Já para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o WHOQOL- BREF, instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), validado e traduzido para o português<sup>(10)</sup> com a finalidade de avaliar a qualidade de vida por meio de 26 questões. As duas primeiras questões têm caráter geral e as outras 26 representam as facetas do instrumento original que avaliam

quatro domínios: Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais); Relações Sociais (relações pessoais, suporte social e atividade sexual), e Meio Ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação/oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).<sup>(11)</sup>

O WHOQOL-bref é pontuado no formato Likert, que mede frequência, intensidade, capacidade e avaliação, sendo que as respostas de cada questão variam de um a cinco. O escore médio dos domínios indica a percepção dos idosos sobre a qualidade de vida por meio da avaliação de diferentes aspectos. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção.<sup>(10)</sup>

Os dados apreendidos foram tabulados e duplamente digitados em planilha do Excel®. Os resultados foram analisados segundo estatística descritiva, por meio de construção de tabelas com proporções para as escalas de Katz, Lawton e Brody e a de caracterização, e média e desvio padrão para o WHOQOL-BREF, o qual, a soma dos escores médios de cada domínio varia de 4 a 20, sendo invertidas as questões cuja escala de respostas é invertida.

A pesquisa seguiu todos os preceitos da Resolução que viabiliza pesquisas com seres humanos, de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro universitário de Maringá – UNICESUMAR (CAAE: 90795418.4.0000.5539). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com os pesquisadores e uma com os idosos participantes.

## RESULTADOS

A pesquisa foi realizada junto a 90 idosos, sendo 45 deles em cada grupo. Em ambos os grupos houve predominância do sexo feminino, sendo 37 (82,2%) do G1 e 33 (73,3%) do G2. (Tabela 1)

A faixa etária dos participantes foi compreendida entre 60 e 89 anos, preponderando maior número de indivíduos entre 60 e 69 anos (46,7%) em ambos os grupos. O nível predominante de escolaridade foi de até 4 anos de estudos, sendo 32 (71,1%) do G1 e 24

(53,3%) do G2. Quanto ao estado civil predominaram os idosos casados, 22 (48,9%) do G1 e 24 (53,3%) G2. (Tabela 1)

Nos dois grupos, 35 idosos (77,8%) são aposentados. Dos participantes das atividades, 20 idosos (44,4%) recebem um salário mínimo e 20 (44,4%) deles recebem dois salários mínimos; e dos não participantes das atividades, 17 (37,8%) recebem um salário mínimo e 20 (44,4%) recebem dois salários mínimos. Verificou-se ainda que 39 (84,4%) e 32 idosos (71,1%), do G1 e G2 respectivamente, convivem com familiares. (Tabela 1)

Em relação à saúde, 38 (84,4%) do primeiro grupo e 42 (93,3%) do segundo responderam ter alguma doença crônica. A maioria dos idosos do G1 (55,6%) utilizam 1-2 medicações e 14 (31,1%) idosos do mesmo grupo usam 3 ou mais medicações. Em contrapartida, 20 (44,4%) idosos do G2 usam 1-2 medicações e 21 (46,7%) utilizam 3 ou mais medicamentos. (Tabela 1)

Quanto à prática de atividade física, 35 (77,8%) do G1 responderam que praticam alguma atividade. Já do outro, em sua maioria não praticam atividades (68,9%). (Tabela 1)

Quando questionado aos idosos de ambos os grupos sobre sua autopercepção de saúde, 22 (48,9%) dos idosos do G1 responderam “boa” e 20 (44,4%) do G2 responderam entre “Razoável e péssima”. (Tabela 1)

**Tabela 1:** Perfil socioeconômico e de saúde de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção a saúde oferecidos na UBS Parigot de Souza de Maringá –PR, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>G1</b>		<b>G2</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>				
Feminino	37	82,2	33	73,3
Masculino	8	17,8	12	26,7
<b>Idade</b>				
60-69	21	46,7	21	46,7
70-79	20	44,4	18	40
80-89	4	8,9	6	13,3
<b>Escolaridade</b> (anos de estudo completos)				
Não estudou	6	13,3	17	37,8
Até 4 anos de estudo	32	71,1	24	53,3
4 anos ou mais	7	15,5	4	8,9
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	5	11,1	2	4,4
Casado	22	48,9	24	53,3
Outros	18	40	19	42,2

<b>Aposentado ou pensionista</b>	35	77,8	35	77,8
Sim	10	22,2	10	22,2
Não				
<b>Renda familiar (SM*)</b>				
1 salário mínimo	20	44,4	17	37,8
2 salários mínimos	20	44,4	20	44,4
3 ou mais salários mínimos	5	11,1	8	17,8
<b>Convive com familiares</b>				
Sim	39	86,7	32	71,1
Não	6	13,3	13	28,9
<b>Presença de doença Crônica</b>				
Sim	38	84,4	42	93,3
Não	7	15,5	3	6,7
<b>Medicamentos em uso</b>				
0	6	13,3	4	8,9
1 -2	25	55,5	20	44,4
3 ou mais	14	31,1	21	46,7
<b>Pratica de atividade física</b>				
Sim	35	77,8	14	31,1
Não	10	22,2	31	68,9
<b>Auto percepção de saúde</b>				
Excelente – ótima	9	20	10	22,2
Boa	22	48,9	15	33,3
Razoável – péssima	14	31,1	20	44,4

\* SM: Salário Mínimo

Em relação à funcionalidade, verificou-se no grupo 1 que todos os idosos se encontravam em situação de independência para realizar ABVDs sem a necessidade de supervisão ou auxílio. De modo similar, no grupo 2, 42 idosos (93,3%) se mostraram independentes para estas mesmas atividades, sendo que apenas três apresentaram algum tipo de dependência (6,7%). (Tabela 2)

Ao que se refere AIDVs, constatou-se que 33 (73,3%) e 22 idosos (48,9%) do G1 e do G2 respectivamente, apresentam-se independentes e não necessitando de auxílio. Todavia, 12 idosos (26,7%) no G1 e 23 idosos (51,1%) no G2 apresentaram algum tipo de dependência para as atividades instrumentais. (Tabela 2)

**Tabela 2:** Classificação da funcionalidade de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção a saúde em relação as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) empregada pela escala de Katz, e das Atividades Instrumentais de Vida Diária empregada pela escala de Lawton e Brody, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>G1</b>		<b>G2</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ABVDs</b>	Independente	45	100	42	93,3
	Algum tipo de dependência	-	-	3	6,7
<b>AIVDs</b>	Independente	33	73,3	22	48,9
	Algum tipo de dependência	12	26,7	23	51,1

No aspecto relativo à avaliação da qualidade de vida, o domínio relações sociais demonstrou a maior média em ambos os grupos sendo G1 ( $16,06 \pm 1,24$ ) e G2 ( $14,87 \pm 2,01$ ), seguido pelo domínio qualidade de vida global, G1 ( $15,11 \pm 2,24$ ), G2 ( $14,62 \pm 2,44$ ) e meio ambiente, G1 ( $14,50 \pm 1,51$ ) e G2 ( $13,49 \pm 2,00$ ), sendo o domínio físico o que obteve as menores médias, G1 ( $13,23 \pm 1,40$ ), G2 ( $13,17 \pm 1,43$ ). Cabe salientar, que ao comparar os dois grupos apenas no domínio psicológico verificou-se menor média no G1 ( $13,81 \pm 1,24$ ). De modo geral ambos os grupos apresentaram médias elevadas evidenciando boa qualidade de vida. No domínio psicológico o G2 teve a maior média ( $14,30 \pm 1,97$ ), e nos domínios meio ambiente e qualidade de vida global, o G1 apresentou maiores médias ( $14,50 \pm 1,51$ ) e ( $15,11 \pm 2,24$ ). (Tabela 3)

**Tabela 3:** Percepção da qualidade de vida dos idosos participantes e não participantes dos grupos de promoção a saúde conforme pontuação dos domínios referentes ao instrumento WHOQOL-BREF.

Domínios	<b>G1</b>		<b>G2</b>	
	Média ±	Média ±	Média ±	Média ±
Físico	$13,23 \pm 1,40$		$13,17 \pm 1,43$	
Psicológico	$13,81 \pm 1,24$		$14,30 \pm 1,97$	
Relações Sociais	$16,06 \pm 1,24$		$14,87 \pm 2,01$	
Meio Ambiente	$14,50 \pm 1,51$		$13,49 \pm 2,00$	
Qualidade de Vida Global	$15,11 \pm 2,24$		$14,62 \pm 2,44$	
<b>TOTAL</b>	$14,23 \pm 1,06$		$13,84 \pm 1,41$	

## DISCUSSÃO

Foi constatada a predominância do sexo feminino em ambos os grupos, sendo ainda maior no primeiro grupo. Observa-se que as mulheres têm maior interesse na prática de atividades relacionadas à promoção a saúde, talvez por preocuparem-se mais com a saúde e com a adoção do estilo de vida saudável, se comparadas aos homens<sup>(8)</sup>. Essa tendência de buscar uma melhor qualidade de vida aumenta a expectativa de vida feminina, o que torna este gênero predominante em estudos do tipo.<sup>(1,8)</sup>

De modo geral, os indivíduos entrevistados são na maioria idosos jovens e com escolaridade baixa. Sabe-se que o nível de instrução é relevante para o desenvolvimento de vários fatores sociais e a sua falta pode prejudicar até mesmo a saúde da população, pois interfere na compreensão e na percepção de saúde, tornando a baixa escolaridade um fator preocupante para o processo saúde-doença.<sup>(7)</sup>

Em relação ao estado civil, houve um maior número de idosos casados, resultado este que não corresponde com o perfil exposto em estudo<sup>(7)</sup> realizado com idosos de um grupo de convivência vinculado a um Centro de Saúde da Família (CSF) que também apresentou predominância do sexo feminino, mas evidenciou maior percentual de viúvas, justificando-se talvez pela maior expectativa de vida das mulheres.

A renda familiar predominante foi a aposentadoria, com porcentagem maior de até dois salários mínimos mensais nos dois grupos. A aposentadoria traz algumas mudanças para a rotina do idoso, que deixa a vida ativa do trabalho e busca o descanso e lazer, no entanto, pode trazer sentimento de tristeza e incapacidade.<sup>(1)</sup>

O convívio familiar foi uma característica presente nos idosos entrevistados, visto que, a maioria reside com algum familiar, o que nem sempre está atrelado a uma interação social satisfatória dentro de seu círculo familiar. Acredita-se que tal aspecto pode estimular o interesse dos idosos em participar das atividades de PS, por acreditarem que os mesmos podem proporcionar uma maior interação com o meio social.<sup>(12)</sup>

No que se refere a aspectos da saúde, grande porcentagem dos idosos demonstraram prevalência de doenças crônicas, sendo que, no G2 apenas três idosos não apresentaram tal condição. Em alguns casos houve mais de um agravo crônico de saúde, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a doença mais prevalente. Em estudo realizado com idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade, identificou-se também a prevalência da hipertensão.<sup>(1)</sup>

Diante disso, a existência de doenças crônicas reflete um estilo de vida não saudável que compromete a vida e o bem-estar do idoso. Esses dados confirmam a necessidade de ações voltadas à manutenção da saúde dessa população, pontuando o compromisso de promover a melhora da qualidade de vida dos mesmos.<sup>(7)</sup>

Com isso, o uso de medicamentos é uma característica muito presente. No G2, a maioria faz uso de 3 ou mais medicamentos. Estudo aponta que de todas as medicações prescritas para a população brasileira, 50% são para os idosos, fato relacionado ao maior índice de prevalência de doenças crônicas que atingem essa classe, fazendo com que eles sejam usuários constantes de medicamentos e dos serviços de saúde no Brasil.<sup>(7)</sup>

Em relação à prática de atividade física, os idosos do G1 se mostraram mais ativos, sendo a caminhada uma das atividades mais citadas por eles. O exercício físico é de suma importância para a qualidade de vida, pois auxiliam na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, e ainda, atuam minimizando o declínio da capacidade funcional e mental. Ademais, pode ser vista como ferramenta no processo saúde-doença contribuindo para a redução dos gastos públicos na medicina curativa.<sup>(1)</sup>

Quanto à percepção de saúde, quando questionados, a maior parte dos idosos do G1 a avaliaram como “boa”, e do G2 como “razoável ou péssima”. Estes resultados podem ser relacionados ao grau de dependência na execução de atividades, tendo em vista que em ambos os grupos, mesmo que maior no segundo houve prevalência de doenças crônicas. Estudo<sup>(13)</sup> observou que os idosos relacionam a saúde à independência, sendo a capacidade funcional um importante indicador de saúde pela própria concepção dos idosos, que mesmo com a presença de doenças influenciam sua percepção de saúde a sua funcionalidade.

O resultado encontrado sobre a percepção de saúde remete a importância de atividades que representem um envelhecimento ativo e saudável aos idosos. A participação em grupos de PS surge como opção favorável para essas condições, pois, facilita, sobretudo, a manutenção da capacidade funcional, proporcionando a autonomia e independência na execução de suas atividades, o que representa uma das categorias do significado de “saúde” para esta população.<sup>(13)</sup>

Na avaliação das ABVDs, foi observado que os idosos G1 mostraram-se independentes em sua totalidade. Perfil semelhante foi encontrado em um estudo com idosos assistidos pela ESF que frequentavam grupos com o objetivo principal de manter a população ativa<sup>(5)</sup>. Com isso, é notório que os grupos os beneficiam na manutenção da mobilidade e funcionalidade e, além disso, favorecem adoção de um estilo de vida saudável, potencializam

a socialização, e a mobilidade física, despertando a satisfação consigo mesmo, minimizando tristezas e isolamento.<sup>(7)</sup>

Já em relação aos participantes do G2, foi encontrado indivíduos com algum nível de dependência na execução das mesmas atividades. A ausência de manutenção da saúde propicia o declínio funcional inerente ao envelhecimento, fato observado nesse achado. Sabidamente, a prática de exercícios físicos ou atividade em grupo se estabelece como uma medida capaz de postergar a alteração dos declínios funcionais, e minimiza ainda o surgimento de enfermidades crônicas em idosos saudáveis.<sup>(4)</sup>

No que diz respeito às AIVDs, os idosos do G1 também se mostraram mais independentes. A autonomia e a independência para a execução de tais atividades dependem do bom funcionamento de fatores como a mobilidade, cognição, comunicação e humor. Consequentemente, ao participarem dos grupos de PS eles promovem a manutenção desses fatores, sendo beneficiados com um maior índice de independência na execução dessas atividades.<sup>(3)</sup>

As AIVDs exigem maior capacidade cognitiva para execução, sendo que os idosos perdem primeiro a capacidade de realizar essas atividades, antes de surgir a dependência das atividades básicas. Contudo, os não participantes demonstraram dependência consideravelmente maior na execução das AIVDs, além de ser o grupo que apresentou dependência nas ABVDs. Esse achado pode estar relacionado à falta de manutenção da funcionalidade, que propicia o declínio contínuo das funções afetadas pelo envelhecimento. Além disso, a incapacidade de executar essas atividades causa inúmeros transtornos, prejudicando o convívio social e até mesmo a família, pois necessitam de auxílio e demanda maior mobilização para a execução.<sup>(3)</sup>

Na avaliação da qualidade de vida, os escores de cada domínio do WHOQOL-BREF foram satisfatórios em relação à pontuação máxima em ambos os grupos. O Domínio Físico obteve as menores pontuações dos domínios, sem diferença significativa entre os grupos, preponderando maior média no G1. Não obstante, percebe-se que os grupos de PS têm contribuição positiva sobre aspectos físicos dos idosos mesmo com as mudanças advindas do envelhecimento, tendo em vista que, durante as entrevistas foi observado pelos pesquisadores que alguns indivíduos do G2 mantinham respostas positivas em relação a este domínio mesmo sendo visível a dificuldade de locomoção, dor e o maior nível de dependência apresentado por eles na avaliação das atividades de vida diária. Tal comportamento pode estar relacionado à falta de capacitação e educação em saúde, o que prejudica o indivíduo a ter uma

visão ampla no reconhecimento dos aspectos que afetam a independência e a saúde na velhice.<sup>(8)</sup>

Em relação ao domínio psicológico, o G2 obteve a maior média, contrariando o achado em estudo<sup>(14)</sup> que identificou maior chance de qualidade de vida ruim nesse aspecto em idosos com dependências funcionais, visto que, a incapacidade funcional afeta a autonomia e o sentimento de utilidade na vida. Outro fator que pode comprometer o domínio psicológico é a ausência dos filhos no dia a dia do idoso ou problemas familiares, o que pode estar relacionado a menor média encontrada nos idosos do G1.

No domínio Relações Sociais, o G1 apresentou maior média de modo geral. Tal achado pode evidenciar que a participação em atividades de PS proporciona o desenvolvimento das relações sociais fortalecendo o convívio social e novos relacionamentos interpessoais<sup>(15)</sup>. Nota-se aqui a importância de medidas que integrem o idoso ao meio social, mantendo-os engajados socialmente, fomentando seu sentimento de utilidade e assim colaborando para a melhora da qualidade de vida.<sup>(16)</sup>

O domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF diz respeito à segurança do indivíduo, questões financeiras e acesso a recursos de saúde, transporte e lazer. Neste domínio o primeiro grupo também obteve a maior média, questões como a maior independência física encontrada nesses idosos influenciam o bom desempenho nas facetas desse domínio, pois possuem maior facilidade de deslocamento para garantir acesso aos recursos de lazer e saúde e ainda autonomia para atuarem como cidadãos ativos.<sup>(14)</sup>

Contudo, foi evidenciado melhor percepção de qualidade de vida nos idosos do G1 na avaliação global, que envolve as facetas de satisfação com a saúde e a qualidade de vida. É evidente que a preservação da saúde física, o sentimento de segurança, reconhecimento e a oportunidade de participação e convívio no meio social contribuem para o envelhecimento com saúde, e melhora a percepção das condições de vida. Pois possibilita ao idoso ter contato com o meio externo a sua família e a atuar sobre sua saúde com autonomia.<sup>(16)</sup>

De modo geral, observamos que os idosos que se mantêm ativos fisicamente e no convívio social participando dos grupos de PS se mostraram mais independentes em relação aos que não participam, evidenciando assim que tais atividades trazem benefícios a esta população que cresce progressivamente e necessita de ações de saúde que minimizem as incapacidades associadas a velhice. A qualidade de vida destes idosos também pode ser percebida como melhor, tendo em vista que tiveram maiores médias nos domínios do WHOQOL-BREF de forma positiva.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a influência das atividades de PS na percepção dos idosos e comparar os dados encontrados entre os que participam regularmente de tais atividades e os que não participam. Verificou-se nesse contexto que os indivíduos que participam dos grupos e estão inseridos no meio social, engajados na manutenção da saúde física, mental e cognitiva são mais independentes e se percebem com melhor qualidade de vida diante do envelhecimento.

Já os resultados em relação aos idosos que não participam demonstraram maiores declínios funcionais, e maior chance de qualidade de vida ruim, conforme a própria percepção dos indivíduos, evidenciando que a falta de práticas de PS se torna prejudicial ao envelhecimento saudável. Destarte, ressalta-se a importância dos grupos de promoção da saúde que vem estimulando a população idosa a um estilo de vida saudável e ativo, promovendo a autonomia e independência, facilitando a socialização, e proporcionado o bem-estar físico e mental.

A temática desta pesquisa é relevante diante do aumento da expectativa de vida que demanda maior necessidade de promover a qualidade de vida dos idosos. E ainda, os dados mais recentes contribuem para informações mais próximas da realidade que podem direcionar as ações dos profissionais envolvidos com esse público.

## REFERÊNCIAS

1. Freire V, Silva IP, Moura WB, Rocha FCV, Madeira MZA, Amorim FCM. Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. Rev. Interd. 2015; 8(2): 11-19.
2. Braga IG, Braga EB, Oliveira MCA, Guedes JD. A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. Id on Line Revista de Psicologia. 2015; 9(26): 211-22.
3. Teles MAB, Junior RFS, Medrado KDM, Lima ER, Medeiros MRB, Siqueira LG. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados em uma estratégia saúde da família. Rev enferm UFPE. 2017; 11(6): 2620-27.
4. Cordeiro J, Castillo BLD, Freitas CS, Gonçalves NP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2014; 17(3): 541-52.

5. Marandi BAN, Silva BT, Abreu DPG. Avaliação da capacidade funcional de idosos: atividades das equipes da estratégia de saúde da família. *J. Res. Fundam. Care.* 2017; 9(4): 1087-93.
6. Oliveira FA, Barros LSF, Aguiar FPF, Gomes LFS, Guedes MVC, Moura DJM. Estratégias educativas para promoção da saúde de idosos de um centro de convivência. *Rev. Conexão.* 2017; 13(3): 500-11.
7. Machado WD, Gomes DF, Freitas CASL, Brito MCC, Moreira ACA. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: em estudo em grupos de convivência. *ReOnFacema.* 2017; 3(2): 444-51.
8. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil VV. Qualidade de vida de idosos que participam de grupo de promoção da saúde. *Enferm. Global.* 2015; 40: 12-22.
9. Apostolo JLA. Instrumentos para avaliação em geriatria. Escola superior de enfermagem; 2013.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34(2): 178-83.
11. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2000; 5(1): 33-38.
12. Araújo LSA, Moreira ACA, Freitas CAS, Silva MAM, Val DR. Idosos e grupos de convivência: motivos para a não adesão. *SANARE.* 2017; 16(1): 58-67.
13. Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin LMG. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(4): 809-19.
14. Souza AAD, Martins AMEB, Silveira MF, Coutinho WLM. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sci.* 2018; 43(1):14-24.
15. Costa LP, Bezerra VP, Pontes MLF, Moreira MASP, Oliveira FB, Pimenta CJL, et al. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39: 1-9.
16. Pereira FN, Silva VA, Barreto GDR, Motta JMS, Freitas MNC, Silva MV, et al. Impactos de intervenções com atividades físicas e psicossociais na qualidade de vida de pessoas idosas. *Pesquisas e Práticas psicossociais.* 2018; 13(1): 1-12.