



Artigo Original

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

ELDERS CARRIERS OF NON TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES GROUP: LIFE QUALITY EVALUATION

Resumo

Maria Elisa Gonzalez Manso¹

¹ Faculdade de Medicina Centro
Universitário São Camilo
Ipiranga – São Paulo – Brasil

E-mail:
mansomeg@yahoo.com.br

O sistema de saúde suplementar brasileiro, em virtude de obrigação normativa e com vistas tanto à busca de um novo modelo de atenção à saúde, mais cuidador, quanto à redução de custos, vem implantando programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos. Estes programas são apoiados em dados demográficos e epidemiológicos que demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão diretamente relacionadas à mortalidade e morbidade da população idosa e ao aumento da utilização de serviços de saúde por este segmento populacional. O objetivo destes programas relaciona-se à melhora esperada da qualidade de vida dos participantes. Esta pesquisa pretende apreender a interpretação que os idosos participantes de um destes programas dão ao conceito qualidade de vida, verificar se estes idosos avaliam que as DCNT que os acometem interferem nesta e como vêm a contribuição do programa que frequentam. A metodologia, qualitativa, realizou-se mediante entrevistas semi-estruturadas. Participaram do estudo 13 idosos vinculados a um programa de promoção da saúde realizado por uma operadora de planos de saúde localizada na cidade de São Paulo, no ano de 2009. Constatou-se que o grupo avalia sua qualidade de vida como boa e muito boa, relacionando-a principalmente com bem-estar e convívio social. As doenças crônicas afetam a qualidade de vida destes idosos por imporem restrições à suas atividades, que são, porém, superáveis. A participação no programa é avaliada como proporcionando bem-estar, oportunidade de convívio social e aprendizado.

Palavras-chave: idosos; qualidade de vida; promoção da saúde; planos de saúde.

Abstract

The Brazilian Supplemental Health System, due to its compulsory legislation, aiming for an improved innovative health service, as well as cost cutting, has been implementing programs of health promotion, disease and risk prevention. These programs were based on demographic and epidemiological data that show that non transmissible chronic diseases (NTCD) are thoroughly related to elderly mortality and morbidity and the increasing use of health services by this specific group. This research is presented aiming to learn the interpretation the elders attribute to the life quality

concept, to verify if these elders acknowledge the NTCD they suffer from to affect their life quality and how they see the program's contribution to the last. The methodology, quality methods, was based on semi-structured interviews. Thirteen elders were interviewed. These elders are associated with a health improvement program created in 2009 by a health insurance company and located in the city of Sao Paulo. The group sees their life quality as good or very good, associates life quality mainly with well-being and social integration highlighting that the chronic diseases affect it by restricting their activities, these restrictions, however, can be overcome. The program participation is evaluated as providing well being, social integration opportunity and learning.

Key words: elders; life quality; health promotion; health insurance.

Introdução

A Constituição Brasileira de 1998 destaca que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a forma como o Poder Público cumpre este dever. A Carta Magna explicita o direito da coletividade à promoção e à proteção da saúde e admite a participação da iniciativa privada como suplementar ao sistema.

No sistema de saúde brasileiro, a participação da iniciativa privada se dá de duas formas. Na primeira, complementar, o SUS é autorizado a contratar serviços para atender à população; na segunda forma, suplementar, há compra de planos de saúde pela população.

A Lei 9656 de 1998 define plano de assistência à saúde como a prestação continuada ou cobertura de custos assistenciais com preço pré ou pós estabelecido e por prazo indeterminado com a finalidade de garantir ao consumidor a assistência à saúde, na área médica, hospitalar ou odontológica. Sobre o conceito de operadora de planos de saúde (OPS), a lei destaca tratar-se de pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de auto-gestão que opere produto, serviço, ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

O mercado de saúde suplementar brasileiro é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961 de 2000, cuja finalidade é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras. ⁽¹⁾

Esta agência vem, desde o ano de 2005, estimulando a mudança do modelo assistencial das operadoras através do fomento à implantação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos voltados para os clientes destas empresas, priorizando a atenção à saúde dos idosos. Estas ações fazem parte do Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, mediante o qual a ANS pretende que as operadoras sejam gestoras do cuidado em todas as fases de atenção, articulando assim todos os atores envolvidos no processo de atendimento aos seus beneficiários. ⁽²⁾

A reflexão sobre a mudança do modelo de assistência à saúde que a agência propõe baseia-se no perfil de morbimortalidade da população, no aumento dos custos na assistência à saúde e no potencial impacto das ações de promoção e prevenção. A ANS busca ao regulamentar o tema não só a

Rev. Saúde.Com 2013; 9(3): 146-157.

melhoria da gestão do sistema de saúde complementar brasileiro, mas, como destaca a melhoria da qualidade de vida dos consumidores dos planos de saúde⁽²⁾.

Em setembro de 2012, segundo dados da ANS, em torno de 48 milhões de pessoas eram beneficiários de planos de saúde no Brasil. Destes, em torno de 30% possuem idade superior a 60 anos.⁽³⁾

Hoje em dia a maioria das operadoras de planos de saúde no Brasil já trabalha com programas voltados para a educação em saúde, promoção da saúde e/ou prevenção de doenças, principalmente com ênfase para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Em uma operadora localizada na cidade de São Paulo vem sendo desenvolvido um programa de promoção à saúde para idosos portadores de DCNT. O programa em tela parte da premissa que as ações de promoção da saúde buscam não só atender exigências normativas e redução dos custos assistenciais, mas a melhora da qualidade de vida dos idosos que delas participam.

A implantação deste programa teve como pressuposto que a melhora da qualidade de vida dos participantes decorre da sua inserção social, do respeito à diversidade e autonomia, bem como das especificidades da velhice enquanto fase do processo de envelhecimento.

Entretanto, algumas indagações surgiram, originando-se assim esta pesquisa que tem como objetivos apreender a interpretação que os idosos participantes dão ao conceito qualidade de vida, verificar se estes idosos avaliam que as DCNT que os acometem interferem nesta e como vêm a contribuição do programa que frequentam para esta última.

Métodos

A pesquisa desenvolve-se em uma operadora de planos de saúde modalidade cooperativa de trabalho que vem desenvolvendo desde junho de 2008 atividades de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em sua sede, situada na cidade de São Paulo, voltadas especificamente para idosos.

O programa é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e educador físico. O programa tem como objetivos a melhoria da qualidade de vida dos idosos participantes, a reinserção social dos mesmos e a racionalização dos custos com a assistência a saúde.

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, prospectiva, realizada durante os meses de abril a maio de 2009. Foram selecionados 13 idosos, assim definidos pelo critério cronológico constante do Estatuto do Idoso (acima de 60 anos), participantes assíduos das atividades do referido programa e com capacidade de comunicação preservada. Para realização da pesquisa qualitativa, optou-se pela utilização de entrevista semi-estruturada apoiada por um roteiro previamente estabelecido.

Minayo⁽⁴⁾ destaca que a entrevista é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo e que permite a construção de informações sobre o objeto a ser

pesquisado. Por entrevista semi-estruturada a autora entende aquela que combina perguntas fechadas e abertas, baseada em roteiro que serve de apoio ao entrevistador. Ressalva ainda a autora que o pesquisador que utiliza abordagem qualitativa não estuda apenas um somatório de depoimentos, mas sim se utiliza de uma *práxis* compreensiva, o que torna o número de entrevistas irrelevante, já que os significados podem ser apreendidos de apenas um ou poucos interlocutores.

As entrevistas foram realizadas durante as atividades do programa, gravadas e transcritas. Após a transcrição, o conteúdo foi analisado, partindo-se da abordagem de Geertz de que há influência dos universos social e cultural sobre os conceitos analisados e que a cultura é um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações⁽⁵⁾.

Do ponto de vista antropológico, a doença não é apenas a dimensão biológica, daí a existência de um conjunto de símbolos que são base para sua interpretação. Estes símbolos intervêm na construção do significado da doença.

Esta abordagem fundamenta a diferenciação interpretativa entre doença-experiência, *ilness*, e doença-processo, *disease*. A primeira refere-se à experiência subjetiva do mal estar vivido pelo doente, incluindo elementos psíquicos, culturais e sociais da doença, enquanto a segunda é ordem biomédica, relacionada às anormalidades do funcionamento do organismo.

Nesta perspectiva considera-se que a doença conjuga uma série de normas, valores e expectativas individuais e coletivas que se expressam em formas específicas de agir e pensar⁽⁶⁾.

A pesquisa obteve aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC SP, Campus Monte Alegre, em reunião ordinária de 27/04/2009 sob o número 034/2009. Os entrevistados foram caracterizados pelas iniciais de seus nomes a fim de garantir a confidencialidade e anonimato..

Resultados

Dos 13 idosos entrevistados, a maioria pertence ao sexo feminino, perfazendo 67% dos participantes. As idades variaram entre 60 e 88 anos, com média de 73 anos.

A maior parte dos idosos do grupo ou são casados ou viúvos, predominando no sexo feminino o estado civil viúvo e solteiro, enquanto que entre os homens, a maioria ou são casados ou se encontram em outra situação conjugal, destacando-se o número de idosos homens em união estável.

Estes idosos apresentam elevado grau de instrução, tendo a maioria ensino superior e médio completos. No que tange à situação ocupacional, a grande maioria são aposentados e, quanto maior a faixa de idade, maior o número destes.

Das doenças crônicas referidas pelos idosos do grupo, a hipertensão arterial é a doença mais citada. A seguir surgem a osteoporose, as doenças da tireoide e o diabetes, referidas por idosos de ambos os sexos.

Destaca-se que 62,5% destes idosos apresenta mais de uma DCNT, sendo que, aproximadamente metade dos hipertensos apresentam concomitantemente doenças da tireoide ou osteoporose. É frequente ainda a co-morbidade entre diabetes e doenças da tireoide e entre osteoporose e dor crônica.

No que tange às internações, em torno de metade dos idosos do grupo já estiveram internados, sendo que a maioria das internações ocorreu no último ano, ocasionadas ou por motivos cirúrgicos ou por exacerbações da doença de base. Destaca-se que a maioria destas ocorreu em idosos do sexo masculino, os quais apresentam maior número de comorbidades e idade mais avançada.

Os depoimentos destes idosos foram classificados segundo as perguntas norteadoras nas seguintes categorias gerais: Qualidade de Vida, Saúde, Influência das DCNT na Qualidade de Vida e Influência da Participação no Grupo de Promoção da Saúde na Qualidade de Vida.

Analisando-se as falas dos idosos do grupo quanto à categoria geral qualidade de vida, observa-se que estes a associam, de maneira geral, ao bem-estar. Este bem-estar surge como aquilo que dá prazer, como estar bem consigo mesmo, ter prazer no que faz, mas, ao mesmo tempo em que os idosos o citam, o complementam.

Este complemento é traduzido como limites, tais como condições de saúde, situação financeira, restrições à alimentação e atividades. A estes limites, os idosos, em suas palavras, se adaptam.

Além da associação com bem-estar, o grupo também vê a qualidade de vida como convívio social, entendido como relacionamento de amizade, companhia, companheirismo. As entrevistas destacam a relação entre qualidade de vida e aprendizado, sendo este último visto como espaço de trocas entre os próprios idosos do grupo e entre a equipe de profissionais do programa. Foram ainda citadas diversão, distração e viagens, atividades vinculadas tanto à oportunidade de convívio social quanto ao bem-estar e convívio familiar.

A saúde foi relacionada tanto à ausência de doenças, sendo estas últimas descritas como dor, sofrimento, restrições a atividades, quanto ao uso correto de medicação e ao atendimento médico. Apesar da ênfase no uso adequado dos medicamentos prescritos, nota-se, no grupo, referências à automedicação e a ocorrência de mudanças na prescrição, com redução das doses de remédios, principalmente.

O grupo também relacionou qualidade de vida com saúde, alimentação e prática de atividade física. Quanto à alimentação, esta foi citada tanto como sendo parte integrante do conceito de qualidade de vida quanto ao de saúde, tendo sido citada como importante restrição decorrente do acometimento pelas DCNT, principalmente nas entrevistas dos idosos do grupo que são portadores de diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia.

Discursão

A distribuição por sexo encontrada neste grupo é semelhante à distribuição vista entre a população de idosos brasileira, onde 55% destes são

mulheres ⁽⁷⁾. Veras e colaboradores⁽⁸⁾ destacam que, em análise das características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar brasileiro, as maiores coberturas pelos planos de saúde concentram-se entre as idosas do sexo feminino, principalmente na região Sudeste.

Ao ser comparada a distribuição por faixa etária encontrada para o grupo de idosos em relação à obtida para a região metropolitana de São Paulo em 2005, chama a atenção a maior porcentagem de participantes do grupo acima dos 70 anos de idade, principalmente acima dos 75 anos ⁽⁹⁾. Foi utilizada como comparação a região metropolitana citada por ser o local de moradia de todos os participantes da pesquisa.

A literatura destaca que entre os usuários de planos de saúde as maiores coberturas encontram-se nas faixas etárias acima de 70 anos, principalmente, e 80 e mais anos. ^(1, 8). Estes dados corroboram os encontrados nesta pesquisa.

Nos dados obtidos pela PNAD 2005 destaca-se que a porcentagem de idosos acima de 60 anos que cursaram mais de 9 anos de estudo para a região metropolitana de São Paulo não ultrapassa 18% da população pesquisada, porcentagem esta ainda menor, 13,5%, quando observada para o Brasil como um todo ⁽⁹⁾.

Destaca-se que o elevado grau de escolaridade apresentado pelo grupo, em que 75% dos idosos apresentam ensino médio e superior completos, pode ser imputado à característica da própria amostra, posto que se trate de indivíduos vinculados a planos de saúde que são oferecidos à associações de classe e sindicatos.

As DCNT representam atualmente a maior causa de morbidade mundial, sendo que quanto maior a idade, maior sua prevalência ⁽¹⁰⁾. Dentre os idosos pesquisados, destaca-se a prevalência de hipertensão arterial, osteoporose, tireoidopatia e diabetes.

Em estudo realizado com idosos em Campinas, Garcia e colaboradores, encontraram como doenças mais prevalentes entre estes a hipertensão arterial e suas complicações, as artroses, algias, diabetes, as doenças do trato digestório e as cardiopatias ⁽¹¹⁾.

Lebrão e Duarte ⁽¹²⁾ em pesquisa realizada com idosos moradores nas grandes capitais brasileiras ressaltam que 81% destes tem alguma DCNT, sendo as mais citadas a hipertensão arterial e a diabetes.

Brandão e colaboradores ⁽¹³⁾ mencionam ser a hipertensão arterial altamente prevalente em idosos, estando diretamente relacionada com a mortalidade por doenças cardíacas, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal e insuficiência cardíaca.

A osteoporose é a doença esquelética sistêmica associada à maior incidência de quedas em idosos, já sendo considerada um problema de saúde pública, principalmente associada à fraturas. Ressalta-se, que as quedas em idosos aparecem entre as causas externas de mortalidade neste segmento populacional, além de poderem levar à incapacidades e dependência ⁽¹⁴⁾.

Em relação às doenças da tiróide, estas vem sendo diagnosticadas com maior frequência devido à melhoria de sensibilidade e acessibilidade aos testes laboratoriais requeridos para sua detecção ⁽¹⁵⁾. Liberman ⁽¹⁶⁾ ressalta que as

doenças da tireóide apresentam elevada incidência entre a população idosa relacionadas ao envelhecimento do sistema endócrino, principalmente no que se refere ao hipotireoidismo.

Pereira e Mendonça ⁽¹⁷⁾ destacam que apesar da osteoporose ser a doença óssea de maior prevalência entre a população geriátrica, é geralmente assintomática. Portanto, é doença que, por si só, não se caracteriza como em causadora de dor crônica, como encontrado nesta pesquisa.

Brito e Litvoc ⁽¹⁸⁾ ressaltam que quanto maior a idade do indivíduo, maior a incidência de co-morbidades, como já destacado. Portanto não causa estranheza que a maioria, 62,5%, dos idosos do grupo apresente mais de uma DCNT.

Resende e Neri ⁽¹⁹⁾ analisando qualidade de vida em idosos portadores de deficiência física destacam que os indivíduos idosos selecionam os domínios comportamentais nos quais detêm melhor nível de funcionamento e, mediante estratégias de compensação, aperfeiçoam este funcionamento. Este modelo, inicialmente proposto por Baltes e Baltes e denominado otimização seletiva com compensação, SOC, é definido como a maximização de habilidades desejáveis e minimização ou eliminação dos resultados negativos ou indesejáveis.

Assim, as pessoas ao longo da vida encontram certas oportunidades, por exemplo, as decorrentes da educação, e também limitações, como as ocasionadas por doenças crônicas, e administra a ambas selecionando domínios onde mantêm funcionalidades, otimizando-os e compensando as perdas havidas em outros. O quanto os idosos conseguem manejar os domínios em que detêm maestria, aperfeiçoá-los e compensar as perdas determinará sua maior ou menor adaptação ao processo de envelhecer ⁽²⁰⁾.

Guedea e col. ⁽²¹⁾ destacam que a percepção que o idoso tem de seu bem-estar está diretamente relacionada com sua qualidade de vida. O bem-estar subjetivo é um indicador de saúde mental, sinônimo de felicidade, ajuste e integração social, associando-se negativamente à depressão e DCNT. Trata-se de importante indicador de adaptação na terceira idade, composto pelos componentes afetivo e cognitivo.

O componente afetivo caracteriza-se pelo equilíbrio dos afetos positivos e negativos. O componente cognitivo é tido como um processo de julgamento e avaliação geral da própria vida ^(20; 21; 22). As estratégias de enfrentamento têm contribuição significativa para o bem-estar subjetivo dos idosos, funcionando como amortecedores para efeitos adversos, tendo tanto um componente individual quanto social.

Neri ⁽²⁰⁾ resalta que os recursos da personalidade tais como conhecimento e valorização de si, capacidade de enfrentamento e auto-avaliação determinam o bem-estar subjetivo.

Dentro do contexto das estratégias de enfrentamento, destaca-se o conceito de resiliência, enquanto capacidade do indivíduo construir-se positivamente face às adversidades. Este conceito tem sido utilizado na área de promoção à saúde desde os anos 1970, buscando identificar os fatores de risco e proteção que contribuem para a adaptação das pessoas a fim de que possam servir de subsídios para políticas públicas e programas nesta área ⁽²³⁾.

Aqui, quando se fala em fatores de risco e proteção, não se trata do aspecto biológico ou epidemiológico apenas, mas também de questões sociais, culturais, psíquicas que influenciam a qualidade de vida e a saúde, ou seja, dos determinantes já discutidos anteriormente. ⁽²⁴⁾

Estes mecanismos adaptativos podem explicar o encontrado nesta pesquisa, na qual o grupo de idosos, apesar de ciente de suas limitações e vendo restrições em seus hábitos e estilo de vida decorrentes das DCNT, avalia sua qualidade de vida como boa e está satisfeito com sua saúde.

Chachamovich e col. ⁽²²⁾ em revisão da literatura sobre qualidade de vida em idosos destacam a associação desta com convívio social, atividades de lazer, comunicação, alegria, convívio familiar, relacionamento, amizades, auto-estima, saúde, segurança e renda.

Nota-se que as falas do grupo de idosos coincidem com as pesquisas citadas. O grupo também relacionou qualidade de vida com saúde, alimentação e prática de atividade física. Como o mesmo se encontra vinculado a um programa de promoção à saúde, anteriormente caracterizado, pode-se depreender que tanto a referência ao aprendizado quanto à alimentação e atividade física pode estar relacionada a estas atividades.

Destaca-se que existe uma superposição entre o que o grupo entende por qualidade de vida e por saúde, sendo que as duas são relacionadas praticamente com os mesmos significados: bem-estar, convívio social, alimentação, prática de atividade física, autonomia e independência.

No que tange à medicação, Firmo e col. ⁽²⁵⁾ destacam ser freqüente a mudança da forma de tomar a medicação ou associar outro medicamento não prescrito entre idosos hipertensos, apesar dos mesmos afirmarem a importância do uso correto dos remédios, como o encontrado nesta pesquisa.

Vários autores destacam que, do ponto de vista antropológico, a alimentação é tida pelos portadores de DCNT como causa das mesmas, principalmente no que tange à hipertensão arterial e ao diabetes. Os portadores destas últimas sabem que os cuidados com a alimentação são importantes, mas apontam uma série de dificuldades para seguir as restrições dietéticas impostas, como dificuldades financeiras, visitas a parentes, festas, entre outras ^(6; 25)

Barsaglini ⁽²⁶⁾ em estudo sobre diabetes ressalva que os portadores desta doença incorporam o discurso biomédico na sua fala ao atribuírem à alimentação a causalidade de sua doença. Destaca ainda que o alimento é tido como fonte de sustentação para o corpo e saúde, daí observar-se com freqüência a incompatibilidade entre as prescrições sobre o que comer e o mundo da vida, não sendo a situação financeira suficiente para explicar a relação do diabético com a alimentação, já que os hábitos alimentares são construídos culturalmente.

Canesqui ⁽⁶⁾ pesquisando a hipertensão do ponto de vista dos adoecidos, observa que é freqüente a crença que associa o volume e densidade do sangue ao alimento ingerido. Assim, o que comer influencia no ter ou não a doença, no comportamento desta e no seu controle.

Francioni e Silva ⁽²⁷⁾ em pesquisa realizada com diabéticos participantes de um grupo ressaltam a importância da alimentação para estas pessoas e

para seus familiares, pois uma vez feito o diagnóstico da doença, faz-se necessário mudanças alimentares em todo o entorno familiar.

Para os idosos do grupo, a alimentação parece assumir um papel destacado na interferência em sua qualidade de vida relacionada às DCNT por afetar principalmente sua capacidade de fazer escolhas, sendo que esta situação também pode ser observada nas falas relacionadas à obrigatoriedade do uso da medicação. Assim, ter que comer ou não determinado alimento de determinada forma ou ter que tomar medicamentos em horários pré-estabelecidos são vistos pelos idosos do grupo como uma forma de restrição à sua autonomia.

Por outro lado, tanto a alimentação quanto a prática de atividade física e a utilização de medicamentos são vistos pelo grupo de idosos como responsáveis pelo controle da DCNT que os acomete, evitando, portanto, que as doenças interfiram em sua qualidade de vida.

As DCNT são ainda vistas pelos idosos participantes desta pesquisa como interferentes na qualidade de vida relacionadas às internações freqüentes, as quais são mencionadas como afetando tanto a saúde quanto a qualidade de vida. Nota-se que os homens com idade mais avançada e com maior número de doenças associadas são os que apresentam maior número de internações e que referem maior interferência destas últimas em sua qualidade de vida.

No que tange à influência que a participação no grupo de idosos exerce sobre a qualidade de vida, destacada como positiva em todas as falas, ressaltam Garcia e col. ⁽¹¹⁾ que a atenção à saúde em grupos pode funcionar como rede de apoio ao facilitar e complementar a troca de informações, estimular a autodeterminação e a independência e melhorar a auto-estima, o senso de humor e a autonomia, fatores estes essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade.

Destaca-se que os grupos, principalmente quando compostos por idosos, propiciam a formação de vínculos e a inclusão social. Ao agregar pessoas com dificuldades semelhantes possibilitam o convívio, fato de importância para amenizar a solidão, queixa freqüente no grupo etário estudado por esta pesquisa.

Francioni e Silva ⁽²⁷⁾ corroboram o acima exposto, ressaltando que a convivência em grupos de pessoas com problemas semelhantes proporciona experiências de valor terapêutico, proporcionando às pessoas que participam melhoria na convivência com a doença.

Nota-se nas falas do grupo que a participação nas atividades estimulou o convívio social, contribuindo para afastar a sensação de isolamento. Observou-se que os idosos destacam como muito importante não estar só. O grupo foi ainda associado à felicidade, motivação e aprendizado, todos significados atribuídos igualmente à qualidade de vida e saúde.

Santos e col. ⁽²⁸⁾ destacam que a metodologia dos grupos de promoção da saúde em idosos, enquanto estrutura de intervenção coletiva e interdisciplinar, leva à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos participantes, contribuindo assim para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde.

Conclusões

A pesquisa qualitativa mostrou que o grupo considera qualidade de vida como bem-estar, convívio social e familiar, lazer, distrações, oportunidade de aprendizagem. Estes significados aparecerem em contextos relacionados à convivência grupal.

Ainda as falas demonstraram que os idosos sentem que tem limitações e restrições a seus hábitos impostas pelas DCNT, mas que conseguem estabelecer estratégias de adaptação. Assim, pode-se depreender que estas estratégias adaptativas estejam relacionadas ao fato de que, mesmo com limitações, o grupo de idosos avalia sua qualidade de vida como boa e está satisfeito com sua saúde.

O convívio social foi associado à amizade, companheirismo e aprendizado. Foram ainda citadas diversão, distração e viagens associadas ao convívio social e bem-estar.

O conceito de saúde para o grupo não difere essencialmente do conceito de qualidade de vida, sendo relacionados aos mesmos significados na maior parte das falas, sendo a diferença relacionada à citação de ausência de doenças enquanto dor, sofrimento, restrições a atividades e à necessidade do uso correto de medicação e ao atendimento médico.

Como em outras pesquisas, os idosos fazem referência à automedicação e ao uso incorreto de medicamentos, mesmo dando ênfase à necessidade destes para o controle de sua doença.

Destaca-se a relação do grupo com a alimentação, vista como causadora de doenças, como restrição e diretamente relacionada com o conceito de qualidade de vida e saúde. Tanto a medicação quanto os hábitos alimentares são vistos como limitadores à autonomia do grupo.

Quanto à influência que a participação no programa de promoção tem sobre a qualidade de vida destes idosos, observa-se que há uma visão positiva, relacionada tanto ao convívio social quanto à interação e aprendizagem.

Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Saúde Suplementar. Brasília, CONASS, 2007.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde. Rio de Janeiro, 2008.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Sistema de Informações de Beneficiários/ ANS/MS. Rio de Janeiro, 2012.
4. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008. 11.ed.
5. GEERTZ, Clifford. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 1.ed.,13.reimpr.

6. CANESQUI, Ana Maria. A Hipertensão do ponto de vista dos adoecidos In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos. São Paulo: HUCITEC, 2007, p.87-110.
7. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia e col. (Org.) Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-73.
8. VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; ARAÚJO, Denizar Vianna; KUSCHNIR, Rosana; MENDES, Walter. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar de saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. v.42., n. 3., p. 497-502, 2008.
9. IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostras Domicílio [Citado 2008 set 16] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
10. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. El desarrollo en un mundo que envejece. Nova York: Organização das Nações Unidas, 2007.
11. GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silvério; ODONI, Ana Paula Carvalho; FRIGÉRIO, Rafaela Marega; MERLIN, Silvia Stahl. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.14., n. 2., p. 175-82, 2006.
12. LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e independência In: NERI, Anita Liberalesso (Coord.) Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Perseu Abramo, 2007, p. 191-207.
13. BRANDÃO, Ayrton Pires; BRANDÃO, Andréa Araújo; FREITAS, Elizabeth Viana; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; POZZAN, Roberto. Hipertensão Arterial no Idoso In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 459-73.
14. PEREIRA, Rosa Maria Rodrigues; FULLER, Ricardo. Doenças Osteoarticulares In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 109-44.
15. GIACAGLIA, Luciano Ricardo. Doenças Endocrinometabólicas In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 109-144.
16. LIBERMAN, Sami. Doenças da Tireóide e Paratireóide In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 787- 91.
17. PEREIRA, Silvia Regina Mendes Pereira; MENDONÇA, Laura Maria Carvalho de. Osteoporose e Osteomalacia In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 798- 814.
18. BRITO, Francisco Carlos de; LITVOC, Júlio. Conceitos Básicos In: LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de (Coord) Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 1-16.
19. RESENDE, Marineia Crosara; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecer com deficiência física: possibilidades e limitações In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) Qualidade de Vida na Velhice. Campinas: Alínea, 2007, p. 231-50.
20. NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida na Velhice e Subjetividade In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) Qualidade de Vida na Velhice. Campinas: Alínea, 2007, p. 13-59.
21. GUEDEA, Miriam Tereza Dominguez; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; TROCCOLI, Bartholomeu Torres; NORIEGA, Jose Angel Vera. Relação do Bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicologia, reflexão e crítica. v.19, n.2., p. 301-8, 2005.

22. CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marceli; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida em Idosos: Conceituação e Investigação In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) Qualidade de Vida na Velhice. Campinas: Alínea, 2007, p.61-81.
23. NORONHA, Maria G. Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana N. Piccoli; CENTA, Maria de Luordes. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciência e Saúde Coletiva. v.14, n.2, p. 497-506, 2009.
24. MENEGUEL, Stela Nazareth; BARBIANI, Rosangela; STEFFEN, Helenita. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cadernos de Saúde Pública. v.19, n. 4., p. 955-63, 2003.
25. FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; UCHÔA, Elizabeth. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cadernos de Saúde Pública. v.20, n. 4., p. 1029-40, 2004.
26. BARSAGLINI, Renata Aparecida. Um estudo de caso sobre o viver com o diabetes In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) Olhares Socioantropológicos sobre os Doentes Crônicos. São Paulo: HUCITEC, 2007, p.53-86.
27. FRANÇIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enfermagem. v.16, n. 1, p. 105- 111, 2007.
28. SANTOS, Luciana de Medeiros; ROS, Marco Aurélio da; CREPALDI, Maria Aparecida; RAMOS, Luiz Roberto. Grupos de Promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública. v.40, n. 2., p. 46-352, 2006.

Endereço para correspondência

Rua Celso de Azevedo Marques, 740, compl. 1101.
Mooca – São Paulo – Brasil
CEP:03122-010.

Recebido em 11/05/2010

Aprovado em 16/08/2012