



IDOSOS E GRUPOS DE CONVIVÊNCIA: MOTIVOS PARA A NÃO ADESÃO

ELDERLY AND COEXISTENCE GROUPS: GROUNDS FOR NON-ACCESSION

TIPOS Y GRUPOS DE CONVIVENCIA: MOTIVOS PARA LA NO ADHESIÓN

*Luisa Stephanie Albuquerque Araújo*¹

*Andréa Carvalho Araújo Moreira*²

*Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas*³

*Maria Adelane Monteiro Silva*⁴

*Danielle Rocha do Val*⁵

RESUMO

O estudo objetiva conhecer os motivos pelos quais os idosos não participam de grupos de convivência e identificar sugestões para a melhoria da adesão às ações de promoção da saúde do idoso. Trata-se de estudo quantitativo, exploratório e descritivo, realizado em uma cidade do Ceará, de setembro a dezembro de 2016. A amostra foi composta por 58 idosos que nunca participaram do grupo ou que já participaram, mas se ausentaram há três meses. Utilizam-se dois formulários para coleta de dados, um com questões sociodemográficas, de saúde e questões dirigidas e outro com a escala de Índice de Katz. Os dados foram tabulados no software Excel (2010), e processados no GraphPadPrism5®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer N° 1.659.230. A maioria dos participantes são mulheres 35(60,4%), 24(41,4%) ensino fundamental incompleto, 21(36,1%) moram com cônjuges e/ou filhos e/ou netos, 30(51,7%) apresentam mais de uma doença, sendo as cardiocirculatórias predominantes 42(41,2%). 26(44,8%) dos idosos apresentaram mais de um motivo que impedem a participação no grupo. Os principais motivos para não participação nos grupos de convivência são: desinteresse 20 (22,5%); sem tempo 12(13,5%); trabalho 10(11,2%); doença 9(10,1%); violência urbana 7(7,9%); horário 6(6,7); sem acompanhante 4(4,5%); problemas no acesso 3(3,4%); outros 18(20,2%).

Palavra-chaves: Saúde do Idoso; Promoção da Saúde; Atenção Primária a Saúde.

1. Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

2. Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

3. Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

4. Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

5. Bioquímica. Professora do Instituto de Teologia Aplicada (INTA). Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

The study aims to know the reasons why the elderly do not participate in groups of coexistence; And identify suggestions for improving adherence to actions to promote the health of the elderly. This is a quantitative descriptive exploratory study carried out in a city in the northern part of the state of Ceará from September to December 2016. The sample consisted of 58 elderly individuals who had never participated in the cohabitation group or who had participated in the study Group, but have been absent for three months. A form was used as an instrument of data collection, with sociodemographic, health issues and issues addressed to the theme. Data were tabulated in Excel software (2010), and processed in GraphPadPrism5®. The study was approved by the Research Ethics Committee, under opinion No. 1,659,230. Most of the participants were women (35.4%), 24 (41.4%) had incomplete elementary education, 21 (36.1%) lived with spouses and / or children and / or grandchildren, 30 (51,7%) have more than one disease, and circulatory system diseases predominate 42 (41.2%). 26 (44.8%) elderly had more than one reason that prevented participation in the group. The main reasons for not participating in the coexistence groups are: lack of interest 20 (22.5%); Lack of time 12 (13.5%); Work 10 (11.2%); Some illness 9 (10.1%); Urban violence 7 (7.9%); Time 6 (6.7); No one is light / accompany 4 (4.5%); Access problems 3 (3.4%); And another 18 (20.2%).

Keywords: Health of the Elderly; Health Promotion; Primary Health Care.

RESUMEN

El estudio objetiva conocer los motivos por los cuales los ancianos no participan en grupos de convivencia; E identificar sugerencias para la mejora de la adhesión a las acciones de promoción de la salud del anciano. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, realizado en una ciudad de Ceará, de septiembre a diciembre de 2016. La muestra fue compuesta por 58 ancianos que nunca participaron del grupo o que ya participaron, pero se ausentaron hace tres meses. Se utilizaron dos formularios para recolección de datos, uno con cuestiones sociodemográficas, de salud y cuestiones dirigidas y otro con la escala de Índice de Katz. Los datos se tabularon en el software de Excel (2010), y se procesaron en GraphPadPrism5®. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, previo dictamen N° 1.659.230. La mayoría de los participantes son mujeres 35 (60,4%), 24 (41,4%) enseñanza fundamental incompleta, 21 (36,1%) viven con cónyuges y / o hijos y / o nietos, 30 (51,7%) Presentan más de una enfermedad, siendo las cardiocirculatorias predominantes 42 (41,2%). (44,8%) los ancianos presentaron más de un motivo que impiden la participación en el grupo. Los principales motivos para no participar en los grupos de convivencia son: desinterés 20 (22,5%); Sin tiempo 12 (13,5%); Trabajo 10 (11,2%); Enfermedad 9 (10,1%); Violencia urbana 7 (7,9%); (6,7); Sin acompañante 4 (4,5%); Problemas en el acceso 3 (3,4%); Otros 18 (20,2%).

Palabra Claves: Salud del Anciano; Promoción de la salud; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

Os grupos de idosos, quando conduzidos por meio da escuta, da problematização e da produção conjunta do conhecimento, concretizam-se como um exercício de autonomia e favorecem o processo de construção da cidadania, potencializando a expressão do cidadão nas diferentes dimensões do cuidado e do autocuidado¹.

O cuidado realizado nos grupos é construído coletivamente, quando profissional e usuário conseguem contribuir para um cuidado integral. Essa construção conjunta de profissional/ usuário fortalece os vínculos entre o profissional e os participantes do grupo².

Na esfera da atenção à saúde do idoso, as ações de cuidados grupais têm sido um elemento prioritário disposto

na Política Nacional de Saúde do Idoso quando reforça que deve ser facilitada e promovida a participação dos idosos em grupos (de terceira idade, grupos operativos ou grupos de convivência), a fim de fortalecer a valorização de experiências positivas para eles³.

Os grupos de idosos potencializam a convivência social, e trazem outras vantagens como a liberdade de expressão, a aprendizagem de assuntos relacionados ao autocuidado com a saúde, além da melhora na saúde mental, aumentando a vontade de viver e a autoestima⁴. Corroborando com o que aparece em outra pesquisa, que mostra os grupos de convivência como espaço de interação que proporciona a inclusão social e possibilita a manutenção da autonomia, preservando a dignidade e a vida saudável⁵.

Há uma grande diferença na melhora da qualidade de vida entre os idosos que participam de grupos quando comparados

com aqueles que não participam. Essa melhora da qualidade de vida aparece no domínio da capacidade funcional, na recuperação geral da saúde, na saúde mental, nos aspectos sociais e no bem-estar físico⁶.

Assim, esse estudo se justifica devido à preocupação com a pouca participação dos idosos nos grupos, constatada ao longo da experiência das autoras, mediante imersão em Unidades Básicas de Saúde e vivências na Estratégia de Saúde da Família. Essa percepção se dá por meio da comparação entre a população idosa residente em um determinado território e o número de participantes dos grupos de idosos, chegando-se à conclusão de que poucos participam de grupos. Esse fato preocupa, os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso, instigando-os a investigar os motivos que dificultam a essa adesão às atividades grupais.

Esta pesquisa surgiu a partir da percepção da não participação de idosos nos grupos de convivência e sugere mais atenção por parte dos vários profissionais da área da saúde, no sentido de revelar os motivos que dificultam a adesão dos idosos aos grupos, fornecendo subsídios para que se possam buscar estratégias pedagógicas e/ou logísticas mais adequadas ao público alvo.

Um estudo de revisão que buscou identificar os fatores associados à participação de idosos em atividades educativas apontou que os idosos desistem ou não participam dos grupos por motivos de adoecimento pessoal ou do cônjuge, morte do cônjuge ou de familiares e dificuldades em deslocamento até o local de encontro do grupo⁷.

Nesse estudo, a partir da compreensão ampliada das funções que exercem os grupos de convivência, desenvolvidos no contexto da atenção básica, foram considerados grupos de convivência de idosos aqueles direcionados a atividades educativas, de autocuidado, de atividades físicas, sendo muitas vezes denominados de diversas maneiras, como grupo de idosos, grupos de hipertensos ou diabéticos, grupo de convivência, dentre outras terminologias utilizadas.

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivos: conhecer os motivos pelos quais os idosos não participam de grupos de convivência; bem como identificar as sugestões para a melhoria da adesão deles às ações de promoção da saúde do idoso em geral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório descritivo.

O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família de uma cidade localizada na Zona Norte do estado do Ceará. A seleção do local do estudo ocorreu de forma intencional, devido à existência ali de um grupo de idosos ativo há mais de 14 anos. Além disso, ressalta-se que esse território concentra

...subsídios para que se possam buscar estratégias pedagógicas e/ou logísticas mais adequadas ao público alvo.

um total de 1.150 idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do ano de 2015.

Destarte, foi constituída uma amostra não probabilística, composta por 58 idosos que frequentaram a UBS nos meses de setembro a dezembro de 2016, sendo este o período da coleta de dados. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser idoso cadastrado na UBS em questão, que nunca participou do grupo de convivência da UBS ou deixou de participar no mínimo há três meses, contando do período da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram idosos com grau de dependência grave, segundo Índice de Katz-Atividades da Vida Diária, pontuando 2 escores ou menos.

Para iniciar a coleta de dados foi apresentado o projeto de pesquisa à gerente da UBS e averiguadas informações acerca dos dias e horários que concentravam maior procura dos idosos pelo serviço de saúde. Desse modo, a abordagem aos idosos foi realizada nas salas de espera, onde eles estavam aguardando consultas.

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram dois. O primeiro, Escala de Índice de Katz, a qual mede o grau de capacidade do idoso para a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs). O segundo instrumento foi um formulário com questões objetivas e subjetivas, relacionadas à saúde e sociodemográficas, também direcionadas à temática da pesquisa.

Os dados coletados foram organizados por meio do *software* Excel (2010) e processados no programa estatístico GraphPadPrism5[®]. Para caracterização da população, foi utilizada estatística descritiva, usando frequências absolutas e relativas para as variáveis estudadas. Foi estabelecido intervalo de confiança de 95% para as proporções.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável da Comissão Científica com o protocolo número 0079/2016, assim como do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com o parecer de N° 1.659.230[®]. Aos participantes foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todos participaram da pesquisa de livre e espontânea vontade.

A pesquisa trouxe benefícios aos participantes, com o

incentivo à sua integração nas atividades grupais, também com o fornecimento de orientações acerca dos horários, atividades realizadas e benefícios para a saúde. Vale ressaltar que os riscos da pesquisa foram de eventual constrangimento, ou mesmo de os participantes terem se ofendido por alguma pergunta. Entretanto, as pesquisadoras buscaram minimizar os riscos, adotando uma postura ética e cautelosa na abordagem ao idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram 58 idosos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 82 anos, sendo a idade média calculada em 67,8 anos. A Tabela 1 demonstra a caracterização sociodemográfica dos idosos que não participam dos grupos de convivência.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população estudada N=58. Ceará, 2016.

Características	N*	%	IC 95%**
<i>Sexo</i>			
Masculino	23	39,6	21,57- 24,42
Feminino	35	60,4	33,38-36,61
<i>Cor/Raça</i>			
Branca	12	20,7	10,9- 13,09
Negra	08	13,8	7,08-8,91
Parda	38	65,5	36,35-39,64
<i>Escolaridade</i>			
Nunca estudou	11	19,0	9,94 - 12,05
Sabe ler e escrever	07	12,1	6,13- 7,86
Ensino Fundamental Incompleto	24	41,4	22,55- 25,44
Ensino Fundamental Completo	02	3,4	1,52-2,47
Ensino Médio Completo	08	13,8	7,08-8,91
Ensino Superior Incompleto	01	1,7	0,66-1,33
Ensino Superior Completo	05	8,6	4,26-5,73
<i>Situação Econômica</i>			
Renda de até um Salário Mínimo	19	32,8	17,67-20,32
Renda de mais de um Salário Mínimo	38	65,5	36,35-39,64
Não possui renda	01	1,7	0,66-1,33
<i>Com quem mora</i>			
Mora sozinho	09	15,6	8,03-9,96
Mora com filhos e netos	06	10,3	5,19-6,80
Mora com cônjuge, filhos e netos	10	17,2	8,98 - 11,01
Mora com cônjuge e filhos	05	8,6	4,26-5,73
Mora com cônjuge	12	20,7	10,90- 13,09
Outros	16	27,6	14,76- 17,23
<i>Religião</i>			
Católica	47	81,1	45,31-48,68
Evangélica	8	13,8	7,08-8,91
Testemunho de Jeová	1	1,7	0,66-1,33
Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias	1	1,7	0,66-1,33
Espírita	1	1,7	0,66-1,33

*N= 58

**IC= Intervalo de Confiança, Valores Mínimos e Máximos

A tabela 2 apresenta o perfil de saúde dos idosos participantes da pesquisa.

Tabela 2. Caracterização do perfil de saúde e história familiar para DCNT. Ceará, 2016.

Características	N*	%	IC 95%**
Estado de saúde			
Um problema de saúde	30	51,7	28,4-31,5
Mais de um problema de saúde	22	37,9	20,6-23,3
Sem problema de saúde	06	10,4	5,1-6,8
<i>*N= 58 **Intervalo de Confiança valor mínimo e máximo</i>			
Problemas de saúde			
Doenças do Sistema Circulatório (Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Cerebral, Cardiopatias)	42	43,7	40,9-43,0
Diabetes Mellitus	26	27,1	25,1-26,8
Doenças do sistema musculoesquelético (Osteoporose, Artrose, Reumatismo)	12	12,5	11,3-12,6
Problemas mentais (Depressão, Ansiedade, Alzheimer em estágio inicial)	06	6,2	5,5-6,4
Outros problemas (Labirintite, Hipertireoidismo, Hérnia de Disco, Hérnia Umbilical, Alergias, Gastrite, Problemas na Próstata)	10	10,5	9,3-10,6
<i>*N=96 **Intervalo de Confiança valor mínimo e máximo</i>			
Histórico Familiar para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)			
Doenças do Sistema Circulatório (Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Cerebral, Cardiopatias)	28	46,7	26,5-29,4
Diabetes Mellitus	14	23,3	12,8-15,1
Problemas mentais (Depressão, Ansiedade, Alzheimer em estágio inicial)	03	5,0	2,4-3,5
Câncer	15	25,0	13,8-16,1

Ao serem indagados se haveria interesse em participar do grupo de convivência da UBS, 36 (73,5%) disseram não ter nenhum interesse. Dos idosos que disseram não ter interesse em participar dos grupos de convivência, observou-se que 30 (84,5%) moram com algum familiar. Ainda, de todos os participantes, 39 (79,6%) possui alguma DCNT, sendo que 58,6% possuem mais de uma doença crônica não transmissível.

A tabela 3 expõe os motivos para a não participação da população estudada nos grupos de convivência. Desses idosos 26 (44,8%), apresentaram mais de um motivo que os impede de participar do grupo. Outros, 18 (20,2%), destacam as seguintes justificativas: viagens constantes; preguiça; não conhecimento dos profissionais que trabalham no grupo; falta de convite; preconceito com os participantes do grupo; ocupação com o cuidado direcionado a pessoas da família; falta de transporte para locomoção; desinformações sobre o grupo; desconhecimento do grupo; preferência por fazer atividade física sozinho; cansaço.

Tabela 3. Motivos da não participação da população estudada em grupos convivência. Ceará, 2016.

Motivos	N*	%	IC 95%**
Falta de Interesse	20	22,5	19,11-20,88
Falta de tempo	12	13,5	11,28-12,71
Trabalho	10	11,2	9,33 - 10,66
Problemas de saúde	9	10,1	8,36-9,63
Falta de acompanhante	4	4,5	3,56-4,43
Problemas no acesso	3	3,4	2,62-3,37
Violência Urbana	7	7,9	6,43-7,56
Horário	6	6,7	5,47-6,52
Outros	18	20,2	26,02-27,97

*N= 89

**IC= Intervalo de Confiança, Valores Mínimos e Máximos

A tabela 4 demonstra as contribuições que os grupos poderiam realizar na vida dos idosos, conforme a população estudada.

Tabela 4. Descrição das perspectivas dos idosos quanto às contribuições do grupo para suas vidas. Sobral, 2016.

Perspectivas	N*	%	IC 95%**
O grupo pode contribuir na melhora da saúde física	07	12,3	7,08-8,91
O grupo pode contribuir na melhora da saúde mental	21	36,8	19,62-22,37
O grupo pode contribuir na melhora do convívio social	06	10,5	5,19-6,80
O grupo pode contribuir por meio de educação em saúde	18	31,6	16,70-19,29
Não sabem	05	8,8	4,26-5,73

*N= 58

**IC= Intervalo de Confiança, Valores Mínimos e Máximos

Foram apresentadas, ainda, sugestões para melhoria das ações de promoção à saúde do idoso e obtiveram-se os seguintes resultados: 17 (22,6%) sugeriram mais disponibilidade de medicamentos, 10 (13,3%) sugeriram maior disponibilidade de médicos, 13 (17,3%) apontaram ampliar o atendimento ao idoso de modo geral, não apenas no setor saúde.

A tabela 5 demonstra as sugestões apontadas pelos idosos para motivar a participação nos grupos de convivência.

Tabela 5. Descrição das sugestões para motivar a participação dos idosos nos grupos. Sobral, 2016.

Sugestões	N*	%	IC 95%**
Recebimento de convites	8	13,8	7,08-8,91
Jogos lúdicos	1	1,7	0,66-1,33
Acupuntura	1	1,7	0,66-1,33
Dança	6	10,3	5,19-6,80
Presença do médico no grupo	1	1,7	0,66-1,33
Disponibilização de locomoção para os idosos	1	1,7	0,66-1,33
Prática de exercícios físicos	3	5,2	2,42-3,57
Palestras motivacionais dentro do Grupo	3	5,2	2,42-3,57
Mais diversidade nos locais	1	1,7	0,66-1,33
Segurança	1	1,7	0,66-1,33
Trabalhar a Religiosidade	3	5,2	2,42- 3,57
Nada motivaria	10	17,3	8,98 -11,01
Não souberam responder	19	32,8	17,67- 20,32

*N= 58

**IC= Intervalo de Confiança, Valores Mínimos e Máximos

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Obteve-se uma média de idade dos participantes de, aproximadamente, 67,8 anos. A tabela 1 exibe o perfil sociodemográfico dos idosos participantes, com total de 58 idosos, sendo 39,6% sexo masculino e 60,4% sexo feminino, idosos com baixa escolaridade: 11 (19,0%) nunca estudaram, 7 (12,1%) sabem ler e escrever e 24 (41,4%) têm ensino fundamental incompleto. Estudo realizado em Recife-PE expôs um perfil sociodemográfico de idosos semelhante, com predominância do sexo feminino, idosos com 5 a 8 anos de estudo, sendo diferenciada apenas a faixa etária predominante entre 70 e 79 anos⁹.

A situação econômica dos idosos mostrou que 38 (65,5%) deles recebem mais de um salário mínimo. Esse dado corrobora com uma pesquisa de 2014, que revela uma maioria dos idosos nordestinos com renda superior ao salário mínimo¹⁰, situação econômica que está diretamente relacionada com o fato de o idoso morar ou não sozinho, morando com cônjuge e/ou filhos a renda provavelmente tende a aumentar.

Todos os idosos entrevistados, 58 (100%) afirmaram ter alguma religião. Isso é importante em relação ao estado de saúde, pois a fé e a espiritualidade são pontos positivos na recuperação de doenças e tendem a aumentar a esperança de vida. Pode ajudar a pessoa enferma a ter um melhor conforto espiritual e melhor qualidade de vida¹¹.

...o convívio familiar não é suficiente para a efetivação da interação social...

No que se refere aos problemas de saúde, foi evidenciada uma grande incidência de idosos 42 (43,7%) acometidos por doenças ligadas ao sistema cardíaco circulatório. A incidência desses agravos foi semelhante na análise do histórico familiar, fortalecendo o que foi encontrado em outro estudo, que afirma que doenças relacionadas ao sistema cardíaco circulatório, como a hipertensão arterial sistêmica e o acidente vascular cerebral, são potencializadas pelo histórico familiar, configurando-se como hereditárias¹².

O Diabetes Mellitus também se mostrou com grande relevância, tanto na situação de saúde atual do indivíduo, quanto em seu histórico familiar, mostrando que a hereditariedade é um fator potencial do desenvolvimento do Diabetes Mellitus.

Foi verificada, de forma relevante, 15 (25%), a presença do câncer na história familiar dos idosos. O histórico familiar de câncer aumenta a possibilidade de desenvolvimento da doença¹⁴. Assim, é importante ressaltar que esses idosos que não participam dos grupos de convivência devem ser submetidos à busca ativa e outras estratégias que os façam aderir às práticas de promoção da saúde, de incentivo aos hábitos de vida saudáveis, de modo a prevenir possível desenvolvimento de cânceres.

Percebe-se uma visível vulnerabilidade em relação ao perfil social e de saúde destes idosos, sendo-lhes necessária uma assistência à saúde mais completa. De acordo com a literatura apresentada neste estudo e com conhecimentos gerais acerca dos grupos de convivência, infere-se que estes grupos poderiam auxiliar os idosos na prática do autocuidado, no desenvolvimento de percepções acerca das doenças crônicas não transmissíveis, no fortalecimento da autonomia e empoderamento, dentre outros importantes benefícios.

A maioria dos idosos não conhece a existência do grupo, isso é algo importante e deve ser questionado quanto ao trabalho da equipe de saúde da família, que pode estar com fragilidades em relação à comunicação e abrangência dos territórios. Ressalta-se que a UBS em que foi realizada a pesquisa, no momento, estava com algumas áreas descobertas por Agente Comunitário de Saúde. Assim esse pode ser um dos possíveis motivos da falta de conhecimento destes idosos acerca da existência do grupo.

O convívio familiar é muito presente nos idosos entrevistados, já que a maioria reside com algum familiar. Porém, apenas o convívio familiar não é suficiente para a efetivação da interação social e os grupos de idosos são exemplo de espaços onde se torna possível a ampliação desta interação social¹⁵.

Sobre os motivos da não participação dos idosos nos grupos de convivência, a falta de interesse, 20 (22,5%), obteve destaque. Estudo realizado em Florianópolis (SC) apresentou resultados semelhantes acerca do interesse dos idosos pelos

grupos. Observou-se que quando não se tem prazer naquilo que prática ou que participa, dificilmente se demonstrará interesse por ele. Há também a falta de conhecimento acerca do que lhes está sendo ofertado¹⁶. Isso leva a reflexões sobre os tipos de ações que são realizadas no território, devendo serem pensadas novas atividades que atraiam o público em questão e lhe proporcionem aprazimento. Dessa forma, aumentará o interesse dos idosos em participar de grupos.

Os motivos: “falta de tempo e trabalho” apareceram em destaque nos resultados desse estudo. Pode-se inferir que os idosos participantes da pesquisa, em sua maioria, moram com familiares. Dessa maneira, a falta de tempo pode estar associada aos trabalhos domiciliares/domésticos que são exercidos ou a trabalhos informais, que por sua vez podem relacionar-se ao aumento da renda para melhor manutenção da família. Isso é fortalecido, quando afirma que a busca de trabalho pelos idosos, mesmo após a aposentadoria, se dá em prol do melhoramento da renda da família¹⁷.

Ainda em relação aos motivos, 9 (10,1%) frisaram que problemas de saúde impedem sua ida ao grupo. Existe relação direta das doenças com a falta de motivação e bem-estar para realizar atividades físicas e lúdicas, e estas atividades podem ser realizadas em grupos de idosos¹⁸.

A violência urbana foi apontada como motivo da não participação. De acordo com a atual realidade brasileira, cidades em crescimento econômico e urbano tendem a aumentar também as taxas de violência urbana. A economia cresce, mas a maioria da população vive em miséria. A urbanização se torna desordenada, sem que o Estado consiga controlar¹⁹. O Ceará apresentou altos índices de mortalidade por homicídios em 2014, a microrregião de Sobral apresenta uma alta taxa de homicídio possui uma população de 400.799 habitantes²⁰. Devido ao crescente aumento destes incidentes, isso tem provocado medo na população em geral, bem como nos idosos, justificando o motivo “violência urbana” por eles apresentado.

Esses dados apontam para a necessidade urgente da articulação intersetorial em projetos de saúde nas comunidades. As ações intersetoriais poderão tornar possível a oferta de estratégias seguras para o idoso, a fim de promover seu bem-estar, fazendo com que eles se sintam mais seguros

em participar de ações e estratégias de promoção da saúde, como a participação nos grupos.

Foram investigadas junto aos idosos entrevistados as suas perspectivas quanto às contribuições dos grupos para suas vidas, sendo expressas de forma significativa, 21 (36,8%) indicaram a melhoria da saúde mental. Um estudo de revisão integrativa aponta as estratégias grupais como um meio de se trabalhar a saúde mental na Atenção Básica²¹, corroborando com o que aparece nesse resultado.

Muitos idosos, 18 (31,6%), também falaram acreditar que o grupo é um meio onde podem ser realizadas ações de educação em saúde. Nos grupos o processo de educação em saúde se configura como dinâmico e de significativa aprendizagem entre todos ou a maioria dos indivíduos participantes, assim como aparece em resultados de pesquisas que a educação em saúde é um compartilhamento de conhecimentos científicos e empíricos²².

Outros idosos apresentaram a perspectiva da melhora da atividade física, 7 (12,3%), e a melhora do convívio social, 6 (10,5%). Entende-se que a perspectiva melhora da atividade física pode estar associada ao vislumbre de outros grupos presentes no bairro que trabalham especificamente a atividade física. Em relação ao convívio social, a interação social deve se estender além do ambiente familiar, sendo assim os grupos de idosos são ambientes ideais e importantes, pois conseguem também amenizar o risco do isolamento social¹⁵.

Sobre as sugestões apontadas para motivar a participação dos idosos no grupo, foi relevante a ideia de se fazer convites, 8 (13,8%). Não foi especificado se estes convites teriam que ser de forma física (papel impresso com as informações do grupo), ou se poderiam ser de maneira verbal. De qualquer forma este dado chama a atenção, pois o convite é um meio simples de ser feito e facilmente aplicado pela equipe de saúde. A entrega de convite poderá favorecer a participação dos idosos nos grupos, pois eles se sentiriam honrados e responsáveis diante da atividade, além de favorecer ao convidado um planejamento acerca do horário.

Outra sugestão foi a de que o grupo de idosos abrangesse atividades como dança. Essa é uma estratégia diferenciada e poderia tirar a possível monotonia dos grupos. Também traria benefício para a promoção da saúde, melhoramento de problemas cardiovasculares e problemas respiratórios²³.

Outras três sugestões que surgiram de igual frequência foram: prática de exercícios físicos; palestras motivacionais dentro do grupo; e trabalhar a religiosidade. Estas sugestões já são realizadas no grupo existente na UBS, demonstrando a falta de informação a que estes idosos estão expostos sobre o grupo e atividades que acontecem na UBS.

Um dado preocupante foi a porcentagem de 17,3% (10 idosos) que afirmam nada lhes motivar a participar do grupo. Este é claramente um desafio que deve ser vencido pela Equipe

*...grupos de idosos
são ambientes ideais
e importantes, pois
conseguem também
amenizar o risco do
isolamento social.*

de Saúde da Família para que a efetivação da saúde do idoso por meio dos grupos seja mais abrangente e consistente, pois, além de outras vantagens, leva à prevenção de doenças mentais, como depressão, que está ligada ao isolamento social.

Quanto às sugestões apresentados para a melhoria das ações de promoção à saúde do idoso, observou-se que um número relevante de idosos, 17 (22,6%), associou a promoção da saúde com a melhora na disponibilidade de medicação. Tendo em vista que a maioria possui doença crônica e faz uso de medicamentos continuamente, esta sugestão está diretamente ligada ao entendimento que o idoso tem sobre promoção da saúde no dia a dia. A redução na disponibilidade de medicamentos é um problema de saúde, que o Brasil enfrenta desde o ano de 2010, agravando-se com o tempo devido a cortes de gastos na saúde e é consequência de uma crise econômica pela qual passou e passa o país²⁴.

A falta de medicamentos caracteriza a fragilidade do sistema de saúde, e isso enfraquece a participação dos idosos no grupo, pois eles se deparam com uma realidade de ausência do básico (medicamentos), consequentemente enfraquecendo a confiança no grupo. É importante ressaltar que o grupo de idosos é um apoiador, uma estratégia de fortalecimento, mas, para ter um bom desempenho, é preciso que o básico na saúde seja assegurado, como a disponibilidade de medicamentos.

A visão curativa da promoção da saúde ainda está intrínseca no entendimento das pessoas. Por isso, os idosos também apontam a maior disponibilidade de médicos para a melhora da promoção da saúde, não desvalorizando o papel do médico como promotor de saúde, mas entendendo que esta associação feita pelos idosos estudados pode estar muito ligada ao fator cultural “medicalocêntrico”. O modelo médico assistencial e “hospitalocêntrico” ainda é muito presente no Brasil, apesar de estar passando por um período de transição, contudo os esforços para a transformação dessa cultura arraigada ainda não foram suficientes para promover a lógica da prevenção de doença e promoção da Atenção Básica à Saúde²⁵.

Um dado relevante foi o percentual de 17% de sugestão para um melhor atendimento à população idosa de modo

geral. Isso retrata uma importante reivindicação dos idosos pela preservação de seus direitos, considerando-se que eles devem ser bem tratados em todos os locais e âmbitos que se encontrem, sendo este um direito seu preconizado pela lei 8.842²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais motivos achados neste estudo, que limitam ou impedem a participação de idosos em grupo, merecendo destaque, são: falta de interesse e de tempo e trabalho. Estes pontos são importantes para que se haja uma profunda reflexão acerca das ações voltadas à população idosa, promovidas pela UBS, principalmente quando se leva em consideração a falta de interesse como motivo de maior escolha. Dessa maneira, entende-se que as fragilidades no alcance das informações podem ser um fator negativo que esteja dificultando o conhecimento destas pessoas acerca dos grupos de idosos.

Diante disso, considerou-se relevante sugerir alternativas que ajudem na resolutividade da problemática apresentada. Assim sendo, sugere-se a melhor comunicação dos ACS com os idosos não participantes de grupos, fazendo uma ponte entre o grupo e o idoso, promovendo conhecimentos mínimos que os instiguem a conhecer o grupo; realizar abordagens sobre o assunto em consultas de rotina, tanto pelo profissional médico e enfermeiro, quanto pela equipe multidisciplinar. Essa abordagem também pode ser realizada em visitas domiciliares, quando possível.

Um ponto desafiador do período de coleta de dados foi em relação à redução da presença dos idosos na Unidade Básica de Saúde. Apesar de terem sido realizadas estratégias para se conseguir um maior número de participantes, tais como: mudança no horário da coleta e aumento do período de coleta, não foi possível ter a amostra almejada, devido a isso o resultado foi pequeno, caracterizando uma limitação do estudo. Segue como sugestão para futuros estudos de aspectos semelhantes: realizar a coleta de dados no domicílio dos idosos, com o apoio do profissional Agente Comunitário de Saúde.

O estudo foi relevante para o conhecimento dos motivos da pouca adesão de idosos a grupos de promoção da saúde e válido para aprimorar as estratégias de promoção da saúde, de acordo com as sugestões fornecidas pelos idosos. É importante refletir acerca da participação dos idosos como parte da população envolvida no processo de construção de um serviço de saúde consistente. Ao sugerir e opinar, o idoso pode passar a ter mais confiança e esperança no serviço, isso pode gerar grandes benefícios para o Sistema Único de Saúde e consequentemente para a saúde do próprio idoso, melhorando o funcionamento dos serviços de saúde no geral.

Dar-lhes oportunidades pode ser uma saída para amenizar

*...é preciso que
o sistema se
reorganize como
um todo...*

problemáticas de não adesão aos grupos de idosos. Esta é uma importante ferramenta para o fortalecimento da promoção da saúde, mas é preciso que o sistema se reorganize como um todo para o fortalecimento das bases e a obtenção de um consequente leque de atividades estratégicas de melhoramento da saúde do idoso.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luisa Stephanie Albuquerque Araújo contribuiu com a concepção e preparação do manuscrito, **Andréa Carvalho Araújo Moreira** contribuiu com a preparação do manuscrito, **Danielle Rocha do Val** participou desenvolvendo e análise estatística, **Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas** e **Maria Adelane Monteiro Silva** colaboraram com a revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Gazzinelli MF, et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2015; 49(2): 284-291. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0284.pdf
2. Strehlow BR, et al. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde. J. Res.: Fundam. Care. Online [Internet]. 2016; 8(2): 4243-4254. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4243/pdf_1866
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial União [Internet]. 2006 out. 20; Seção 1.p 142-448.
4. Brasil GLP, et al. Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. Rev.Enferm. UFPI [Internet]. 2013; 2(4): 28-34. Available from: http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1197/pdf_1
5. Leite MT, et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [Internet]. 2012; 15(3): 481-492. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a09>

6. Almeida EA, et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2010; 13(3): 435-443. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-9823201000300010&script=sci_arttext
7. Dias AO, Souza LK. Motivações de idosos para participar em grupos de convivência: uma revisão de literatura. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 2011; Porto Alegre; Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte; 2011.p. 1-12.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas que envolvam seres humanos. Diário Oficial da União. 2013 jun, 13. Seção 1.p 59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Annes LNB, et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. Rev. Cuid. [Internet]; 2017; 8(1): 1499-1508. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.365>
10. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. Oikos: Rev. Bras. de Econ. Domes [Internet]. 2014; 25(1): 4-19. Available from: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/365/758>
11. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [Internet]. 2014; 17(4): 795-805. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>
12. Carvalho MV, et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Arq.Bras. Cardiol [Internet]. 2013; 100(2): 164-174. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Jardim/publication/236056354_The_Influence_of_Hypertension_on_Quality_of_Life/links/02e7e53b303203e190000000.pdf
13. Nakada GKP, et al. Prevenção e promoção da saúde sobre diabetes mellitus: relato de experiência. In: Rede Unida, Encontro Regional Centro-Oeste, 2014; Campo Grande. Universidade Católica Dom Bosco; 2015. Available from: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/regionais/centro-oeste/paper/view/73>
14. França ISX, et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer mamário em mulheres cegas. Rev. Rene [Internet]. 2015; 16(6): 890-899. Available from: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14764/1/2015_art_isxfranca.pdf
15. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2012; 21(1): 167-176. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rosimeri_Farias/publication/262548779_Determinants_Influence_of_aging_active_among_elderly_more_elderly/links/540608a00cf2bba34c1e3bcf.pdf
16. Lopes MA, et al. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevos. Rev. Bras. Ciênc. Esporte [Internet]. 2016; 38(1): 76-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010132892016000100076&script=sci_arttext&tlng=p_t
17. Ribeiro GG, et al. Perspectivas sobre a aposentadoria e o trabalho na pós aposentadoria na terceira idade: revisão da literatura brasileira entre 1994 e 2014. Sem. Estud. de Prod. Acad. [Internet]. 2015; 14: 144-156. Available from: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/3788/2762>
18. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. Rev. Bras. Med. Esporte. [Internet]. 2015; 21(1): 57-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922015000100057
19. Matos RFS. Expansão urbana, segregação e violência: um estudo sobre a Região Metropolitana da Grande Vitória. 1.ed. Vitória: Edufes; 2013.
20. Cerqueira D, et al. Nota Técnica. Atlas da violência 2016; 2016. Available from: http://infogbucket.s3.amazonaws.com/arquivos/2016/03/22/atlas_da_violencia_2016.pdf
21. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan [Internet]. 2015; 15(4): 529-540. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n4/v15n4a08.pdf>
22. Cabral JR, et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. Rev. Enferm. Dig. Cuid. e Prom. da Saú. [Internet]. 2015; 1(2): 71-75. Available from: <http://www.redcps.com.br/detalhes/13>
23. Gonzáles AI, et al. Influência da dança na saúde cardiovascular e função sexual. RBM Rev. Bras. de Med. [Internet]. 2015; 72(4): 161-165. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6084
24. Vieira FS. Nota Técnica. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?; 2016. Available from: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/160822_nt_26_disoc-Crise-econ%C3%B4mica-austeridade-fiscal-e-sa%C3%BAde.pdf
25. Noal HC, et al. A importância da implementação de uma política de educação permanente aos profissionais da saúde. In: Jornada Interdisciplinar em Saúde; 2010; Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria; 2010. p.1-5.
26. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1994. [cited 2017 jan. 04]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm