

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GLEICIANE LUCENA PAZ BRASIL

PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

PICOS
2012

GLEICIANE LUCENA PAZ BRASIL

PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Laura Maria Feitosa Formiga.

PICOS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

B823p Brasil, Gleiciane Lucema Paz.

Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde / Gleiciane Lucema Paz Brasil. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (57 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Laura Maria Feitosa Formiga

1. Saúde do Idoso. 2. Qualidade de Vida. 3. Enfermagem Geriátrica. I. Título.

CDD 610.736 5

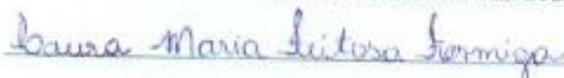
GLEICIANE LUCENA PAZ BRASIL

PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 26 / 10 / 2012

BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
Presidente da Banca



Profª. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
2º Examinador



Profª. Esp. Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
3º Examinador

À MINHA FAMÍLIA,

Meu porto seguro, minha base, minha fortaleza. Eu os amo profundamente, sem nunca cansar, hoje, todos os dias, para sempre. Sem vocês esta conquista não seria possível.

“Se fui capaz de enxergar mais longe, é porque estava em pé nos ombros de gigantes” (Isaac Newton).

AGRADEDIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a *Deus*, que sempre me iluminou e mostrou o caminho certo, sustentando-me nos momentos mais difíceis e me permitindo desta forma alcançar mais uma vitória.

Aos meus pais *Raimundo da Silva Brasil e Sandra Lucena Paz Brasil*, “meus alicerces”, exemplos de caráter, coragem e humildade, provas de que o esforço sempre ultrapassa a linha do impossível. Acreditem o apoio de vocês foi imprescindível para a conclusão desta etapa.

Ao meu irmão *Gleidson Lucena* pela cumplicidade, amizade, implicância, sempre me motivando a estudar cada vez mais, me compreendendo e me acalmando até mesmo quando eu pensava que não iria conseguir. Saiba maninho que essa conquista não é só minha, ela também é sua.

A todos os meus demais *familiares* pelo estímulo e confiança depositada em mim.

A minha orientadora *Laura Maria Feitosa Formiga*, minha guia; pela oportunidade e ajuda na escolha da temática. Quantas noites e fim de semanas trabalhando? Mesmo cansada sempre me orientou com carinho e muita paciência.

A todos os meus *amigos de classe* pelas conquistas alcançadas e desafios superados ao longo dessa caminhada, em especial:

Clara Maria, por seu “ombro-amigo”, por ter-me “adotado” desde o início do curso, por sua calma em escutar meus desabafos, aconselhando-me e dando força sempre.

Gleison Resende, pela cumplicidade, alegria, por me ensinar a levar a vida de forma mais descontraída. Pela dedicação e ajuda neste trabalho, além da enorme paciência em sempre me explicar o que não entendia.

João Egidio, pelo companheirismo, ajuda na primeira etapa do projeto, pelos ensinamentos sobre a pesquisa e pelo incentivo a participação em eventos científicos.

Rosiane Cipriano, Wellyda Jéssica, Solane Alves, Márcio Victor, Jéssica Alves. Amigos, parceiros, cúmplices, por fazerem eu me sentir tão querida e especial. Pelas aventuras e momentos compartilhados. Vocês foram indispensáveis para meu crescimento pessoal, além de tornarem meus dias mais alegres.

As minhas amigas de convivência e irmãs de coração, *Alaíde Macêdo, Aryane Antunes, Elaine Carvalho*. Por fazerem parte desta caminhada comigo, por me tranquilizarem em momentos de desesperos, pelos mimos e todo suporte a mim dado, ensinando-me a amadurecer e a ter uma nova visão do mundo.

Em especial a *Sara Portela*, pelo suporte espiritual, por sua ajuda em minha coleta de dados, por sua exigência, leitura rigorosa e questionamentos bem elaborados sobre o trabalho, fazendo-me esforçar cada vez mais para melhorá-lo.

Aos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde, pela receptividade, carinho, atenção e colaboração por aceitarem a participar da pesquisa. Esse trabalho é para vocês.

E a todos meus professores, que através de sua presença ajudaram-me a concretizar gradativamente a conclusão desta jornada e contribuíram para a minha formação profissional. Em especial a *Édina Araújo* e *Ana Karla* por aceitarem fazer parte da banca examinadora, dedicando seu tempo para aperfeiçoar ainda mais esta pesquisa.

“De tudo que ficaram três coisas: A certeza que estamos começando, a certeza que preciso continuar e a certeza que podemos ser interrompidos. Fazer da interrupção um passo novo, fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro” (Fernando Sabino).

A todos vocês MEU MUITO OBRIGADO!

"Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres."

(Lucius Annaeus Sêneca)

RESUMO

O envelhecimento saudável não se constitui apenas um aspecto biológico, esse tem complemento na situação social e cultural o que influencia o acesso a saúde e prevenção de doenças. Futuramente a população idosa tende a crescer cada vez mais, e é nesse contexto que se insere a necessidade de grupos de promoção à saúde (GPS) para favorecer um envelhecimento ativo e de qualidade. O presente estudo teve por objetivo geral traçar o perfil dos idosos participantes dos GPS. Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012 no município de Picos – PI. A amostra foi constituída por 75 idosos de ambos os sexos. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2012 através de um formulário elaborado pela pesquisadora contendo variáveis relacionadas aos dados pessoais, situação sócio-econômica, perfil clínico, hábitos de vida e questões referentes ao grupo. Os dados foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Foram obedecidas as normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o CAAE n° 0448.0.045.000-11. Os resultados evidenciaram que 82,9% eram do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 65 anos (40,8%), analfabetos (40,8%) e casados (46,1%). Quanto aos dados clínicos, 73,7% apresentavam algum problema de saúde, destacando-se a hipertensão arterial (55,3%). Em relação aos hábitos de vida, 73,7% afirmou praticar atividade física, sendo a caminhada a mais referida com 40,8%, 81,6% não ingerem bebidas alcoólicas e 55,3% são ex-tabagistas. No que se refere à participação no grupo, 55,3% ingressou em busca de melhorias para saúde, destacando atividade física como a prática mais realizada, 35,5% enfatizou o grupo como um espaço importante de ensino-aprendizagem e 96,1% relataram melhorias na saúde após ingresso, ressaltando aumento na autoestima/vontade de viver com 84,2%. Percebeu-se com o estudo o quão benéfico é a participação do idoso em grupos, o que leva-nos a refletir sobre a importância em compreender o particular processo de envelhecimento de cada indivíduo para desenvolver intervenções adequadas às características desta população que corresponda às expectativas e consiga envolvê-lo integralmente no sentido de produzir melhorias biopsicosociais.

Palavras-chaves: Saúde do Idoso. Enfermagem. Grupos.

ABSTRACT

The healthy aging don't constitute just biological aspect, that has a complement in social and cultural situation, wich influences access to health and disease prevention. Eventually the older population tends to grow ever more, and is in this context that inserts health promote groups (HPG) necessity to favor a quality and active aging. The present study had for general objective delineate profile HPG older people participant. It's a transversal study, exploratory-descriptive type, using a quantitative approach realized in August (2011) to June (2012) in Picos-PI city. The sample was composed by 75 elderly people of both sexes. The data collection occurred during March and April 2012 months through a developed form by the researcher containing variables related to personal data, socio-economic situation, clinical profile, and lifestyle issues related to group. Data were analyzed using SSPS (Statistical Package for Social Sciences) statistical program version 17.0. Ethical standards for human research were obeyed and approbation of UFPI Ethical and Research Committee under CAAE n° 0448.0.045.000-11. The results showed that 82,9% were female aged between 60 and 65 years age group (40.8%), illiterate (40.8%) and married (46.1%). As to clinical data, 73.7% had some health problems, especially arterial hypertension (55.3%). In relation to the lifestyle, 73.7% said physical activity, walking with the most reported 40.8%, 81.6% did not ingest alcoholic beverages and 55.3% are ex-smokers. Concerning in group participation, 55.3% enrolled in seeking improvements to health, emphasizing physical activity as the most accomplished practice, 35.5% emphasized the group as an important teaching-learning and 96, 1% reported health improvements after entering, noting an increase in selfesteem/desire to live with 84.2%. It was perceived from study how beneficial is the elderly participation in groups, which leads us to reflect about comprehend importance of particular each individual aging process to develop interventions appropriate to this population characteristics that meets expectations and can wrap it entirely in order to produce biopsychosocials improvements.

Key-words: Older people Health. Nursing. Groups.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	— Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos dos idosos participantes dos GPS. Picos - PI, 2012. (N=75)	27
Tabela 2	— Distribuição dos dados referentes aos problemas de saúde dos idosos participantes dos GPS. Picos - PI, 2012. (N=75).....	29
Tabela 3	— Distribuição dos dados relacionados aos hábitos de vida dos idosos participantes dos GPS. Picos - PI, 2012. (N=75).....	30
Tabela 4	— Distribuição dos dados referentes aos GPS dos idosos entrevistados. Picos - PI, 2012. (N=75)	31

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSHNB	Campus Senador Helvidio Nunes de Barros
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAMIA	Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial
GPS	Grupo de Promoção à Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicilio
QV	Qualidade de Vida
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERCIFE	Terceira Idade Feliz
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNITI	Universidade da Terceira Idade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 O Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida (QV)	16
3.2 Políticas Públicas de Saúde para a Pessoa Idosa	18
3.3 Grupos de Promoção à Saúde (GPS)	20
3.4 Grupos de Promoção da Saúde no Contexto do Trabalho da Enfermagem	22
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de Estudo	24
4.2 Local e Período do Estudo	24
4.3 População e Amostra	25
4.4 Coleta de Dados	25
4.5 Análise e Interpretação dos Dados	26
4.6 Aspectos Éticos e Legais	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNCICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

Os avanços no campo da tecnologia e da ciência, as melhorias nas condições sanitárias, a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, possibilitaram o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o aumento da população idosa, alterando desta forma a pirâmide populacional brasileira.

O Brasil conta com uma população de idosos, no ano de 2010, na ordem de 21 milhões de habitantes (20.590.599). Isso representa um aumento na proporção de idosos com 65 anos ou mais, que era de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. Já na Região Nordeste a proporção de idosos na população passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010 (IBGE, 2010).

O Nordeste ainda tem, comparado a outras regiões, características de uma população jovem. Não diferente desse contexto, o estado do Piauí apresenta uma população de 331.877 idosos (IBGE, 2010). O município de Picos, localizado no Vale do Guaribas, apresenta atualmente um quantitativo de 8.606 idosos, entre homens e mulheres assistidos na atenção básica de saúde.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, – senescência, o que em condições normais, não costuma causar qualquer problema. Entretanto em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, entre outros, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela adoção de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006).

Infelizmente o envelhecimento saudável não se constitui apenas aspecto biológico, este também tem complemento na situação social e cultural que influencia o acesso à saúde e prevenção de doenças. O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006).

Futuramente esta população tende a crescer cada vez mais, e é nesse contexto que se insere a necessidade de grupos de promoção à saúde (GPS), para favorecer um envelhecimento ativo, uma vez que estes, através das atividades desenvolvidas buscam trabalhar dentro de uma abordagem integral ao envolverem interação social, aspectos emocionais, comportamentais, entre outros.

Estudos demonstram que em grupo é mais fácil aprofundar discussões, ampliar conhecimentos sobre temas relacionados à saúde, conduzir processo de educação em saúde, instigar adoção de hábitos saudáveis, contribuir para mudanças de comportamento, além de promover a socialização (VICTOR, et al., 2007).

Para tanto, faz-se necessário que a sociedade invista em novos serviços de atenção à saúde do idoso voltados para suas necessidades específicas, tanto no contexto de saúde como nas questões sociais. A participação dos idosos nos GPS significa valorizá-los, torná-los produtivo, além de colaborar para uma nova concepção sobre velhice.

Analisando este contexto e pela participação direta da acadêmica de enfermagem dentro de um GPS na cidade de Picos – PI, faz-se necessário, conhecer o perfil dos idosos participantes dos grupos, do referido município, para desta forma trabalhar com atividades que correspondam às necessidades e expectativas de seus participantes, a fim de melhorar a autonomia e a qualidade de vida (QV) contribuindo assim para um envelhecimento saudável.

Mediante o exposto, este estudo é de grande relevância para a enfermagem, pois incentivará os profissionais enfermeiros no redimensionamento do cuidado, especialmente, na implementação efetiva de GPS, no contexto da comunidade renovando o atendimento individual para contemplar uma abordagem grupal, que envolva o idoso holisticamente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer o perfil dos idosos participantes de grupos de promoção à saúde;

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sócio-demográfico e clínico dos participantes dos grupos de promoção à saúde;
- Identificar as atividades desenvolvidas pelos grupos de promoção à saúde;
- Investigar a importância das ações desenvolvidas pelo grupo de promoção à saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos;

3 REVISÃO DE LITARATURA

3.1 O Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida (QV)

O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres que depende e será influenciado por uma série de fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros) conferindo a cada um que envelhece características particulares. Essas mudanças podem influenciar na habilidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, podendo comprometer sua qualidade de vida.

Uma pesquisa realizada com 48 idosos, homens e mulheres, cadastrados e atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural do Ceará, buscou conhecer o significado do envelhecimento e da experiência envelhecer. O estudo apontou que para os idosos o envelhecimento traz muitas perdas, principalmente quando acometidos pelo adoecimento, entretanto, relataram que, hoje, são felizes pelas conquistas pessoais e materiais, além da família que conseguiram formar (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Freitas, Queiroz e Sousa (2010), através do estudo acima, chegaram à conclusão de que o envelhecimento é um processo complexo de mudanças na trajetória de vida das pessoas. Cada indivíduo tem suas peculiaridades que vão influenciar o estilo de vida de cada um, assim os modos de revelar o significado da velhice e o processo de envelhecer dependerão de como viveu essa pessoa e como fazem as adaptações e enfrentamentos cotidianos.

Em consonância ao estudo anterior, uma pesquisa realizada em João Pessoa/PB com 100 idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) buscou apreender os significados atribuídos ao envelhecimento elaborados por idosos funcionalmente independentes e observou que os estímulos “idoso” e “velho” foram associados a aspectos com conotações negativas representado como “doente” e “inútil”, centrado na “lembrança” enquanto que o estímulo “idoso ativo” foi comparado a uma “criança”, embora seja uma pessoa “responsável”, que tem “energia (FERREIRA, et al., 2010).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve vir acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e seguridade. Nessa direção, no final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento, este por sua vez, pode

ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, com o intuito de melhorar a QV à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Segundo Tamai (2010), pensar atualmente em um idoso saudável nos remete a imaginar uma pessoa em plena atividade, participativa, buscando bem-estar físico, mental e social, termo utilizado pela OMS para definir saúde. De modo geral o termo QV foi incorporado ao vocabulário da população fazendo com que pessoas refletissem acerca de seu estilo de vida, valores e expectativas quanto ao futuro.

A QV tornou-se um conceito amplamente difundido em várias áreas, principalmente no meio acadêmico, por meio de pesquisas científicas relacionados à saúde. Alguns desses estudos, entretanto têm sido criticados por autores que alegam que os instrumentos criados para verificar a QV na verdade avaliam diferentes aspectos. Isto ocorre devido à falta de consenso sobre a complexidade do fenômeno que se pretende avaliar. Há, contudo, concordância sobre o fato de que a QV é composta por aspectos objetivos e subjetivos, positivos e negativos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Para Freitas, Queiroz e Sousa (2010), à medida que a pessoa envelhece, sua QV se vê determinada, em sua maior parte, pela capacidade de manter a autonomia e a independência. A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de tornarem-se condicionados pela doença ou por não serem capazes de exercer suas atividades cotidianas. Tal evento fortalece a abordagem de manutenção de vida saudável, que significa comprimir morbidade, prevenindo as incapacidades.

Segundo Torres et al. (2010), a QV está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal, abordando uma série de aspectos, tais como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de QV, portanto varia de um autor para o outro em virtude de seu caráter subjetivo e abstruso mediante as extensas variáveis que abrange.

Um estudo realizado com 260 idosos de um distrito de saúde de Porto Alegre/RS buscou conhecer a percepção de pessoas idosas à cerca da QV e revelou que para os idosos significa:

Viver bem, conviver bem com a família e amigos, ter o que comer e dispor de uma alimentação saudável, poder realizar atividades de lazer e ter recursos para manter suas necessidades. Os mesmos reforçam que QV constitui-se num construto multidimensional, e que as percepções sobre qualidade de vida de pessoas idosas têm significados específicos para esse grupo etário (PASKULIN, et al., p.106, 2010).

Para Paskulin et al. (2010), entender como os idosos compreendem o processo de envelhecimento, associado à noção de QV, possibilita aos enfermeiros e demais profissionais da área pensar em estratégias de saúde para além do enfoque da doença.

Em consonância Pereira, et al. (2011), afirma que é necessário conhecer o perfil do idoso e os fatores que colaboram para uma redução ou aumento da QV, sendo indispensável aos provedores de cuidados em saúde, gestores e políticos, para que sejam capazes de melhorar a vida cotidiana da população idosa.

Portanto, conhecer o que os idosos valorizam, e como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, lazer, trabalho, entre outros, nos remete ao oportuno momento de trabalhar na perspectiva da promoção do bem-estar, auxiliando os atuais e futuros idosos a viver esta etapa, e de sugerir ações e políticas que concretizem mudanças do modelo assistencial de saúde no Brasil.

3.2 Políticas Públicas de Saúde para a Pessoa Idosa

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial que vem se tornando algo muito significativo em um país em desenvolvimento como o Brasil, gerando transformações profundas na sociedade, com mudanças principalmente no perfil de demandas de políticas públicas, em especial nas áreas de saúde e seguridade social.

Segundo Souza e Lautert (2008), os países em desenvolvimento devem criar projetos criativos e viáveis para lidar com a realidade de uma população idosa. Neste sentido, salienta-se que a mudança na pirâmide populacional exija a formulação de políticas sociais e de saúde voltadas aos idosos, com intuito de prevenir agravos, promover e manter a saúde física e mental, além de melhorar a QV destas pessoas.

A possibilidade de entender o envelhecimento dentro de um contexto positivo e a velhice como etapa da existência que pode ser acrescida de bem-estar, prazer e qualidade de vida vem sendo objeto de pesquisadores e estudiosos interessados em compreender as condições associadas à saúde na última fase do ciclo de vida: a velhice (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Além disso, para Andrade et al. (2010), o envelhecimento deve ser percebido com a naturalidade que lhe é intrínseca. E as pessoas que chegaram até essa fase deverão aprender a conviver positivamente com as barreiras adquiridas, mantendo-se em atividade até atingirem idades mais avançadas. Esse envelhecimento deve ser abordado como um processo, e a pessoa idosa como um indivíduo.

Para Braga et al. (2011), faz-se necessário ampliar o foco de atenção aos idosos, desenvolvendo estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção à saúde do idoso, garantindo-lhes desta forma melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável.

Nesse sentido, com o objetivo de melhorar a QV dos idosos, várias leis, portarias e decretos foram promulgados, como a Política Nacional do Idoso (Lei n.º 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, de 10 de dezembro de 1999) (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Segundo Combinato et al. (2010), para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, faz-se necessário a divulgação dos direitos da pessoa idosa, promoção do envelhecimento ativo e saudável, formação permanente dos profissionais de saúde e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Política Nacional do Idoso, que em seu artigo 2º considera idoso a pessoa maior de sessenta anos, 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 nº 8.080/90 e a Lei nº 8.842/94, a Política Nacional de Saúde do Idoso é parte fundamental da Política Nacional de Saúde e base para a ação do setor saúde na atenção integral a população idosa e aquela em processo de envelhecimento (TAHAN, 2009).

O Estatuto do Idoso criado pela Lei N.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, simboliza um grande progresso da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com forte participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, aumentou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abordando desde direitos essenciais até o estabelecimento de penas para os crimes cometidos contra essas pessoas (BRASIL, 2009).

Segundo Rodrigues et al. (2009), apesar da criação da Política Nacional da Saúde do Idoso em 1999 e do Estatuto do Idoso em 2003, somente em 2006, através do Pacto pela Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade.

Nesse sentido, as ações foram implantadas por meio de programas específicos para os idosos, como: campanhas de imunização contra a gripe, palestras sobre doenças crônico-degenerativas, grupos de convivência, distribuição de medicamentos, lares assistidos,

atividades culturais, oficinas de memória e de trabalhos manuais, grupos de crescimento e atividade física, entre tantos outros (BENEDETTI; GONÇALVES E MOTA, 2007)

Conforme o Ministério da Saúde (2006), é função das políticas públicas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor quadro de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável o principal objetivo nesse processo.

Desta forma apesar do desenvolvimento e ampliação de programas direcionados para a promoção da QV de pessoas idosas, se considerarmos saúde de maneira ampliada torna-se necessário alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais adequado para essa população.

3.3 Grupos de Promoção da Saúde (GPS)

As experiências de manter o bem-estar e/ou de lidar com o adoecimento são frequentes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, sendo fundamental promover a saúde e estimular comportamentos objetivando a manutenção da autonomia e do envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Souza, Lautert e Hilleshein (2011), os idosos se deparam com novas necessidades no contexto atual, exigindo desta forma adaptação por parte destes. Essa busca por melhoria na saúde do idoso tem despertado grande interesse na sociedade e em especial dos trabalhadores da área da saúde, em face da responsabilidade em promover o bem-estar, para que essa população alcance maior longevidade com qualidade.

Cientes dessas mudanças e da necessidade de adaptar o sistema de saúde a esta população, os profissionais envolvidos na questão do envelhecimento passaram a projetar e desenvolver ações globais no âmbito da promoção da saúde e bem-estar pautados na QV (TAMAI, 2010).

Souza e Lautert (2008), salientam que a participação social e o desenvolvimento de habilidades pessoais são alternativas favoráveis à saúde dos idosos e encontram-se entre os campos de atuação da promoção da saúde.

Conforme Horta (2009), a promoção da saúde é um processo que visa desenvolver a autonomia e a capacidade reflexiva dos indivíduos, permitindo o domínio sobre os determinantes da saúde. Desta forma é necessário criar estratégias que garantam a participação dos indivíduos na definição de seu modo de encaminhar a vida, além de valorizar o encontro entre profissionais e usuários e a busca pela garantia dos direitos da cidadania.

Estudos mostram a importância da existência de programas de saúde voltados aos idosos, percebe-se portanto a necessidade de conhecer as particularidades dos mesmos, e principalmente as razões que dificultam ou impedem o idoso de realizar atividades que poderiam beneficiá-lo, sendo esta uma das formas de promover a saúde e a QV (FERREIRA, et al, 2009).

Segundo Martins (2007), os idosos devem ser incentivados à participação social, visto a minimização de manifestações de deficiências cognitivas. Uma das oportunidades que podem ser desenvolvidas nesta perspectiva são grupos de educação em saúde, que facilitam a compreensão dos problemas manifestados no processo de envelhecimento.

Em consonância Machado et al. (2007), aponta as ações de educação em saúde como responsáveis pela produção de um saber coletivo que desperta no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

Desta forma, umas das atividades que envolvem a promoção de saúde, educação, melhorias nos aspectos físico, mental e social são os grupos de promoção à saúde, visto que o grupo para o idoso é um espaço possível e privilegiado de rede de apoio, que permite o idoso descobrir suas potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade favorecendo a elevação da auto-estima (Brasil, 2006).

Santos et al. (2006), definem os Grupos de Promoção de Saúde (GPS) 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.

Desta forma, Rizzolli e Surdi (2010), vêem o convívio em grupos como um espaço importante para fazer surgir tanto na pessoa idosa quanto na sociedade, uma mudança comportamental diante do contexto de preconceito que existe nesta relação, colaborando desta forma para a consolidação do papel social do idoso.

Combinato et al. (2010), reforça a idéia acima ao afirmar que o processo grupal é um espaço importante para a criação de rede de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; organização e mobilização para o efetivo controle social, bem como espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde.

Victor et al. (2007), considerou necessário na área da Enfermagem, fazer um levantamento dos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, nos

anos de 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 abordando o tema idoso, pelo fato daqueles serem eventos que viabilizam a divulgação e discussão de temas relevantes. E observou que dentre os 285 trabalhos na área da saúde do idoso, apenas três abordaram sobre o idoso numa perspectiva de grupo para promoção da saúde; 22 ainda enfatizaram o grupo como estratégia para atividade de educação em saúde, principalmente, para controle de doenças crônicas degenerativas.

Portanto, mediante a temas tão complexos como o envelhecimento, qualidade de vida e promoção da saúde, observa-se a necessidade de novos estudos nesta área, para um maior aprofundamento e compreensão de ações que favoreçam na criação de práticas inovadoras em saúde.

3.4 Grupos de Promoção da Saúde no Contexto do Trabalho da Enfermagem

O envelhecimento da população tem exigido respostas no que tange a formulação de políticas públicas de saúde e políticas sociais. Para que se enfrente esta realidade Souza e Lautert (2008), ressaltam a necessidade em adotar soluções criativas e viáveis que conduzam a atenção ao idoso para além do tradicional atendimento às doenças e seus agravos.

Neste sentido, o enfermeiro, no cotidiano de suas atividades, deve agir com equidade nas escolhas de suas intervenções, pois os indivíduos, dependendo do estágio de vida que se encontram, possuem necessidades específicas, que precisam ser atendidas de forma diferenciada, e o grupo pode ser um elemento facilitador para o processo de cuidar na promoção da saúde (VICTOR, et al., 2007).

Segundo Combinato et al. (2010), a promoção de saúde deve ser um processo que vise capacitar os indivíduos e comunidades para desenvolverem seus potenciais de saúde, ou seja, proporcionar oportunidades de conhecimento e controle sobre fatores determinantes para o seu bem-estar.

Desta forma, o enfermeiro deve buscar inserir os GPS no contexto da comunidade visto que estes são enfatizados como ambientes favoráveis para o acesso à informação, desenvolvimentos de habilidades para viver melhor, além de possibilitar aos seus participantes oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, elementos estes fundamentais no processo de envelhecimento.

Faz-se necessário uma maior reflexão dos enfermeiros da Atenção Básica sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva, visto que atividades realizadas em grupo favorecem a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa,

sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL,2006).

Conforme Horta et al. (2009), a prática de grupos é uma das possibilidades inovadoras para o atendimento do idoso uma vez que diminuem a demanda por consultas médicas e de enfermagem, além de valorizá-lo ao fornecer uma estrutura na qual permite o idoso desenvolver por meio da interação uma relação dialógica que opera nas mudanças de atitude diante do cuidado com a saúde.

Assim, os grupos como recente prática para promoção da saúde destacam-se como relevantes ao possibilitar que o idoso adquira vontade própria e competência para perceber e entender suas necessidades, incentivando a busca de soluções para seus problemas por meio de sua própria compreensão do que afeta seu bem estar, QV e poder de decisão (MARTINS, et al., 2007).

Em consonância Gonçalves e Schier (2005) enfatizam a contribuição do grupo para além do momento do encontro, quando cada participante adota comportamentos que resultam em independência, interdependência e autonomia no seu viver diário, ao tomar consciência da necessidade da adoção dos hábitos saudáveis de vida.

Sousa (2008), afirma que o grande desafio no processo de implementação dos grupos na comunidade está relacionado à percepção reducionista do usuário quanto as práticas desenvolvidas pela UBS, enfatizando apenas a noção de doença e as formas medicamentosas de tratá-las.

Para que seja revertido esse modelo, é imprescindível que o enfermeiro assuma sua responsabilidade social ao ofertar explicações esclarecedoras a comunidade quanto às atividades ofertadas dentro da UBS que vai além do processo saúde-doença.

Em consonância Araújo e Barbosa (2010), ao perceberem que os GPS se colocam ainda como um desafio para a resolutividade da atenção básica, atentam para a necessidade de conscientização de gestores a fim de superar o modelo de atenção à saúde tradicional.

Portanto, cabe aos enfermeiros, buscar incorporar os referenciais da saúde coletiva e da educação em saúde, para a construção de práticas planejadas em grupo que conciliem as necessidades dos idosos e as orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde desta população.

4 METODOLOGIA

A seguir uma descrição do método que proporcionou o alcance dos objetivos do estudo. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cuja coleta de dados foi realizada por uma acadêmica de enfermagem treinada pela pesquisadora.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Nos estudos transversais a exposição e o desfecho são verificados num mesmo momento. Não há período de seguimento ou observação e não há como definir com precisão a seqüência temporal dos eventos estudados (DYNIEWICZ, 2009).

Caracteriza-se como exploratório na medida em que permite ao pesquisador captar conhecimentos e comprovações teóricas, a partir de averiguações de determinadas hipóteses analisadas dentro de uma realidade específica, podendo proporcionar o levantamento de possíveis problemas ou o desenvolvimento posterior de uma pesquisa descritiva ou ainda experimental (Figueiredo, 2009).

O estudo descritivo é aquele que pretende descrever as características de determinada população, associar determinadas variáveis em uma pesquisa e utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário. Quanto à abordagem, o estudo quantitativo permite verificar opiniões e atitudes dos entrevistados, buscando chegar a explicações e compreensão de fenômenos por meio das relações entre as variáveis (GIL, 2010).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012, na cidade de Picos - PI com os GPS, vinculados à Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB), ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Paróquia de São Francisco de Assis.

As atividades regulares de cada grupo acontecem em locais específicos e próprios, vinculados a instituição a qual estão associados. O grupo Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), trata-se de um projeto de extensão da UFPI/CSHNB, associado à Cáritas Diocesana do município, e desempenha suas atividades em uma sala de aula localizada nas dependências

da UFPI. O Grupo Melhor Idade - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SFCFV) é de responsabilidade do CRAS do bairro Parque de Exposição e realiza suas ações uma sala apropriada dentro do próprio estabelecimento. O grupo Terceira Idade Feliz (TERCIFE) é coordenado pela Paróquia de São Francisco de Assis através das Irmãs da congregação de São José que atuam na igreja da Comunidade Santa Bárbara, e suas atividades são desenvolvidas em um salão anexo a igreja, próprio para reuniões dos membros do grupo e frequentadores da paróquia.

Os referidos locais do estudo foram escolhidos por serem os únicos a qual a pesquisadora teve conhecimento quanto à prática de GPS com no mínimo seis meses de existência e por estarem desempenhando suas atividades nos meses da coleta de dados.

4.3 População e amostra

A população desta pesquisa foi constituída por 140 idosos de ambos os sexos, divididos em 3 grupos, dos quais 40 participavam do NETI , 40 eram do Grupo Melhor Idade e 60 faziam parte do TERCIFE. Em virtude do número de idosos participantes dos GPS corresponderem a um número inferior a 200, a amostra foi equivalente a população. Entretanto não foi possível contemplar a soma de 140 idosos como previsto, já que no período da coleta de dados somente 75 atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, ou seja, somente estes tinham idade superior a 60 anos completo na ocasião da coleta de dados, apresentavam condições de comunicação e expressão, frequentavam regularmente o grupo e responderam a todos as questões do formulário da pesquisa. Como fator de exclusão elegeu-se, ter mais de três faltas consecutivas no mês durante os encontros do grupo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2012. Os dados foram coletados ao final das atividades do grupo, após convidar o idoso a participar da pesquisa, através de um formulário estruturado (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora e validado por dois avaliadores cujos critérios de seleção foram: ser enfermeiro e participarem de algum GPS, tendo, portanto, experiência nessa área.

Antes de se iniciar a coleta, foi realizado um teste piloto com 3 idosos da população alvo, que posteriormente foram excluídos da amostra. Após a análise do mesmo, percebeu-se a necessidade de reformulação do instrumento, acrescentando alternativas em

algumas questões.

Este instrumento teve como propósito armazenar dados da população investigada para que fosse traçado o perfil da amostra, abrangendo variáveis, referentes a aspectos pessoais, sócio-demográficos, clínico, tais como: o sexo, a idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, problemas de saúde, hábitos de vida, além de questões que investigavam a importância que esses grupos representavam para os idosos na melhoria da qualidade de vida, tais como: tempo de participação no grupo, motivos que levaram a participar, atividades desenvolvidas, importância que o grupo representa para o idoso, o que mudou após ingresso no grupo.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007, e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, o mesmo foi usado para o tratamento dos dados, sendo a análise efetuada por meio de estatística descritiva. A apresentação dos achados foi feita por meio de tabelas ilustrativas e a discussão utilizou a literatura pertinente à temática.

4.6 Aspectos éticos e legais

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI com o CAAE nº 0448.0.045.000-11 (Anexo A).

A aplicação do instrumento de coleta de dados obedeceu às normas preconizadas pela Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução, além de dispor sobre os aspectos éticos aos quais a pesquisa deve obedecer, expõe os requisitos que devem ser preenchidos ao construir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dessa forma, todos os indivíduos, que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e receberam uma cópia do mesmo assinado pelo pesquisador (Apêndice B), sendo-lhes garantido o sigilo e o anonimato. Estes também foram informados quanto à importância e a colaboração que esta pesquisa proporcionará ao município de Picos e que os dados coletados foram utilizados somente para fins científicos, além de terem total acesso aos resultados depois de concluído à pesquisa.

5 RESULTADOS

Neste estudo foi empregado um tratamento estatístico para a análise dos dados, no qual foram calculadas as frequências simples e os percentuais para descrição de variáveis sobre os dados socioeconômicos e demográficos, dados clínicos, hábitos de vida e questões relacionadas à participação do idoso em GPS.

5.1 Perfil Socioeconômico e Demográfico

Na tabela 1 está representado o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos participantes da pesquisa de acordo com sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, papel de chefe da família, trabalho/ocupação, renda mensal, tipo de residência e arranjo familiar.

Tabela 1-Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos dos idosos participantes dos GPS. Picos-PI, 2012. (N=75).

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	63	82,9
Masculino	12	15,8
Faixa etária (em anos)		
60 a 65	31	40,8
66 a 70	25	32,9
71 a 75	11	14,5
76 a 80	4	5,3
Acima de 81	4	5,3
Escolaridade		
Analfabeto	31	40,8
Fundamental Incompleto	19	25,0
Fundamental Completo	6	7,9
Médio Incompleto	2	2,6
Médio Completo	11	14,5
Superior Incompleto	1	1,3
Superior Completo	5	6,6
Estado Civil		
Solteiro (a)	7	9,2
Casado (a)	35	46,1
Divorciado (a) /separado (a)	9	11,8
Viúvo (a)	24	31,6

Tabela 1- Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos dos idosos participantes dos GPS. Picos-PI, mar/abr., 2012. (cont.)

Filhos		
Nenhum	4	5,3
Um	9	11,8
Dois	16	21,1
Três	8	10,5
Mais que Três	38	50,0
Chefe da Família		
Sim	58	76,3
Não	17	22,4
Trabalho/Ocupação		
Aposentado (a), mais ainda trabalha	9	11,8
Aposentado (a) deixou de trabalhar	40	52,6
Não é aposentado(a) e ainda trabalha	10	13,2
Dona de Casa	11	14,5
Outros	5	6,6
Renda Mensal*		
Até ½ salário	2	2,6
Acima de ½ a 01 salário	15	19,7
Acima de 01 a 02 salários	44	57,9
Acima de 02 salários	14	18,4
Tipo residência		
Própria	60	78,9
Alugada	13	17,1
Cedida/Emprestada	2	2,6
Com quem mora**		
Sozinho	16	21,1
Com cônjuge/companheiro (a)	35	46,1
Com filhos	38	50,0
Com netos	20	26,3
Outros	5	6,6

*Salário Mínimo = R\$622,00

**Este caso possui mais de uma opção como resposta

De acordo com a análise da tabela, pode-se verificar que, dentre os sujeitos da amostra, 82,9% eram do sexo feminino e 15,8% eram do sexo masculino, mostrando uma maior participação feminina na pesquisa. Com relação à faixa etária, observou-se predomínio dos idosos mais jovens com idade compreendida entre 60 a 65 anos (40,8%), seguida das faixas etárias que variam de 66 a 70 anos com 32,9%, enquanto que as faixas etárias entre 76 a 80 anos e acima de 81 anos, ambas representaram 5,3%.

No que se refere ao nível de escolaridade, observa-se que 40,8% dos idosos eram analfabetos, representando a maioria da amostra, verificou-se ainda, que não houve predominância significativa nos níveis médio incompleto (2,6%) e superior incompleto (1,3%).

Quanto ao estado civil constatou-se uma maior participação de idosos casados (46,1%), seguido a estes estão os viúvos com 31,6%. Quanto ao número de filhos, averiguou-se que 50,0% dos idosos tinham mais que três filhos e somente 5,3% não tinham filhos. Em relação à chefia da família, observou-se que 76,3% dos idosos assumiam essa responsabilidade, enquanto 22,4% atribuíram a uma outra pessoa.

No que concerne ao trabalho ou ocupação, 52,6% dos idosos eram aposentados e já haviam deixado suas atividades laborais, ainda com predominância significativa, observou-se que 14,5% era dona de casa. Em relação à renda familiar dos entrevistados verificou-se que 57,9% recebem acima de um a dois salários mínimos e apenas 2,6% tinham renda inferior a meio salário mínimo.

Quanto ao tipo de residência percebeu-se que 78,9% residem em domicílio próprio e somente 2,6% em domicílio cedido/emprestado. Em termos de arranjo familiar, metade da amostra entrevistada residem com filho (s), correspondendo a 50,0%; ainda com resultado expressivo estão os que convivem com cônjuge/companheiro representando 46,1%.

5.2 Perfil Clínico

A tabela 2 apresenta a frequência e os principais problemas de saúde referidos pelos idosos entrevistados.

Tabela 2- Distribuição dos dados referentes aos problemas de saúde dos idosos participantes dos GPS. Picos - PI, 2012. (N=75).

Variáveis	f	%
Apresenta problemas de saúde		
Sim	56	73,7
Não	19	25,0
Quais*		
Hipertensão Arterial	42	55,3
Doenças osteoarticulares	17	22,4
Diabetes Mellitus	15	19,7
Doenças cardíacas	5	6,6
Outros	9	11,8

*Este caso possui mais de uma opção como resposta.

Verifica-se que 73,7% dos idosos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. A doença relatada com maior frequência pelos participantes do estudo foi hipertensão arterial (55,3%), seguida por doenças osteoarticulares (22,4%).

5.3 Hábitos de Vida

Os dados abaixo se referem aos hábitos de vida dos entrevistados, tais como atividades físicas realizadas e a frequência destas, ingestão de álcool, tabagismo e medidas realizadas pelos idosos para se distrair (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos dados relacionados aos hábitos de vida dos idosos participantes dos GPS. Picos - PI, 2012. (N=75)

Variáveis	f	%
Prática de atividades físicas		
Sim	56	73,7
Não	19	25,0
Quais*		
Caminhada	31	40,8
Outras	10	13,2
Atividades físicas realizadas no GPS	27	35,5
Frequencia da atividade física		
Nunca	19	25,0
Diariamente	7	9,2
3 a 5 vezes por semana	21	27,6
Eventualmente	28	36,8
Ingestão de bebidas alcoólicas		
Não	62	81,6
Mais de 1 vez/semana, mas não diariamente	2	2,6
1 vez/semana ou menos	11	14,5
Tabagismo		
Fuma atualmente	7	9,2
Nunca fumou	26	34,2
Ex-tabagista	42	55,3
O que faz para se distrair		
Igreja	44	57,9
Televisão/Rádio	18	23,7
Sair com os familiares/amigos	8	10,5
Leitura	2	2,6
Artesanato	2	2,6
Outros	1	2,6

* Este caso possui mais de uma opção como resposta.

Pela análise da tabela 3 constatou-se que 73,7% praticam atividade física, dentre a principal atividade realizada observou-se a predominância da caminhada, referida por 40,8%, seguida de atividades realizadas dentro do grupo (35,5%). Quanto à frequência das atividades observou-se que 36,8% praticavam eventualmente, e somente 9,2% referiram realizar diariamente.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 81,6% dos idosos relataram não ingerir e apenas 2,6% relataram que consomem álcool mais de uma vez por semana, mas não diariamente. Quanto ao uso do tabaco, 55,3% referiram ser ex- tabagistas, enquanto que 9,2% fumam atualmente.

Constatou-se ainda, que o maior número de idosos entrevistados relataram a igreja como a principal distração, correspondendo a 57,9%, seguido por televisão/rádio, referidos por 23,7% e apenas 1,3% fez referência a outra atividade como distração.

5.4 Participação dos Idosos em GPS

Os dados a seguir discorrem sobre questões relacionadas ao GPS, tais como: grupo que idoso integra, tempo de participação, como se desloca até os locais de reuniões, participação em outro GPS, como conheceu, o que motivou o ingresso, quais atividades realizadas, avaliação das atividades e da equipe, sugestão de outras práticas, importância do GPS e se a saúde melhorou após o ingresso no grupo (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição dos dados referentes ao GPS dos idosos entrevistados. Picos-PI, 2012. (N=75).

Variáveis	f	%
Grupo de Promoção à saúde		
NETI	32	42,1
TERCIFE	33	43,4
Melhor Idade	10	13,2
Participa há quanto tempo		
< 6 meses	13	17,1
6 – 12 meses	50	65,8
> 12 meses	12	15,8
Deslocamento		
A pé	50	65,8
Dirigindo	4	5,3
De ônibus	10	13,2
Com ajuda de outras pessoas	2	2,6

Tabela 4- Distribuição dos dados referentes ao GPS dos idosos entrevistados. Picos - PI, 2012.
(N=75). (cont.)

Outros		
Participa de outro GPS		
Sim	42	55,3
Não	33	43,4
Como conheceu o GPS		
Através de amigos e/ou parentes	50	65,8
Através de ACS*	5	6,6
Através de algum profissional da área de saúde	2	2,6
Outros	18	23,7
O que levou a participar do GPS		
Melhoria na saúde	42	55,3
Orientação de algum profissional de saúde	2	2,6
Incentivo de alguém	6	7,9
Fazer novas amizades	24	31,6
Outros	1	1,3
Atividades que o GPS realiza**		
Atividade física	65	85,5
Artesanato	43	56,6
Educação em saúde	42	55,3
Lazer	32	42,1
Outras atividades	32	42,1
Avaliação das atividades		
Ótimas	71	93,4
Regular	4	5,3
Sugestão de atividades		
Não há necessidade de outras atividades	28	36,8
Artesanato	5	6,6
Educação em saúde	23	30,3
Atividade física	4	5,3
Aumentar a frequência das atividades já existentes	8	10,5
Outros	7	9,2
Avaliação da equipe		
Ótima	73	96,1
Regular	2	2,6
Importância do GPS		
Garantir autonomia e independência	11	14,5
Rede de apoio	17	22,4
Ocupação do tempo livre	6	7,9
Ampliação de vínculos afetivos	14	18,4
Espaço de ensino-aprendizagem	27	35,5
A saúde melhorou após o GPS		
Sim	73	96,1
Não	2	2,6

Tabela 4- Distribuição dos dados referentes ao GPS dos idosos entrevistados. Picos - PI, 2012. (N=75). (cont.)

Qual aspecto**		
Melhorou auto-estima/vontade de viver	64	84,2
Aliviou as dores	23	30,3
Melhorou mobilidade/marcha/equilíbrio	30	39,5
Facilitou ABVD/ AIVD***	50	65,8
Aumentou disposição/condicionamento físico	46	60,5
Outro aspecto	10	13,2

*Agente Comunitário de Saúde

**Este caso possui mais de uma opção como resposta

*** Atividade básica de vida diária/Atividade instrumental de vida diária

Após análise da Tabela 4, constatou-se que a amostra de 75 idosos, está dividida em três grupos, observando similaridade no quantitativo de participantes no Grupo Tercife (43,4%) e Grupo Neti (42,1%), enquanto que o Grupo Melhor Idade representava 13,2%. Quanto ao tempo de participação no grupo verificou-se uma predominância do tempo entre seis a doze meses, referido por 65,8% dos idosos, seguido por 17,1% que declararam participar do grupo em um tempo inferior a seis meses.

Em relação ao deslocamento de suas residências até os locais de encontro do grupo, verificou-se que 65,8% declararam ir a pé, enquanto que somente 2,6% referiram necessitar da ajuda de outras pessoas para chegar até os locais de reunião. Observou-se que dos 75 entrevistados, 55,3% declararam participar de outro GPS, enquanto 43,4% afirmaram não participar.

Sobre a existência do GPS, 65,8% afirmaram conhecer através de amigos e/ou familiares, 23,7% relataram ter conhecido sob outras formas, 6,6% pelos ACS e somente 2,6% afirmaram conhecer através de algum profissional de saúde.

No que se refere aos motivos que levaram os idosos a ingressarem nos GPS, verificou-se que 55,3% relataram buscar melhoria na saúde, seguido por fazer novas amizades (31,6%), com valores pouco significativos encontrou-se orientação de algum profissional (2,6%) e outros (1,3%).

Em relação às atividades realizadas dentro dos grupos observou-se que atividade física foi referenciada por 85,5%, 56,6% citaram artesanato, 55,3% referiram educação em saúde, enquanto lazer e outras atividades foram mencionados por 42,1%.

Desta forma com base nas frequências das atividades realizadas quando comparadas a participação do idoso em um grupo específico, pôde-se observar que o grupo Neti trabalha com atividade física, educação em saúde, lazer e outras atividades, o grupo

Tercife realiza atividade física e artesanato e o grupo Melhor Idade trabalha com artesanato e educação em saúde.

Quanto à avaliação das atividades, 93,4% avaliaram como ótimas e somente 5,3% afirmaram ser regular. No tocante à sugestão de outras atividades, 36,8% referiram que não há necessidade, enquanto que 30,3% sugeriram educação em saúde.

No que concerne à avaliação da equipe 96,1% avaliaram como sendo ótimos e apenas 2,6% referiram ser regular.

No que se refere à importância do GPS, 35,5% enfatizaram por ser um espaço de ensino-aprendizagem, 22,4% ressaltaram por funcionar como uma rede de apoio, seguidos por ampliação de vínculos afetivos (18,4%), garantir autonomia e independência (14,5%) e por fim, ocupação do tempo livre (7,9%).

Em relação à melhoria da saúde após o ingresso no grupo observou-se que 96,1% asseguraram mudanças positivas na saúde, enquanto que apenas 2,6% afirmaram não terem observado mudanças. Quanto ao aspecto em que a saúde melhorou, houve predominância na melhoria da autoestima/vontade de viver com 84,2%, seguido por progresso na realização das ABVD/AIVD (65,8%), aumento na disposição/condicionamento físico (60,5%), melhoria na mobilidade/marcha/equilíbrio (39,5%), alívio das dores (30,3%) e 13,2% citaram outros aspectos.

6 DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi constituída por 75 idosos do município de Picos - PI, dentre os quais observou-se predominância do sexo feminino (82,9%). Tamai (2010), ratifica a afirmativa em seu estudo realizado em São Paulo com 83 idosos participantes do Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), ao constatar que 79,5% eram mulheres e 20,5% eram homens.

Para Santos et al. (2011), se tratando de gênero, a feminização da velhice é identificada em vários estudos estatísticos e demográficos, representando mais da metade da população idosa. Segundo estudo realizado por Daher e Debona (2010), os programas para a terceira idade têm mobilizado, sobretudo, um público feminino sendo que a participação masculina raramente ultrapassa os 20%.

Em relação à faixa etária, 40,8% dos idosos tinham entre 60 a 65 anos sendo a maior idade encontrada 87 anos, observando-se assim participação da população idosa mais jovem. Semelhantemente Martins et al. (2007), em seu estudo realizado com 26 idosos verificou que a idade média dos participantes era de 65 anos sendo a idade máxima 96 anos.

Acredita-se que a participação de idosos mais jovens pode ser explicada em decorrência da aposentadoria começar a partir dos 60 anos, alterando a rotina a qual estavam acostumados. Estes por sua vez, em virtude do aparecimento de situações agravantes de saúde buscam maneiras inovadoras para que possam compreender e superar as dificuldades advindas do envelhecimento com o apoio de outros indivíduos em situações semelhantes.

Quanto à distribuição dos participantes em função da escolaridade, 40,8% declarou não apresentar nenhum ano de estudo. Em consonância Garcia et al. (2006), sancionou em seu estudo realizado em Campinas com 68 idosos participantes de grupos em UBS, que 42,6% declararam-se analfabetos e nenhum indivíduo havia completado o 1º grau completo.

Em contraposição aos achados, o estudo de Santos, Foroni e Chaves (2009), realizado em Ribeirão Preto (SP) e o de Silva e Lautert (2010) em Porto Alegre (RS), observou-se mais anos de estudos entre os entrevistados, sendo que 63,6% tinham ensino fundamental incompleto e 55% tinham ensino superior completo, respectivamente.

Portanto observa-se que o nível de escolaridade não interfere na participação do idoso em GPS, já que de acordo com os resultados encontrados na literatura o grau de escolaridade varia de acordo com a região, onde o Nordeste apresentou menor índice de instrução quando comparado as regiões Sudeste e Sul que apresentaram mais anos de estudos.

De acordo com o Censo 2010 do IBGE, é na região Nordeste onde se verificam os maiores índices de analfabetismo do país. O problema do analfabetismo atinge principalmente as populações mais idosas. Segundo Peres et al. (2011), a relação existente entre latifúndio e analfabetismo explica, em parte, a maior incidência desse problema na região.

Sobre o estado civil, os casados (as) destacaram-se significativamente com 46,1%. O resultado encontrado não corrobora com a literatura, em que Martins et al. (2007), encontrou em seu estudo igualdade entre casados (46%) e viúvos (46%), enquanto que Tamai (2010), verificou que 48,8% dos idosos eram viúvos, representando a maioria em sua pesquisa.

O aspecto imprevisto do resultado encontrado pela pesquisadora reflete um paradoxo com a situação ilustrada nos estudos citados acima. Em que estes justificam maior índice de viuvez em mulheres devido ao fato dos homens estarem mais expostos aos riscos no trabalho, menor frequência nos serviços de saúde e maior prevalência no uso do álcool e tabaco, entre outros.

No que se refere à quantidade de filhos 50,0% relataram ter mais de três. Tahan e Carvalho (2010), ao caracterizar os participantes selecionados dos GPS, confirmam o resultado acima ao encontrar em seu estudo uma média superior a três filhos.

Quanto ao papel de chefe da família observou-se que 76,3% afirmou ostentar estas responsabilidades. No Brasil, a análise realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2006 constatou-se nos últimos anos que 64% dos idosos brasileiros foram consideradas pessoas de referências da residência, ou seja, chefiavam os domicílios em que residiam, sustentando sua família, muitas vezes com a pequena quantia que recebem da aposentadoria (IBGE, 2007).

Em relação ao trabalho/ocupação verificou-se o predomínio de aposentados que haviam deixado de trabalhar, estando de acordo com a pesquisa realizada por Combinato et al. (2011), que em seus resultados notou-se a prevalência de idosos aposentados.

Em contrapartida, o estudo realizado por Martins et al. (2007), demonstrou que a grande maioria dos participantes é do lar (47%). O predomínio da profissão “do lar” pode ser explicado pelo número elevado de mulheres que participam do grupo, relacionado principalmente pela afeição ou preferência das mesmas pelas atividades domésticas não se profissionalizando.

No tocante à circunstância econômica familiar predominou a renda de um a dois salários mínimos com 57,9%. Diferentemente da amostra analisada por Santos, Foroni e Chaves (2009), em que metade dos participantes recebia entre 200 e 600 reais por mês,

equivalente a um valor inferior ao salário mínimo atual. Entretanto em estudo realizado por Silva e Lautert (2010), 72% dos idosos recebiam acima de cinco salários mínimos. Desta forma, com fundamentos em estudos percebe-se que os GPS englobam diversas classes sociais, já que nos dados disponíveis na literatura não se verifica um padrão de renda entre os participantes dos grupos.

Reportando-se à situação de moradia, 78,8% residem em domicílio próprio, estando de acordo com o estudo de Tamai (2010), em que 66,3% moram em casa própria. Supõe-se que este achado deve-se ao fato dos idosos terem adquirido ao longo de sua vida alguns bens familiares.

Na pesquisa efetuada ao questionar sobre os familiares com quem o idoso reside configurou-se que 50% dos participantes declararam os filhos. Contrapondo-se ao estudo de Benedet e Spricigo (2008), onde 67% moravam com o cônjuge e 20% moravam com os familiares, como filhos, netos e outros.

Em estudo de Ramos (2003), que buscou identificar fatores determinantes do envelhecimento saudável na cidade de São Paulo verificou-se que 50% dos idosos estudados apresentavam arranjo familiar multigeracional, ou seja, dividiam o domicílio com seus filhos. Tal fato associa-se a um nível econômico baixo, indo de acordo aos resultados encontrados nesta pesquisa e contrapondo-se aos achados verificados em países desenvolvidos, em que apenas 5% dos idosos vivem em domicílios com os filhos. Apesar do estudo não ser recente, comprova-se que os resultados encontrados, estão de acordo com a atual realidade.

No que se refere aos problemas de saúde, observou-se prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 55,3%, doenças osteoarticulares com 22,4% e diabetes mellitus (DM) com 19,7%. Oliveira e Garcia (2011), em estudo realizado em Brasília com idosas participantes de atividades comunitárias ligadas à igreja verificaram resultado semelhante ao detectar alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, vestibulopatia e osteoporose. Em outro estudo realizado por Benedet e Spricigo (2008), os autores observaram que a HAS, problemas de coluna e osteoporose, foram os mais citados, estando, portanto os resultados da pesquisa de acordo com a literatura.

Diante do contexto de saúde pública com embasamento nos estudos detectou-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Tal fato é comprovado pelos dados do Ministério da Saúde que reafirma a prevalência de hipertensão arterial ao constata-la em 35% na população acima de 40 anos, representando um total de 17 milhões de portadores da doença. Entre as pessoas idosas, a

HAS apresenta prevalência ainda maior, acometendo cerca de 50% a 70% destes indivíduos (BRASIL, 2006).

Deve-se considerar ainda, que a mudança de paradigma no contexto de saúde pública, de doenças infectocontagiosas para doenças crônicas não transmissíveis, deu-se a partir de modificações significativas no estilo de vida e hábitos alimentares ocasionados pela industrialização e urbanização, resultando assim em um novo perfil de morbi-mortalidade das populações.

Ao serem questionados acerca da prática de atividades físicas, 73,7% realizava alguma atividade eventualmente, destacando-se a caminhada. Semelhantemente Santos, Foroni e Chaves (2009), detectaram em seu estudo que 52,3% afirmaram praticar atividade física, sendo a caminhada a mais referida. Entretanto no mesmo estudo em relação à periodicidade da atividade, observou-se discrepância já que esta foi citada ser realizada diariamente.

Para Torres et al. (2010), a prática de atividade física constitui-se como uma atividade de lazer para os idosos e portanto um fator que poderá favorecer a sua QV, na medida em que propicia melhorias nos aspectos físico, social e mental. Tendo em vista os inúmeros benefícios citados no estudo acima, detectou-se a necessidade de prestar orientações aos idosos entrevistados no momento da coleta de dados, logo após a obtenção da resposta da variável acerca da importância da prática de atividade física regular.

Quanto à prevalência da caminhada, admiti-se que esta é a que melhor se adapta para população idosa, por este motivo destacou-se como atividade física mais referida no estudo, por representar uma atividade física natural e de baixo impacto, sem custo, realizada em qualquer local e frequentemente indicada por profissionais de saúde, além de favorecer o aumento do contato social.

No que se refere aos hábitos de vida, constatou-se que 81,6% não ingeria bebidas alcoólicas e que 55,3% eram ex-tabagistas. Divergente do resultado obtido no estudo de Santos, Foroni e Chaves (2009), em que 51,1% nunca beberam e 64,4% nunca fumaram.

Acredita-se que com o avanço da idade e o aparecimento de várias patologias, o indivíduo ao visar promover o bem-estar, procura incorporar na sua vida hábitos saudáveis para diminuir e compensar às limitações inerentes a idade com intuito de melhorar a QV.

Quanto às atividades de lazer, o hábito de frequentar igreja, assistir televisão e escutar rádio foram às atividades mais referidas pelos idosos. Estando condizente com os resultados encontrados por Santos, Foroni e Chaves (2009), que observou como principal atividade de lazer o hábito de frequentar igreja, sendo referido por 66,6% dos entrevistados.

Todavia em estudo realizado por Martins et al. (2007), as principais respostas obtidas para as atividades de lazer foram: jogar bingo ou cartas, trabalhos manuais, passear, conversar com os amigos, participar de grupos de 3^o idade, afazeres do lar, cozinhar, ler, assistir televisão, caminhar, dançar e por último rezar.

Tahan e Carvalho (2010), consideram que as atividades de lazer e a convivência em grupo ao permitirem o preenchimento do tempo livre de forma satisfatória, contribuem para que o idoso atenda suas necessidades de sentir-se útil e integrante à sociedade além de fornecer condições para manutenção do equilíbrio biopsicossocial.

Em relação à participação dos idosos nos GPS observou-se similaridade no quantitativo de participantes nos grupos Tercife e Neti. Esse fato justifica-se por ambos os grupos estarem vinculados à igreja católica e por este motivo os participantes sentem-se mais motivados a frequentarem regularmente.

Para Tamai (2010), a religião e espiritualidade são compreendidas como fontes de busca para a QV na medida em que proporcionam suporte emocional e social mediante situações conflituosas que acometem o indivíduo no processo de envelhecimento.

Desta forma a igreja como grupo de terapia, é de extrema importância para a população da terceira idade no contexto espiritual, emocional e social, já que é por meio das orações e relações afetivas que o idoso encontra conforto e melhora sua autoestima.

Sobre o tempo de participação dos indivíduos nos GPS, 65,8% afirmaram participar dentro do intervalo de seis a doze meses. Contraposto ao resultado encontrado por Martins et al. (2007), em que 42% dos participantes do seu estudo frequentavam o grupo há mais de cinco anos. Justifica-se que o pouco tempo de participação encontrado no estudo deve-se à criação recente dos grupos analisados.

Quando questionados acerca da participação em outro GPS 55,3% declararam participar. Tahan (2009), notou semelhança ao resultado encontrado em seu estudo ao constatar a participação do idoso em pelo menos mais um grupo durante o período mínimo de três anos.

Levando em consideração o longo tempo de participação dos idosos nos GPS evidenciados pelos estudos acima, percebe-se que ações coletivas quando direcionadas por objetivos reais e concretos, desempenham seu papel na construção da utopia do envelhecer saudável, fato este que justifica também a busca por outros grupos (DAHER; DEBONA, 2010).

Quanto ao deslocamento, configurou-se 65,8% declarou ir a pé até os locais de reunião do grupo, tornando-se evidente a autonomia e independência dos idosos entrevistados.

Daher e Debona (2010), em seu estudo realizado com 14 idosas participantes de um grupo de convivência, denominado Projeto Gugu em Niterói-RJ, identificou que a grande parte mostra-se independente, sendo raras aquelas que chegam acompanhadas, tal achado evidencia a autonomia de vida das participantes do grupo.

Desta forma a principal meta na promoção da saúde é a manutenção da independência e autonomia, visto que estes são considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental dessa população (GOMES, 2006).

No que se refere ao conhecimento acerca da existência do grupo prevaleceu à informação advinda de amigos e/ou familiares sendo referido por 65,8%. Ratificado por estudo realizado em Blumenau – SC com 56 idosos do Grupo Sênior Girassol, verificando-se que dos entrevistados, 41 idosos disseram que amigos indicaram o grupo, 11 que a família indicou. Considerando a boa representatividade dessas informações evidencia-se que quando a pessoa idosa se sente bem em grupo ela o indica para amigos e conhecidos (HAHNE, 2005).

Ao buscar conhecer os motivos que levaram ao ingresso no grupo, 55,3% dos idosos da pesquisa enfatizaram melhoria na saúde. Confirmado pelo resultado encontrado no estudo de Rizolli e Surdi (2010), realizado em Friburgo-SC com 20 idosos, em que 55% referiram este motivo.

Tal fato comprova-se em estudo de Tahan e Carvalho (2010), em que os sujeitos da pesquisa destacaram que, através dos GPS, encontraram os fatores que, segundo eles, colaboraram para se sentirem mais saudáveis e felizes, ou seja, mais satisfeitos com a vida.

Para Garcia et al. (2006), os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, na medida em que funcionam como rede de apoio, mobilizando as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para manutenção da QV e melhoria na saúde.

Em complementação aos estudos acima, Lins e Corbucci (2007), ressaltam a necessidade de conhecer as motivações que levaram o idoso a participar de um grupo, visto que o conhecimento das necessidades permitirá intervenções que estejam de acordo com os interesses dos participantes.

Quanto às atividades desenvolvidas dentro dos grupos estudados observou-se que estes não apresentavam atividade específica, verificando-se multiplicidade de ações para suprir as necessidades e atingir a satisfação do idoso.

Em consonância Garcia et al. (2006), por meio da observação e do relato dos idosos, reforça o achado acima ao constatar em seu estudo dinâmicas diferenciadas em cada

tipo de grupo e serviço, como: palestras, discussões, passeios, atividades corporais, artesanato e inclusive, a aplicação de práticas alternativas.

Segundo Martins et al. (2007), os grupos de idosos podem adquirir distintas modalidades e trabalhar com diversas atividades, estes irão ser constituídos buscando almejar os interesses dos idosos. Para Rizolli e Surdi (2010), o desenvolvimento de várias atividades dentro do grupo, instiga a construção de uma utopia de envelhecer com saúde.

Entretanto, embora os grupos estudados desempenhem várias ações notou-se a ênfase nas práticas de atividades físicas. Acredita-se que tal achado é resultado de relatos na literatura que enfatizam os exercícios físicos em grupo para idosos como um excelente instrumento para desprendimento de preconceitos e complexos, além de proporcionar sentimentos de alegria, fato que poderá influenciar a concepção do indivíduo a cerca de si e dos outros.

No que tange a avaliação das atividades desenvolvidas dentro do grupo, grande parte avaliaram como ótimas. Tamai (2010), reforça a questão acima ao detectar em seu estudo baixo índice de desistência (7,8%) durante o ano de atividade e pelo elevado número de encaminhamento de parentes e amigos para o próximo processo seletivo.

Tal resultado pode estar relacionado ao fato de que atividades em grupo favorecem as relações sociais e afetivas proporcionando assim maior grau de satisfação com a vida em virtude dos fatores positivos ocasionados pelas dinâmicas grupais (TORRES et al., 2010).

Em relação à sugestão de atividades, constatou-se não haver necessidade de se implantar outras. Contudo Garcia et al. (2006), destaca que a diversificação das modalidades é de grande relevância dentro dos grupos, visto que permite a redescoberta de potencialidades e consequentemente, o aumento da autoestima, na possibilidade de aprender coisas novas.

Quanto à avaliação da equipe, 96,1% dos idosos avaliaram como sendo ótimos. Segundo Araújo e Barbosa (2010), este resultado pode está relacionado à atenção e comunicação entre o profissional e o idoso de forma afetiva, compromissada e humanizada a qual traz benefícios e influencia na mudança de comportamento.

No que refere à importância dos GPS, a maioria dos idosos ressaltaram os grupos como espaço de ensino-aprendizagem. Tal achado foi reforçado no estudo de Irigaray e Schneider (2008), realizado no Rio Grande do Sul com 103 idosos participantes da Universidade da Terceira Idade (UNITI).

Este resultado remete à promoção da saúde através das atividades educativas, incentivando os idosos à construção de uma nova maneira de se cuidarem, no sentido de

adotarem hábitos saudáveis que repercutirão na melhoria do bem-estar, além de permitirem a conscientização do processo saúde-doença e a atualização do conhecimento.

Complementando a idéia acima, Tahan (2009), ressalta a importância dos grupos no avanço da qualidade de vida e na formação de rede social, observando em seu estudo que após participação em GPS os idosos relataram que passaram a se cuidar mais, a se sentirem mais saudáveis e felizes e que tais conquistas estão relacionadas às amizades formadas, às trocas de experiências, às atividades aprendidas e às mudanças de rotina, proporcionadas no espaço grupal.

Reportando-se à melhoria na saúde, verificou-se que 96,1% dos idosos enfatizaram mudanças positivas no campo da saúde mental, destacando-se melhoria na autoestima/vontade de viver com 84,2%.

O resultado encontrado, explica-se devido à minimização da solidão vivenciada pela maioria dos idosos, estes visualizam os grupos como cenários de regate da autoestima e ressocialização, na medida em que ampliam seu ciclo de amizades, e criam uma rede de apoio para juntos superarem os desafios advindos do envelhecimento (DAHER; DEBONA, 2010).

Segundo Victor et al. (2007), para os idosos a convivência em grupo é fundamental para um perfeito equilíbrio biopsicossocial, reduzindo ou removendo conflitos pessoais e ambientais, facilitando a socialização e oferecendo suporte social para enfrentar as dificuldades que surgem com o envelhecimento, contribuindo assim, para uma melhoria na saúde e permitindo o envelhecer com qualidade.

Nesse sentido, para Combinato et al. (2010), o engajamento do idoso dentro do processo grupal e o apoio social promovido pelos GPS favorecem melhorias na autoestima, cujos reflexos se dão no campo do auto-cuidado, promovendo assim progressos na saúde dentro do contexto mental, físico e social.

Ademais, sabendo-se do crescente aumento da população idosa no Brasil e compreendendo o processo grupal como um espaço privilegiado para promoção de um envelhecimento saudável e ativo, faz-se necessário estimular a formação de grupos dentro da comunidade, bem como sua estruturação de forma adequada à especificidade da população idosa, que vise trazer melhorias nos aspectos biopsicossociais.

7 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos na pesquisa, os resultados foram esclarecedores e mostram-se majoritariamente condizentes com os achados encontrados na literatura acerca da temática, apesar da discrepância em relação aos dados sócio-demográficos, visto que estes irão variar de acordo com o local de realização da pesquisa.

Embora sem se dispor de dados efetivamente consistentes em âmbito nacional acerca do perfil dos idosos participantes dos GPS, existem evidências convincentes que levam a acreditar que não exista um perfil definido para a participação da terceira idade em grupo, mas sim motivações e compreensões em torno do grupo que incentivam a participação dessa população.

Enfatiza-se, portanto o grupo como um espaço responsável por proporcionar uma nova realidade aos participantes na medida em que estes buscam reelaborar o viver e resgatam sua identidade, através de ações e práticas que proporcionam melhorias na saúde e sociabilidade para desta forma usufruir os anos de vida com maior qualidade.

Assim, a participação do idoso em atividades grupais deixa de ser um tema com abordagem meramente biológica para se constituir uma questão de relevância social e cultural, visto a capacidade dessas ações em potencializar sentimentos positivos relacionados à velhice e melhorar a autoestima favorecendo um envelhecimento que valoriza o idoso.

Diante deste novo panorama, torna-se imprescindível que a enfermagem não esteja focada somente na assistência individual ao idoso portador de doenças, mas que atue também dentro de grupos na sociedade que visem à promoção e manutenção da saúde, bem-estar e QV visto a responsabilidade social na qual o enfermeiro deve exercer.

Para atuar nesses grupos a enfermagem deve gostar, ser criativa, acreditar e estar acessível a parcerias com outros profissionais de saúde, entidades e/ ou instituições, para juntos construir ações que preservem os direitos do idoso através do resgate da autonomia e convívio social.

Ressalta-se ainda que as práticas de cuidado desenvolvidas nos grupos merecem ser mais enfatizadas e utilizadas pelos enfermeiros, assim o domínio desta ação ressaltará a assistência de enfermagem e reconstruirá novas formas para se atender as necessidades do idoso, além de ofertar condições para que estes se mantenham ativos e independentes o mais tempo possível.

Quanto à realização da pesquisa, a sua construção constituiu-se em um desafio em razão das fontes encontradas para elaboração do estudo apresentarem narrativas referentes à experiência da construção dos GPS de natureza qualitativa, alternativa inovadora para a promoção da saúde da população idosa. Ao lado da evidente limitação descrita, os dados coletados constituíram-se em um rico material acerca do perfil dos idosos participantes dos GPS, com potencial para fornecer aos enfermeiros o direcionamento das práticas em saúde conforme as necessidades por eles apresentadas.

Diante do relatado, fica comprovado o quanto é indispensável e urgente uma maior investigação e socialização de pesquisas sobre esta temática, visto que através delas podem surgir contribuições significativas e criativas para a promoção da saúde do idoso. Espera-se, portanto que este trabalho possa despertar nos profissionais de Enfermagem a renovação das práticas promotoras de saúde bem como a quebra de paradigma negativo à cerca do idoso.

REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, F., OLIVEIRA, M. A. C., ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17 n.2 p.266-72, abr./jun. 2008.
- ANDRADE, F. B.; et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19 n.1 p. 129-36, jan./mar. 2010.
- ARAÚJO, M. A. S., BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Esc Anna Nery**, Góias, v.14 n.4 p.819-824, out./dez. 2010.
- BENEDET, D. M.; SPRICIGO, K. **Qualidade de vida dos idosos do grupo autonomia do idoso da clínica de atenção básica a saúde – CIABS**. 2008. 67p. Monografia (Enfermagem). Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu (SC), 2008.
- BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16 n.3, p.387-98, jul/set. 2007.
- BRAGA, M. C.P.; et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev. APS**, Minas Gerais, Juiz de Fora, v. 14 n. 1, jan./mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução n° 196/96**, 1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.º 19, Série A, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde**. – 2. ed. rev.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- COMBINATO, D. S., et al. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, v. 22 n.3 p. 558-568, 2010.
- DAHER, D. V.; DEBONA, K. V. Reelaborando o viver: o papel do grupo no cotidiano de mulheres idosas. **Esc Anna Nery**, v.14 n.4 p. 670-676, out/dez. 2010.
- DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.
- FERREIRA, A. B., et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. **Saúde Soc São Paulo**, v.18 n.4 p. 776-86, 2009.
- FERREIRA, O. G. L., et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, set./dez. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul - SP: Yendes, 239 p. 2009.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44 n. 2 p.407-12, 2010.

GARCIA, M. A. A., et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v14 n. 2 p. 175-82, mar./abr. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, G. C. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2006.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo aqui e agora” – uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-9, abr./jun. 2005.

HAHNE, R. Aspectos motivacionais que levam os idosos a participarem do grupo sênior girassol. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10 n. 2 p. 143-51, mar./abr. 2005.

HORTA, N. C., et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de agosto de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação da População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informações Demográfica e Socioeconômica, n.21. **Síntese dos Indicadores Sociais**, Rio de Janeiro, 2007.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** v. 24 n. 2 p. 211-16, 2008.

LINS, R. G.; CORBUCCI, P. R.; A importância da motivação na prática de atividade física para os idosos. **Estação Científica Online**, Juiz de Fora, n. 04, abr./mai. 2007.

MACHADO, M. F. A. S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 n. 2 p. 335-342, 2007.

MARTINS, J. J.; et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>. Acesso em 15 de março de 2012.

- OLIVEIRA, A. M., GARCIA, P. A. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosas participantes e não-participantes de atividades comunitárias ligadas à igreja. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 153-161, maio/ago. 2011.
- PASKULIN, L. M. G.; et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, Porto Alegre, v.23, n. 1, p. 101-7, 2010.
- PEREIRA, R. J.; et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.
- PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. Estado**, Brasília, v. 26 n. 3, set./dez. 2011.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 n.3 p.793-798, maio/jun. 2003.
- RIZZOLLI, D; SURDI, A.C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev. Bra. Geriatr. Geronto**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 225-233.
- RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 43, n.4, p.604-12, 2009.
- SANTOS, D. N. et al. A percepção do idoso sobre a vacina contra influenza. **Enfermagem em Foco**, Teresina, v.2, n.2, p.112-115, 2011.
- SANTOS, L. M. 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, p. 346-352, abr. 2006.
- SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 1p. 54-60, 2009.
- SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.35, p.867-77, out./dez. 2010.
- SILVA, M. C. S. A.; LAUTERT, L.; O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.1, p. 61-7, 2010.
- SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p.153-158, mar./abr.2008.
- SOUZA, L. M.; LAUTERT, F. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.371-6, 2008.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 665-71, 2011.

TAHAN, J. **Envelhecimento e qualidade de vida: significados para idosos participantes de grupos de promoção de saúde no contexto da estratégia saúde da família**. 2009. 95p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

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

TAMAI, S. A. B. **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos**. 2010. 158p. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina da Escola de São Paulo, 2010.

TORRES, M. V. et al. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas física regular em Teresina-Piauí. **ConScientiae Saúde**, Teresina, v. 9 n. 4 p. 667-675.2010.

VICTOR, J.F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.4, p.724-30, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS*

A. DADOS PESSOAIS:

01- Sexo:

1. F () 2. M ()

02- Idade: _____

03- Escolaridade:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Analfabeto () | 5. Ensino médio completo () |
| 2. Ensino fundamental incompleto () | 6. Ensino superior incompleto () |
| 3. Ensino fundamental completo () | 7. Ensino superior completo () |
| 4. Ensino médio incompleto () | |

04- Estado civil:

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1. Solteiro (a) () | 3. Divorciado (a) /separado (a) () |
| 2. Casado (a) () | 4. Viúvo (a) () |

05- Filhos:

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. Nenhum () | 4. Três () |
| 2. Um () | 5. Mais que três () |
| 3. Dois () | |

06- Você é o chefe da sua família?

1. Sim () 2. Não ()

B. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:

07- Trabalho ou ocupação:

1. Aposentado (a), mas ainda trabalha ()
2. Aposentado (a) e deixou de trabalhar ()
3. Autônomo (a) ()
4. Não é aposentado (a) e ainda trabalha ()
5. Não é aposentado (a) e não trabalha ()
6. Dona de Casa ()
7. Outros () Especificar _____

08- Renda familiar (SM = salário mínimo/ Valor atual: R\$ 622,00):

R\$ _____

09- A casa que o (a) Senhor (a) mora é:

1. Própria () 2. Alugada () 3. Cedida ou emprestada ()

10- Com quem o (a) Senhor (a) mora:

- | | |
|------------------------------------|-------------------|
| 1. Sozinho (a) () | 4. Com netos () |
| 2. Com cônjuge/companheiro (a) () | 5. Com amigos () |

3. Com filhos ()

6. Outros () Quem _____

C. DADOS CLINICOS

11- O (a) Senhor (a) apresenta:

1. Nenhum problema de saúde ()

2. Diabetes Mellitus ()

3. Doenças osteoarticulares ()

4. Hipertensão Arterial Sistêmica ()

5. Doenças Cardíacas ()

6. Outros () Quais: _____

D. HÁBITOS DE VIDA

12- Pratica atividade física?

1. Sim () 2. Não ()

Se sim. Qual?

1.1 Caminhada ()

1.2 Outros ()

1.3 Atividades físicas trabalhadas no GPS ()

13- Com que frequência?

1. () Nunca 2. () Diariamente 3. () 3 a 5 vezes na semana 4. () Eventualmente

14- Ingere bebidas alcoólicas:

1. () Não

2. () Mais de 1x/sem, mas não diariamente

3. () 1x/semana ou menos

4. () Diariamente

15- Tabagismo:

1. () Fuma atualmente 2. () Nunca fumou 3. () Ex-tabagista

16- O que você faz para se distrair? Marque somente uma alternativa.

1. Leituras ()

3. Igreja ()

5. Televisão/Rádio ()

2. Artesanato ()

4. Sai com os familiares/amigos ()

6. Outros () _____

E. GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE (GPS)

17- Participa de qual GPS? _____.

18- Participa do GPS há quanto tempo?

1. Tempo inferior a 6 meses ()

2. Tempo entre 6 meses a 12 meses ()

3. Tempo superior a 12 meses ()

19- Como o (a) Sr. (a) se desloca até os locais de encontro do GPS?

1. A pé ()

2. Dirigindo ()

3. De ônibus ()

4. Com a ajuda de outras pessoas () Especificar: _____

5. Outros ()

20- Participa de outro Grupo de Promoção à saúde?

1. Sim () 2. Não ()

21- Como conheceu o GPS?

1. Através de amigos e/ou parentes ()
2. Através das Agentes comunitárias de saúde ()
3. Através de algum profissional da área de saúde () Qual _____
4. Outros () Especificar: _____

22- O que levou o (a) Sr. (a) a participar do Grupo de Promoção de Saúde? Marque apenas uma alternativa.

1. Melhoria na Saúde ()
2. Orientação de algum profissional de saúde () Qual _____
3. Incentivo de alguém () Quem _____
4. Fazer novas amizades ()
5. Outros () Especificar _____

23- Quais são as atividades que o GPS realiza com o (a) Senhor (a)?

1. Atividade física ()
 2. Artesanato ()
 3. Educação em Saúde ()
 4. Lazer ()
 5. Outros ()
- Especificar _____

24- Quanto às atividades desenvolvidas pelo GPS, diria que são:

1. Ótimas ()
2. Regulares ()
3. Ruim ()

25- Gostaria de sugerir outras atividades para o GPS?

1. Não há necessidade de outras atividades ()
2. Artesanato ()
3. Educação em Saúde ()
4. Atividade Física ()
5. Aumentar a frequência das atividades já existentes ()
6. Outras ()

26- Quanto à equipe que constitui o grupo, diria que são:

1. Ótimos ()
2. Regulares ()
4. Ruim ()

27- Qual a importância do GPS para o (a) Senhor (a)?

1. Garantir autonomia e independência ()
2. Rede de apoio ()
3. Ocupação do tempo livre ()
4. Ampliação de vínculos afetivos ()
5. Espaço de ensino-aprendizagem ()
6. Outros () Especificar _____

28- Em que aspecto a saúde do Sr(a) melhorou após o ingresso no GPS?

1. Nenhum aspecto ()
2. Melhorou a autoestima/Vontade de viver ()
3. Aliviou as dores ()
4. Melhorou a mobilidade/marcha/equilíbrio ()
5. Facilitou a realização das ABVD (Atividades básica de vida diária)/AIVD (Atividades instrumental de vida diária) ()
6. Aumentou a disposição/condicionamento físico ()
7. Outros aspectos ()

* Formulário elaborado pela pesquisadora.

APÊNDICE B



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde.

Pesquisador responsável: Laura Maria Feitosa Formiga

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 9904-8703

Pesquisadores participantes: Gleiciane Lucena Paz Brasil

Telefones para contato: (89) 9972-9443

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Resolução 196/96, do CNS). Portanto, você na qualidade de sujeito da pesquisa está sendo convidado (a) para participar, como voluntário. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

♦ A pesquisa possui caráter transversal, do tipo exploratório-descritivo, trata-se do Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. Este estudo tem por finalidade traçar o perfil dos idosos que participam dos grupos de promoção à saúde, tendo como objetivos específicos: Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico dos idosos, Identificar as atividades desenvolvidas pelos grupos de promoção à saúde e Investigar a importância que esses grupos representam aos idosos para a melhoria da qualidade de vida.

♦ Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento do formulário que consta de perguntas referentes aspectos pessoais, sócio-demográficos e clínicos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, presença de patologia, prática de atividade física, uso de tabaco e álcool, entre outros) e ainda dados à cerca dos Grupos de Promoção à Saúde.

♦ Se sentir algum constrangimento para responder alguma pergunta, não será obrigado (a) a respondê-la, apenas não poderá mais participar do estudo, pois todas as informações dos formulários são necessárias.

Vale ressaltar que:

1. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

2. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe

do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

3. Você tem direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo e sem nenhuma penalidade.
4. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.
5. A pesquisa não lhe trará risco, ou qualquer tipo de prejuízo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE.”. Eu discuti com a Esp. Laura Maria Feitosa Formiga sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ___ de ___ de 2011.

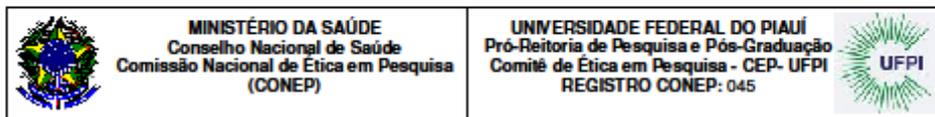
Laura Maria Feitosa Formiga

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10- CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep.

ANEXO

ANEXO A – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIACÃO ÉTICA



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0448.0.045.000-11

Pesquisador Responsável. Laura Maria Feitosa Formiga.

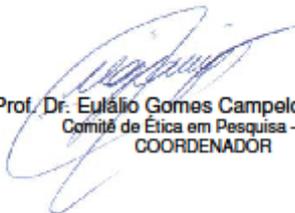
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Agosto/2012 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 06/12/2011

Teresina, 15 de Dezembro de 2011.


Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR