

05

Condições de vida e saúde de idosos participantes de um grupo de convivência em Belo Horizonte

RELATO DE EXPERIÊNCIA

The Living and health conditions of elderly people participating in a coexistence group in Belo Horizonte

PAULA CAROLINA CAETANO FERREIRA¹ , ANA CLARA SPEZIALI MENEGAZZI ALMEIDA¹ , GABRIELA MOREIRA IRENO¹ , GEOVANA MADUREIRA TEIXEIRA LACERDA ALVES¹ , JULIA DE FARIA E AZEVEDO RAMOS¹ , LUÍSA GARCIA VIEIRA¹ , MARIANA BARROS DA COSTA¹ , MILENY DE OLIVEIRA PEIXOTO PORTES¹ , SARAH FURTADO DEFEO¹ , CAMILA MENEZES SABINO DE CASTRO¹ 

¹FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS. BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL

AUTOR CORRESPONDENTE: CAMILA MENEZES SABINO DE CASTRO. ALAMEDA EZEQUIEL DIAS, 275. CAMILA.CASTRO@CIENCIASMEDICASM.G.EDU.BR

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento da população é fundamental discutir uma assistência à saúde que promova bem-estar, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, ações de educação em saúde e avaliação objetiva das condições gerais de saúde dos idosos são importantes ferramentas para o empoderamento do indivíduo e para subsidiar políticas públicas que resultem na melhoria das condições de vida desse grupo etário. **Objetivo:** Discutir a importância das ações de educação em saúde para idosos, bem como avaliar as condições gerais de saúde e a qualidade de vida de participantes de um grupo de convivência de Belo Horizonte. **Relato de experiência:** Participaram 40 idosas e os encontros ocorreram de agosto a dezembro de 2022. Foram realizadas ações de educação em saúde, abordando temas, como doenças crônicas (diabetes e hipertensão); alimentação saudável e bons hábitos de vida; Outubro rosa (prevenção do câncer de mama); saúde mental; e qualidade do sono. Durante os encontros foram coletadas informações sociodemográficas, medidas antropométricas, condições gerais de saúde e qualidade de vida por meio do instrumento SF-36. **Considerações**

finais: Estimular o desenvolvimento de ações de educação em saúde nessa fase da vida é essencial para a manutenção da autonomia e empoderamento dos idosos, resultando em atitudes positivas para a promoção do bem-estar. Além disso, avaliar as condições gerais de saúde e a qualidade de vida desse grupo etário, permite um direcionamento e fortalecimento das políticas públicas existentes que fundamentam a assistência à saúde para os idosos.

Descritores: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: With the aging of the population, it is essential to discuss health care that promotes well-being, with a focus on health promotion and disease prevention. In this perspective, health education initiatives and objective assessments of the general health conditions of the elderly are important tools to empower individuals and support public policies that improve the living and health conditions of this age group. **Objective:** To discuss the importance of health education actions for the elderly, as well as to evaluate the general health conditions and quality of life of participants in a community group in Belo Horizonte. **Experience report:** 40 elderly women participated, and the meetings took place from August to December 2022. Health education actions were carried out, addressing topics such as chronic diseases (diabetes and hypertension); healthy diet and good lifestyle habits; Pink October (breast cancer prevention); mental health; and sleep quality. During the

meetings, sociodemographic information, anthropometric measurements, general health conditions and quality of life were collected using the SF-36 instrument. **Final considerations:** Stimulating the development of health education actions at this stage of life is essential for maintaining the autonomy and empowerment of the elderly, resulting in positive attitudes to promote well-being. Furthermore, evaluating the general health conditions and the quality of life of this age group allows for targeting and strengthening existing public policies that support healthcare for the elderly.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Health Education; Health Promotion; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

No Brasil, há uma alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população adulta, atingindo até 52% dessa parcela¹. Com o envelhecimento da população brasileira, a incidência das DCNT tende a aumentar ainda mais, especialmente entre pessoas com 65 anos ou mais, cujo número praticamente triplicará em 2060². Essas comorbidades têm um impacto direto na qualidade de vida das pessoas, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo acerca das implicações das doenças em sua vida e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

É fundamental que as pessoas mantenham a sua autonomia e saúde ao longo dos anos, uma vez que o envelhecimento aumenta as chances do aparecimento de DCNT. Além disso, a maior sobrevivência dos pacientes com DCNT tornou as discussões em torno da

qualidade de vida mais valorizadas³. De acordo com o Ministério da Saúde, o monitoramento dos fatores de risco para a ocorrência de DCNT e o impacto econômico e social dessas comorbidades constituem um forte argumento para a sua prevenção⁴. Dessa forma, as análises da pressão arterial, do índice de massa corpórea (IMC) e da relação cintura-quadril são indicadores importantes para detectar possíveis agravos relacionados ao aparecimento das DCNT.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos, sendo fundamental o monitoramento da PA em todas as idades, mas especialmente em indivíduos acima de 65 anos que, usualmente, apresentam mais alterações na pressão arterial⁵. A análise do IMC é importante para verificar se o peso do indivíduo está adequado para a sua altura ou se há risco de obesidade⁶. Além disso, a análise da relação cintura-quadril auxilia na prevenção das DCNT, pois relaciona os valores de concentração de gordura nessas regiões ao possível desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e aterosclerose⁷. Estudos mostraram que, devido à desinformação e à falta de acompanhamento, muitas pessoas apresentam valores de IMC, pressão arterial e relação cintura-quadril elevados, que conseqüentemente interferem negativamente na qualidade de vida⁸.

Nesse contexto, ações coletivas de promoção e educação em saúde, como os grupos operativos, são alternativas utilizadas como um meio de cuidado assistido a esses pacientes com o intuito de garantir a autonomia e o protagonismo no processo saúde-doença e, conseqüente melhoria da qualidade de vida⁹.

Tais grupos são desenvolvidos em espaços públicos, como unidades básicas de saúde, praças, quadras poliesportivas e espaços de instituições privadas voluntárias. Diante disso, estudantes membros de uma Liga Acadêmica com foco em saúde coletiva de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais realizaram o presente estudo, cujo objetivo foi discutir a importância das ações de educação em saúde para idosos, bem como avaliar as condições gerais de saúde e a qualidade de vida de participantes de um grupo de convivência de Belo Horizonte, Minas Gerais.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de um projeto extensionista desenvolvido com 40 participantes de um grupo de convivência localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Todas as participantes foram mulheres, com idade variando entre 52 e 83 anos (média de idade = 73,3 anos [Desvio padrão – DP=9,64]). As ações de educação em saúde foram planejadas a partir de temas definidos de acordo com as demandas do grupo de convivência e foram embasadas na literatura prévia, com o objetivo de escolher metodologias adequadas para essa faixa etária. As atividades realizadas tiveram o intuito de compartilhar conhecimento e experiências acerca dos cuidados em saúde, com o objetivo de promover o empoderamento das idosas. Por sua vez, a avaliação das condições gerais de saúde e da qualidade de vida foi realizada por meio de questionários validados, com o intuito de compreender a saúde desse grupo etário e subsidiar políticas públicas, com o objetivo de melhorar as condições de vida durante o envelhecimento.

O projeto aconteceu entre setembro e dezembro de 2022, por meio de encontros semanais (duas vezes por semana), com duração de duas horas por dia. Foram realizados 8 (oito) encontros.

Antes de iniciar a avaliação, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 64531722.3.0000.5134).

No primeiro encontro, as idosas participaram de uma roda de conversa para estabelecer os temas de interesse que seriam abordados nos encontros seguintes, sendo doenças crônicas (diabetes e hipertensão); alimentação saudável e bons hábitos de vida; Outubro rosa (prevenção do câncer de mama); saúde mental; e qualidade do sono. Após esse momento, as participantes foram convidadas a responderem o questionário sobre as condições gerais de saúde e o questionário de qualidade de vida.

O questionário referente às condições gerais de saúde foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores e continha as seguintes informações: 1) sociodemográficas: idade, sexo e grau de escolaridade; 2) medidas antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura/quadril; e 3) condição geral de saúde: pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência cardíaca. O questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o SF-36¹¹. Posteriormente os dados foram registrados em uma planilha para controle e realização da análise estatística.

A avaliação sociodemográfica, antropométrica e de qualidade de vida foi realizada com as idosas que

participaram de, no mínimo, dois encontros (n=12). Para a devida classificação do IMC, usou-se como valores de referência os dados da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde¹⁰. A relação cintura-quadril foi feita pela fórmula: circunferência da cintura em centímetros (cm) dividido pela circunferência do quadril em cm, ambas mensuradas também por fita métrica.

A avaliação do estado geral da saúde foi realizada ao início de cada encontro e os valores obtidos foram registrados em uma planilha para controle e realização da análise estatística, onde foi realizado uma média aritmética com todos os valores coletados de cada sinal vital para cada participante. Em caso de alteração significativa nos dados vitais das idosas, um protocolo foi desenvolvido pelos pesquisadores, no qual as participantes foram orientadas a procurar a sua Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta com o médico. Para aferição da pressão arterial utilizou-se o esfigmomanômetro e estetoscópio, enquanto a saturação de oxigênio e a frequência cardíaca foram mensuradas através do oxímetro de pulso.

Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se o SF-36¹¹, que é um instrumento de avaliação genérica de saúde, de fácil administração e compreensão, constituído por 36 questões, que abrangem oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental avaliadas por 35 questões e mais uma questão comparativa entre a saúde atual. Os cálculos dos escores foram realizados de acordo com a instrução do instrumento por Ciconelli¹¹. Os resultados obtidos por este questionário

rio são notas que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior estado naquele domínio e 100 = melhor estado naquele domínio. É chamado *raw scale* pois não apresenta nenhuma unidade de medida.

A partir do segundo encontro, as atividades foram direcionadas para as temáticas previamente escolhidas pelas participantes. O encontro sobre as doenças crônicas, principalmente, diabetes e hipertensão foi realizado por meio de uma roda de conversa para promover uma maior interação entre as participantes. Em um primeiro momento deixou-se o espaço de fala aberto para que todas pudessem expor suas concepções sobre a temática. Consoante, os acadêmicos buscaram elucidar as informações de forma clara e objetiva, utilizando recursos como lousas para desenhos. Foi constatado que a maioria das idosas presentes possuía alguma doença crônica e estavam em tratamento.

A discussão sobre alimentação saudável e bons hábitos de vida iniciou-se com uma roda de conversa com o objetivo de ouvir, acolher e entender as demandas e as realidades de cada idosa em suas individualidades e condições alimentares. As idosas foram orientadas sobre mudanças simples que poderiam fazer no preparo de suas refeições, como diminuir a quantidade de sal substituindo-o por temperos naturais e de fácil cultivo. Além disso, foi discutida a importância da redução do consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, biscoitos recheados, salsichas, sorvetes, temperos instantâneos e molhos de tomate prontos. A abordagem consistiu em apresentar saquinhos de plástico com a quantidade de sal ou açúcar presente em cada um desses alimentos. A maioria

das idosas demonstrou surpresa ao visualizar o volume elevado desses condimentos nos alimentos que consumiam. Outro ponto relevante debatido, foi a importância da prática de alguma atividade física, como pequenas caminhadas ao ar livre. Tal prática está associada à diminuição de níveis pressóricos¹² e consequente melhora da qualidade de vida. No entanto, foi alertado para que evitassem exposição ao sol entre 10 e 16 horas devido à maior incidência de raios ultravioletas que são causadores de câncer de pele, bem como a importância do uso de fotoprotetores ao se exporem ao sol¹³.

Durante as temáticas doenças crônicas e alimentação saudável e bons hábitos de vida foi essencial para o desenvolvimento das atividades, as idosas terem conhecimento das suas medidas antropométricas e das condições gerais de saúde. Ter o conhecimento e a médio/longo prazo das condições objetivas de saúde auxiliou as participantes a compreenderem a importância das informações fornecidas pelos acadêmicos.

No mês de outubro, o tema escolhido foi “Outubro Rosa”, ressaltando a importância do autoconhecimento corporal e a prevenção do câncer de mama. Foi orientado às participantes que se encontravam na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde (50 a 69 anos) sobre a realização do autoconhecimento das mamas, e foi realizada uma prática do autoexame das mamas. Neste encontro, os acadêmicos abordaram características nas mamas que não são normais e fatores de risco que contribuem para o surgimento da doença. Para ilustrar a importância da detecção precoce, foi realizada uma dinâmica onde cada uma das participantes recebeu uma mama feita de balão e

preenchida com farinha, e tinham então que apalpar e examinar estas “mamas” a fim de encontrar alguma anormalidade. No meio da farinha que preenchia os balões tinham grãos de feijão que deveriam ser localizados pelas participantes. Foi ressaltado que o autoexame da mama não é suficiente para identificar lesões iniciais e que é importante seguir as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento, realizando a mamografia a cada dois anos e buscando ajuda de profissionais de saúde¹⁴. Apesar de inicialmente parecerem constrangidas em falar sobre o próprio corpo, as idosas foram deixadas confortáveis pelos acadêmicos ao longo do encontro.

Durante a atividade sobre saúde mental foram abordados diversos aspectos relacionados ao bem-estar emocional na velhice. Os acadêmicos direcionaram a discussão para temas como humor, perda de peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, insatisfação, sentimentos de culpa e pensamentos recorrentes de morte. O objetivo dessa abordagem foi identificar possíveis sinais e sintomas de depressão e outras doenças mentais que poderiam estar afetando a qualidade de vida dos idosos e, assim, promover uma intervenção precoce e adequada. Após a conversa, foi possível observar que muitos participantes apresentaram possíveis sinais de depressão de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-5)¹⁵, além de ainda sentirem o impacto da perda de entes queridos. Nesse sentido, a atividade teve como objetivo proporcionar um espaço seguro e acolhedor para que as idosas pudessem expressar suas emoções e angústias, enquanto permitia aos acadêmicos uma melhor compreensão das demandas e necessidades de saúde mental des-

sa população. Os acadêmicos ficaram sensibilizados, tiveram uma escuta ativa e acolheram cada uma das queixas. As idosas foram orientadas a buscar grupos de apoio, grupos de convivência e também o Centro de Saúde de sua referência.

Sobre a qualidade do sono, foi explicado para as idosas a influência que um sono de qualidade exerce na saúde. Discutiu-se a importância de manter uma rotina de preparo para dormir, como não fazer refeições pesadas nas duas horas que antecedem o momento de deitar; desligar aparelhos eletrônicos; acalmar a mente; manter o ambiente pouco iluminado, de modo a favorecer a produção de melatonina (hormônio que auxilia na promoção do sono)¹⁶; evitar cochilos diurnos; estabelecer um horário para dormir e acordar. Além disso, foi ressaltado que a prática de atividade física associada a uma alimentação saudável são fatores positivos para a melhora do sono. As idosas tiveram um momento para expor quais eram suas maiores dificuldades para conseguir ter um sono adequado e, junto aos acadêmicos, pensaram em ações efetivas que poderiam auxiliar a atingir alguma melhora significativa.

O último encontro teve como temática a meditação. Tal tema foi proposto visto a necessidade das idosas, por meio dos encontros anteriores, nos quais, elas relataram ansiedade e preocupação excessivas, desencadeadas sobretudo pela má qualidade do sono. A meditação é uma prática que pode trazer diversos benefícios para a saúde física e mental das pessoas, especialmente para aquelas que sofrem de doenças crônicas ou para os idosos. Uma das técnicas mais conhecidas é a meditação *mindfulness*, que consiste

em prestar atenção plena no momento presente, sem julgamentos¹⁷. Ela deve ser realizada em ambiente calmo e sem muito estímulo sonoro, a pessoa deve se assentar de maneira confortável, fechar os olhos e perceber a sua respiração, respirando fundo e lentamente. Esta técnica pode ajudar a reduzir os níveis de estresse e ansiedade, o que é particularmente útil para aqueles que estão enfrentando doenças crônicas ou passando por mudanças significativas na vida¹⁸. A técnica também pode ajudar a melhorar a qualidade do sono, reduzir a insônia e diminuir a percepção da dor, o que é especialmente útil para pessoas idosas. Além disso, a prática também pode aumentar a resiliência e a capacidade de lidar com os desafios da vida¹⁸. Foi ressaltado que a meditação *mindfulness* não substitui o tratamento médico adequado e não deve ser vista como a única solução para os problemas de saúde. Ela pode ser usada como uma ferramenta complementar para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar geral, mas é necessário que sejam realizados estudos mais aprofundados para confirmar seus efeitos em determinadas condições de saúde¹⁸.

No decorrer dos encontros os acadêmicos notaram interesse dos participantes em receber cuidado e atenção. Esse interesse foi demonstrado por meio de palavras de gratidão e, também, por meio do grande número de relatos pessoais relacionados ou não à saúde, que foram trazidos pelas idosas a cada encontro. Foi percebido também que havia em algumas das participantes uma maior consciência sobre o próprio estado geral de saúde, uma vez que demonstraram clareza sobre a sua alimentação, o que as faz sentir-se bem e o que traz sintomas de desconforto.

Além disso, as participantes souberam falar sobre o seu sono, o estado emocional e até questões mais objetivas, como exemplo, quais medicamentos fazem uso e se possuem comorbidades. No encontro sobre a saúde mental, as idosas relataram que se sentiram acolhidas e importantes naquele encontro.

Notou-se que as idosas menos assíduas apresentavam uma postura mais passiva e, por vezes, não tinham clareza sobre a sua condição geral de saúde, uma vez que quando questionadas sobre sinais e sintomas de morbidades ou sobre dificuldades de realização de algumas atividades diárias, tinham dificuldade em responder a tais questionamentos.

Por parte dos acadêmicos, percebeu-se que havia motivação em compartilhar conhecimentos de saúde com as participantes e também interesse em ouvir os seus relatos pessoais. Houve certa frustração com a falta de assiduidade de algumas participantes, mas há a consciência que é natural esta ocorrência em atividades de grupo. Além disso, os representantes da instituição onde foi realizada a ação relataram sua satisfação com o trabalho realizado e manifestaram interesse de que as atividades perdurassem pelo próximo semestre.



FIGURA 1: APLICAÇÃO DO SHORT FORM HEALTH SURVEY 36 (SF-36) EM IDOSAS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA, EM BELO HORIZONTE (SETEMBRO DE 2022). FONTE: IMAGEM DAS AUTORAS



FIGURA 2: RODA DE CONVERSA COM IDOSAS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA, EM BELO HORIZONTE (NOVEMBRO DE 2022). FONTE: IMAGEM DAS AUTORAS

Resultado das avaliações

Em relação aos dados sociodemográficos, medidas antropométricas, percepção de saúde e qualidade de vida, foram coletados dados de 12 mulheres que compareceram em, no mínimo, dois encontros.

A média de idade foi de 73,3 anos [Desvio padrão – DP=9,64], sendo a mais nova com 52 anos e a mais velha com 83 anos. O grau de escolaridade predominante foi Ensino Fundamental Completo (58,3%), além disso, 75% das participantes possuíam cônjuge.

As medidas antropométricas e a média dos sinais vitais estão apresentadas na Tabela 1.

Percebeu-se um IMC médio de 24,4, sendo o mais baixo 20,6 e o mais alto 35,7. A relação cintura/quadril média de 0,92, variando de 1,02 a 0,83cm. Por último, a pressão sistólica média foi de 128 mmHg e a pressão diastólica teve média de 77 mmHg, sendo os índices mais altos 160 e 90, respectivamente. As duas participantes que apresentaram pressão de 160x90 mmHg relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos e uso do medicamento no dia das aferições. Dessa forma, foram orientadas a procurar o cardiologista para que fosse feito o monitoramento da efetividade da medicação. A saturação de oxigênio média foi de 96%, no entanto apenas uma participante apresentou valor abaixo do normal, sendo de 85% e também foi orientada a procurar seu médico de referência para acompanhamento e verificação de possível causa (seus demais dados se encontravam dentro dos valores de normalidade).

TABELA 1: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E MÉDIA ARITMÉTICA DOS DADOS VITAIS DE IDOSOS EM BELO HORIZONTE (N=12)

Participante	IMC Kg/m ²	Cintura / quadril	PA (mmHg)–média	SAT O2 (%) – média	FC (bpm) – média
1	32,5	0,95	110x 70	95	69
2	35,6	0,93	150x70	97	95
3	24,3	0,97	110x70	85	91
4	28,3	0,96	120x75	97	68
5	24,2	0,83	160x90	100	60
6	28	0,95	150x90	96	65
7	27,4	0,93	130x70	98	77
8	25,1	0,85	110x70	98	77
9	20,6	0,97	120x90	97	82
10	23,6	1,02	160x90	97	63
11	23,6	0,83	110x70	96	68
12	22,6	0,85	110x70	98	83

IMC: Índice de massa corporal; PA: Pressão arterial; Sat O2: Saturação de oxigênio; FC: Frequência cardíaca

Em relação a frequência cardíaca a média encontrada foi de 75bpm, sendo que nenhuma participante apresentou resultado fora dos valores de normalidade. Além disso, das 12 participantes que tiveram suas medidas coletadas, apenas quatro relataram não estar fazendo uso de medicação contínua.

Na Tabela 2 foram apresentados os domínios do questionário SF-36, sendo capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental.

O estudo de Laguardia e colaboradores¹⁹ apresenta dados normativos para a população idosa brasileira, sugerindo pontos de corte. Os autores segmentaram em quatro diferentes faixas etárias, uma vez que a idade poderia ser uma influência nos resultados de cada escore. Das participantes do presente estudo que responderam ao questionário SF-36, seis se enquadraram na última faixa-etária, ou seja, possuem 75 anos ou mais. Dessas, todas ficaram com escores acima dos pontos de corte proposto por Laguardia e colaboradores¹⁹ no quesito “capacidade funcional”. Na “Limitação por aspectos físicos”, quatro (33,3%)

TABELA 02: ESCORES DO SF-36 PARA 8 DOMÍNIOS (E MÉDIA GERAL POR DOMÍNIO) DE IDOSOS FREQUENTADORES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS EM BELO HORIZONTE

Participante	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Limitação por aspectos emocionais	Saúde mental
1	50	25	62	52	65	100	100	80
2	75	100	50	40	95	100	100	100
3	75	0	0	25	65	62,5	0	72
4	80	0	74	57	80	87,5	100	92
5	90	100	100	92	90	100	100	92
6	60	100	72	55	95	100	100	68
7	65	25	41	47	45	37,5	33,3	44
8	85	75	100	52	80	100	100	96
9	75	25	84	52	95	75	100	92
10	65	100	100	72	95	100	100	96
11	50	100	51	52	60	87,5	100	64
12	80	100	51	77	90	100	100	80
Média	70,8	62,5	65,4	56,1	79,6	87,5	86,1	81,3

ficaram acima e duas (16,6%) abaixo. No domínio “Dor” apenas uma participante de 75 anos ou mais ficou com escore abaixo do ponto de corte. No quesito “Estado Geral de Saúde”, quatro das 6 participantes tiveram escores abaixo da referência utilizada, porém em “Vitalidade” todas pontuaram acima. Já nos “Aspectos sociais”, “Limitação por aspectos emocionais” e “Saúde mental”, as seis participantes de 75 anos ou mais performaram escores acima dos descritos por Laguardia e colaboradores¹⁹ para esta faixa etária.

Sobre as outras 6 (seis) participantes, com menos de 75 anos tem-se que: No quesito de “Capacidade Funcional” apenas uma participante pontuou menos que a medida descritiva para a idade, já na “Limitação por aspectos físicos” e “Vitalidade”, três participantes tiveram escores acima do escore padronizado e três abaixo. Nos quesitos “Dor” e “Estado Geral de Saúde” apenas duas das 6 participantes performaram acima das medidas descritas por Laguardia e colaboradores¹⁹. Nos domínios “Aspectos Sociais”, “Limitação por Aspectos emocionais” e “Saúde Mental” duas participantes em cada tinham menos de 75 anos e alcançaram escores menores que os descritos para esta população.

É possível ainda comparar os resultados encontrados com um estudo realizado por Pimenta *et al.* (2008)²⁰ em Belo Horizonte no qual foi aplicado o mesmo instrumento para 87 aposentados em Belo Horizonte cuja média de idade foi de 57,3 anos. Importante ressaltar que a média de idade da amostra do presente estudo foi de 73,25 anos, 16 anos a mais que a amostra do presente estudo. O único domínio em que a mé-

dia de escores das 12 participantes foi menor que a apresentada por Pimenta *et al.* (2008)²⁰ foi em “Estado geral de saúde”, o qual foi o menor escore médio em ambos os estudos. Corroborando também com os resultados, “Limitação por aspectos físicos” e “Dor” seguem na sequência com os piores escores em ambos os estudos. Sendo assim, é possível cogitar que a dor e as limitações por aspectos físicos podem contribuir para um pior estado geral de saúde da população idosa estudada.

REFLEXÕES TEÓRICAS

No teste nacional do IBGE para o censo 2021, os recenseadores estimaram que 14,7% da população total brasileira são idosos²¹. As projeções indicam que o número de pessoas com 65 anos ou mais praticamente triplique em 2060, chegando a 58,2 milhões de pessoas, o equivalente a 25,5% da população²². Essas estimativas apontam para uma desaceleração no ritmo de crescimento e uma consequente inversão na pirâmide etária brasileira²³.

Perante a atual transição demográfica e o consequente envelhecimento populacional, é imprescindível a discussão voltada para promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como na prevenção de doenças. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) aborda sobre o envelhecimento e destaca a relevância das práticas de educação em saúde para a prevenção de doenças e promoção do envelhecimento saudável²⁴.

Assim, com foco em um envelhecimento saudável e ativo, a proposta de promoção à saúde, voltada para

educação em saúde, configura-se como importante ferramenta de intervenção para melhores condições de vida com redução do número de disfunções e doenças²⁵. As intervenções educativas permitem a construção de novas ideias, conhecimentos e olhares, além de estimular o autocuidado e proporcionar alternativas das atitudes que influenciam a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

Dessa maneira, a educação em saúde e o cuidado promovido trazem trocas inteligentes de aprendizado tanto para a comunidade quanto para os profissionais de saúde e estudantes envolvidos²⁶. Essas trocas foram observadas ao longo das atividades de educação em saúde junto ao grupo de idosos conforme demonstrado nos resultados e constituem elemento central no contexto de grupos operativos em saúde. No entanto, é importante salientar que diante de um grande rodízio de participantes ao longo da ação, há uma limitação deste estudo em estabelecer medidas estatísticas objetivas.

Ainda sobre o panorama de envelhecimento populacional, tem-se que o aumento na expectativa de vida representa uma conquista social, mas também um grande desafio, uma vez que se espera que esses anos sejam vividos com qualidade²⁷. Segundo Santos (2019), o envelhecimento da população tem aumentado os gastos com saúde tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pela saúde suplementar, e exigirá cada vez mais um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas²⁸. Diante disto, segundo Camarano (2002), se houvesse uma associação positiva entre maior longevidade e melhorias nas condições de vida da população idosa, os gastos com saú-

de e previdência iriam diminuir²⁹. Para Sousa (2003), qualidade de vida e bem-estar são fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido, o que deve ser fomentado ao longo da vida dos indivíduos³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem e discussão de temas prevalentes da saúde coletiva em grupos formados por pessoas idosas estimulam o desenvolvimento de práticas que favorecem um estilo de vida mais saudável, a promoção do bem-estar e a prevenção de doenças. Um espaço desenvolvido para essa população, adaptado com a linguagem e dinâmicas adequadas para a idade e nível sociocultural, promove a reflexão e torna possível a troca de conhecimentos e a reflexão sobre novos hábitos. Além disso, os grupos de convivência oportunizam a construção de vínculos, facilitando o processo educativo que tem como um dos objetivos a manutenção da funcionalidade, a independência e a autonomia das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
2. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm* 2008 Jun;17(2):241-9.
3. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med* 2009 Set;7(5):339-42.

4. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema único de Saúde brasileiro. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial–2020. *Arq Bras Cardiol* 2021 Mar;116(3):516-658.
6. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional–SISVAN. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Pereira RA, Sichieri R, Marins VMR. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 1999 Abr;15(2):333-4.
8. Lima BD, Amorim JS, Pereira JVP, Amorim JS. Impacto da divulgação científica na prevenção hipertensão arterial sistêmica. *Rev Eletr Acervo Médico* 2023 Fev 01;23(1):e11541-e11541.
9. Cogo SB, Silva LMC, Donel CR, Puhl GS, Balconi I, Costa KC et al. Educação em saúde com idosos ativos: relato de ações de extensão. *Rev Eletr Acervo Saúde* 2021 Fev;13(2):e5724-e5724.
10. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
11. Ciconelli RZ, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999 Jun;39(3):143-50.
12. Lopes S, Mesquita-Bastos J, Garcia C, et al. Effect of Exercise Training on Ambulatory Blood Pressure Among Patients With Resistant Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol* 2021; 6: 1317.
13. Kerber VL, Santos NQ, Garcia RC, Simões N, Oliveira DV, Bertolini SMM. Envelhecimento: hábitos dos idosos em relação à exposição solar e ao uso de fotoprotetor. *Rev Valore* 2020 Mai;5(1):5026.
14. ALVES, Luiz Eduardo Severiano; CARVALHO, Fabiano Lacerda; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE CÂNCER DE MAMA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, p. 479-500, 2023.
15. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION–APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
16. GLANZMANN, Ronald et al. O uso da melatonina como indutor do sono–uma revisão bibliográfica. *Revista uningá*, v. 56, n. 1, p. 157-167, 2019.
17. MACEDO, Marília Caroline Ventura; DE ALMEIDA VASCONCELOS, Danilo. EFEITOS DA MEDITAÇÃO MINDFULNESS EM IDOSOS COM DEPRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA.
18. Hoffman SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010 Abr;78(2):169-83.
19. Laguardia J, Campos MR, Travassos M, Najar AL, Anjos LA Vasconcellos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev bras epidemiol* 2013 Dez;16(4):889-97.

20. Pimenta FAP, Simil FF, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revi Assoc Med Bras* 2008 Fev;54(1):55-60.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Agência de Notícias IBGE. 2022 julho 22;p.01.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência de Notícias IBGE 2018 maio 2;p.01.
23. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 20 out 2006; Seção 1.
25. Del Pino ACS. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev multidiscipl gerontol* 2003 13(3):188-92.
26. Carvalho KM, Silva CRD, Figueiredo MLF, Nogueira LT, Andrade EMLR. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* 2018 Ago;31(4):446-54.
27. Pereira RJ, Cotta RMM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. *Mundo saúde (Impr.)* 2005;29(4):475-83.
28. Santos SL; Turra CM, Noronha Kenya. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Rev bras estud popul* 2018 Mai;35(2):1-30.
29. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA 2002.
30. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003 Jun;37(3):364-71.