



Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Farmácia



Ana Carla do Nascimento

**Qualidade de vida de idosos: um estudo sobre o uso de medicamentos e a
autopercepção dos benefícios de participar de atividades em grupo relacionadas à
terceira idade**

Ouro Preto – MG
2019



Ana Carla do Nascimento



Qualidade de vida de idosos: um estudo sobre o uso de medicamentos e a autopercepção dos benefícios de participar de atividades em grupo relacionadas à terceira idade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Dra. Karina T. Santos Rúbio

Ouro Preto, MG

2019



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE FARMACIA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

**FOLHA DE APROVAÇÃO****Ana Carla do Nascimento****Qualidade de vida de idosos: um estudo sobre o uso de medicamentos e a autopercepção dos benefícios de participar de atividades em grupo relacionadas à terceira idade**

Membros da banca

Vanessa de Almeida Belo - Doutora - DEFAR/UFOP
Carolina Morais Araújo - Doutora - CiPharma/UFOP
Karina Taciana Santos Rubio

Versão final

Aprovado em 28 de novembro de 2019

De acordo

Karina Taciana Santos Rubio



Documento assinado eletronicamente por **Karina Taciana Santos Rubio**, **PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 07/12/2019, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026624** e o código CRC **B902CA74**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.203745/2019-34

SEI nº 0026624

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: 3135591649 - www.ufop.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu guia e ter me dado forças para concluir esta etapa da minha vida.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo, apoio e amor incondicional. A vocês dedico todo o meu amor, sem você nada disso seria possível. À minha vó Maria e à Dazinha pelas orações e à toda minha família por acreditarem no meu potencial e serem porto seguro na minha vida.

À minha orientadora Karina, pela paciência e sabedoria ao me guiar neste trabalho e por não medir esforços para que ele se concretizasse.

À República Nômades, lar onde meus pés fincaram alma, por acompanharem e entenderem este momento tão conturbado que é o fim da graduação, obrigada pelo carinho, vocês tornaram os meus dias mais alegres e tranquilos.

Aos Camisa 10, amigos da trajetória na Farmácia, obrigada por acreditarem em mim em momentos que nem eu mesma acreditei. Vocês fizeram dos meus dias comuns, únicos.

Aos mestres da EFAR e UFOP agradeço por todo conhecimento compartilhado, sem cada um vocês esta caminha não seria tão rica e não seria possível a realização deste sonho.

Enfim, serei eternamente grata a todos que de alguma forma torceram por mim e desejaram o meu sucesso.

RESUMO

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude do aumento da longevidade da população mundial, sem precedente na história. Diante disso, a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento é uma temática atual e centro de muitas discussões que traz a inserção do idoso em grupos sociais voltados à terceira idade e a prática de atividades físicas como fatores determinantes no que diz respeito à manutenção da qualidade de vida e o bem-estar no processo de envelhecimento. Dessa forma, o presente estudo busca avaliar como a participação em grupos de terceira idade e a realização de atividades que estimulam o corpo e mente podem afetar a saúde de idosos em Ouro Preto – MG. Para isso, foram selecionados 54 idosos, residentes no município de Ouro Preto, sendo 27 deles participantes de atividades oferecidas pelo Clube da Melhor Idade Renascer Oupretano (Grupo I) e 27 não participantes de grupos voltados à terceira idade (Grupo II). Foram realizadas entrevistas através de dois questionários, que se diferem apenas nas perguntas relacionadas à instituição que foram respondidas pelos idosos do Grupo I, sendo dessa forma: a) direcionado aos idosos do Grupo I, participantes das atividades oferecidas pelo Clube da Melhor Idade Renascer e b) direcionado a idosos do Grupo II, que necessariamente não participam de grupos da terceira idade. Considerando fatores como histórico de enfermidades, uso de medicamentos, consumo de bebida alcoólica, prática de atividades que favorecem o corpo e a mente e o convívio social, os resultados apontam que idosos inseridos no Grupo I apresentam um processo de envelhecimento mais satisfatório em relação ao Grupo II. Além disso, conclui-se que grupos de convivência e de atividade física para os idosos são reconhecidos como importantes espaços de interação social e socialização das emoções.

Palavras chave: idosos, terceira idade, qualidade de vida, envelhecimento, grupos de convivência.

SUMÁRIO

1.	Introdução	10
2.	Justificativa.....	12
3.	Objetivos.....	13
3.1.	Objetivo geral	13
3.2.	Objetivos específicos	13
4.	Referencial Teórico	14
4.1.	Características do envelhecimento populacional no Brasil	14
4.2.	Saúde do idoso e patologias prevalentes	14
4.3.	Polifarmácia em idosos.....	15
4.4.	A importância do uso racional de medicamentos e medidas para promovê-lo ...	16
4.5.	Longevidade x Qualidade de vida	18
4.6.	Políticas de promoção e prevenção da saúde: qual a sua importância?.....	19
5.	Metodologia.....	20
5.1.	Definição do plano amostral.....	20
5.2.	Instrumento	20
6.	Resultados e discussão	22
6.1.	Características da população avaliada	22
6.2.	Características familiares.....	25
6.3.	Características Clínicas.....	26
6.4.	Relação do idoso com a instituição	32
7.	Conclusão	35
8.	Referências	36
9.	Anexos	40
9.1.	ANEXO I – Questionário I.....	40
9.2.	ANEXO II – Questionário II	44
9.3.	ANEXO III – TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).....	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Patologias prevalentes nos idosos participantes.....	29
FIGURA 2. Ingestão de bebida alcoólica (Grupo II).....	29
FIGURA 3. Ingestão de bebida alcoólica (Grupo I).....	29
FIGURA 4. Frequência do consumo de bebida alcoólica pelos idosos entrevistados....	30
FIGURA 5. Classe de medicamentos mais utilizados pelos idosos participantes.....	31
FIGURA 6. Motivos relatados que levam os idosos participantes a procurarem atendimento médico.....	31
FIGURA 7. Relação da participação dos idosos entrevistados nas atividades oferecidos pelo Clube da Melhor Idade Renascer.....	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Identificação e características relacionadas à escolaridade e renda dos idosos avaliados.....	24
TABELA 2. Características familiares dos idosos avaliados.....	25
TABELA 3. Relação do idoso com a instituição Clube da Melhor Idade Renascer e autopercepção de benefícios físicos e emocionais.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AINE – Anti-inflamatório não esteroidal

SERM - Modulador seletivo do receptor de estrogênio

HA – Hipertensão Arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNS – Conselho Nacional de Saúde

1. Introdução

Segundo definição descrita pela Organização Mundial de Saúde – OMS, é reconhecido como idoso indivíduo com 65 anos ou mais de idade para os moradores de países desenvolvidos enquanto que 60 anos ou mais de idade para moradores de países subdesenvolvidos. No Brasil, estima-se que em 2040 haverá 153 idosos para cada 100 jovens, mantendo a perspectiva de crescimento até 2050, o que assegura um novo tempo onde a população idosa se torna o segmento o de maior crescimento populacional (DE OLIVEIRA et al., 2019). Em termos absolutos, estima-se que em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos no mundo (KUSANO, 2009).

Envelhecer é um processo natural, uma etapa da vida que se dá através de alterações físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo (MENDES, 2005). Tal processo traz consigo uma maior dependência do uso de medicamento e serviços de saúde, pois os idosos convivem mais frequentemente com problemas crônicos de saúde. Essas circunstâncias provocam o uso simultâneo de vários fármacos, o que facilita a polifarmácia e, conseqüentemente, favorecem a ocorrência de interações medicamentosas e de reações adversas a medicamentos, uma vez que a vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta (SILVA e MACEDO, 2013). Tal fato se deve à complexidade dos quadros clínicos, à necessidade de agentes terapêuticos distintos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (SECOLI, 2010). Diante disso, a atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas, fazendo-se perceber a importância de racionalizar o uso de medicamentos, minimizar os agravos advindos da polifarmácia e a necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma boa qualidade de vida (DE ASSIS, 2005).

Hoje o Brasil apresenta níveis elevados da população idosa, entretanto, longevidade nem sempre é sinônimo de qualidade de vida. A velhice pode estar associada ao sofrimento devido a possíveis acometimentos como aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outras razões que não retratam significados positivos (FERREIRA et al., 2012). É nítido que o aumento da população idosa traz consigo necessidades de estruturação para que estas pessoas, ao terem suas vidas prolongadas, não fiquem distantes de um convívio social e se sintam

enquadrem em casos de inatividade, incapacidade física, dependência e consequentemente sem qualidade de vida (MESQUITA e MAGALHÃES, 2005).

A qualidade de vida e o envelhecimento saudável solicitam uma compreensão mais ampla e apropriada de uma soma de fatores que constituem o dia a dia do idoso. Neste contexto, vêm à tona algumas reflexões acerca do “bom envelhecimento”, com o intuito de contrapor à associação entre velhice e inatividade. Segundo DE ASSIS, (2005), o envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes principais: baixa probabilidade de doença e incapacidade, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo com a vida.

A prevenção e controle de processos patológicos são eixos fundamentais na velhice e, com esta preocupação, a inserção de idosos em atividades sociais vem sendo reconhecida como muito vantajosa para a qualidade de vida deste segmento, com ganhos significativos na saúde destes (DE ASSIS, 2005). É sabido que além do apoio da família, o convívio em sociedade tem muito a acrescentar, pois permite a troca de carinho, ideias, experiências, sentimentos, conhecimentos, dúvidas e uma constante troca de afeto. Tal interação, também incentiva aspectos importantes como a estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender (MENDES et al., 2005).

Com base nestes aspectos, o presente trabalho busca analisar fatores que possam contribuir para um envelhecimento mais saudável, acerca dos possíveis benefícios à saúde do idoso ocasionados por atividades que estimulam o corpo e a mente dos mesmos. Pretende-se também verificar as patologias prevalentes e medicamentos mais utilizados por idosos participantes de atividades direcionadas para a terceira idade do Grupo da Maior Idade Renascer Ouropretano e comparar com a qualidade de vida de idosos não participantes de grupos sociais.

2. Justificativa

A condição de saúde da população humana apresentou nos últimos anos uma melhora considerável, provocando um aumento na proporção de idosos e, conseqüentemente, no consumo de medicamentos, uma vez que o envelhecimento acarreta o surgimento de patologias. (GALVÃO, 2006).

Segundo Secoli (2010), a polifarmácia é definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos e teve uma crescente considerável nos anos atuais. Tal prática está relacionada a um alto grau de risco em idosos uma vez que esses apresentam maiores taxas de comorbidades e alterações fisiológicas que alteram a farmacodinâmica e farmacocinética das drogas utilizadas (LUCCHETTI et al., 2009). Em vista disso o farmacêutico desempenha um papel fundamental no auxílio do uso racional de medicamentos uma vez que ele é o profissional que estuda e conhece todos os aspectos de um fármaco podendo assim, garantir uma terapia bem sucedida que implica em menores riscos (SILVA e MACEDO, 2013).

Com o aumento acentuado da expectativa de vida e conseqüente aumento da população idosa, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas que visem o uso racional de medicamentos e principalmente à promoção da saúde desta faixa etária, visando o envelhecimento bem sucedido que ofereça maior qualidade de vida e independência ao idoso (BITTAR e LIMA, 2011). As atividades grupais entre os idosos são facilitadoras da interação entre pessoas de mesma faixa etária e que compartilham muitas vezes das mesmas limitações. Este contato amplia os vínculos sociais dos mesmos e favorece diretamente o seu bem-estar físico e emocional (BITTAR e LIMA, 2011).

O projeto foi realizado no Grupo da Maior Idade Renascer Ouropretano, onde são realizadas atividades como: bordado, yoga, teatro, ginástica, coral, entre outras. Tem por foco avaliar impacto do desenvolvimento dessas atividades na saúde geral dos idosos, no número e tipos de medicamentos utilizados por eles. Assim, foi estabelecido uma relação entre as atividades praticadas com a saúde, qualidade de vida e uso de medicamentos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Avaliar se a participação em grupos de terceira idade e a realização de atividades que estimulam o corpo e mente pode afetar a qualidade de vida de idosos em Ouro Preto – MG.

3.2. Objetivos específicos

A partir de dois grupos de idosos divididos de acordo com sua participação em atividades direcionadas para a terceira idade (Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano) e não participação em tais grupos será realizado o seguinte levantamento:

- Identificação das patologias prevalentes em ambos os grupos;
- Identificação dos medicamentos mais utilizados;
- Estabelecimento de relação entre as atividades desenvolvidas em grupo e a saúde geral do idoso.

4. Referencial Teórico

4.1. Características do envelhecimento populacional no Brasil

A população mundial encontra-se em um processo de transição demográfica que se caracteriza pela redução das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Nota-se que um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora significativa das condições de saúde da população humana. Alcançar a velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser frequente mesmo nos países mais pobres (CLOSS e SCHWANKE, 2012).

Segundo Veras e Oliveira (2018), no Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020. Embora isso represente um resultado positivo das ações governamentais, com o decorrer do tempo, poderá resultar em um problema de saúde, tendo também como preocupação a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos, fundamentada no cuidar gerontológico, para atender aos idosos. Assim, o desafio maior no século XXI será cuidar dessa população, na qual muitos apresentam nível socioeconômico e educacional baixo e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (BEZERRA et al., 2011).

4.2. Saúde do idoso e patologias prevalentes

O processo de envelhecimento se traduz em alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas de fármacos no organismo dos idosos. Dentre os fatores da fisiologia do envelhecimento que cooperam para essas mudanças encontram-se a redução da superfície de absorção, aumento do pH gástrico, alterações da motilidade do trato gastrointestinal, ocorre redução do pico de concentração sérica e atraso no início do efeito do fármaco (DA SILVA e MACEDO, 2013). A farmacologia para os idosos tem peculiaridades devido ao fato de que estes pacientes apresentam maiores riscos de serem acometidos por interações medicamentosas, devido à ocorrência de alterações fisiológicas importantes, que acompanham o processo de envelhecimento, principalmente nas funções hepática, renal e cardíaca, além da diminuição da massa muscular, do nível de albumina

sérica, como mencionado anteriormente, e da quantidade total de água no organismo (KASTRUP, 2004).

Sabendo que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa e que distúrbios mentais são frequentes, fármacos cardiovasculares (55%) e psiquiátricos (11%) são os mais regularmente prescritos para esta população (GOMES, 2008). A perspectiva é que haja uma quantidade crescente de indivíduos idosos que, ainda que vivam mais, apresentam maiores condições crônicas. E este elevado número de doenças crônicas está diretamente associado com uma maior incapacidade funcional. Dessa forma, a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (ALVES et al., 2007). O comprometimento da capacidade funcional do idoso acarreta em importantes implicações para o seu círculo social, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, posto que a incapacidade origina uma maior vulnerabilidade e dependência, colaborando assim para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (RAMOS, 2003).

4.3. Polifarmácia em idosos

A polifarmácia é um termo que descreve o uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente (CARVALHO et al., 2012). Nos últimos anos este termo vem sendo mais utilizado na saúde do idoso, pois é provado que elevada porcentagem destes utiliza medicamentos regularmente. Sabe-se também que com o aumento da expectativa de vida da população, há um aumento potencial de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, que demandam assistência contínua e na qual os medicamentos têm um papel importante. Os procedimentos a serem seguidos no tratamento de várias dessas doenças prevê a associação de vários medicamentos, tendo grande possibilidade da prescrição para idosos portadores de uma ou mais doença crônica não transmissível ser classificada como polifarmácia (FLORES e MENGUE, 2005).

No Brasil, cerca de 70% dos idosos apresenta pelo menos uma patologia crônica, fazendo-se necessário o tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos, o que contribui para a ocorrência da polifarmácia (CARVALHO et al., 2007). Esta se torna uma das principais preocupações do cuidado terapêutico do idoso, pois está relacionada com um maior risco de ocorrer interações medicamentosas, reações adversas, toxicidade

cumulativa, redução a adesão ao tratamento, possíveis erros de confundir o medicamento e aumento da morbimortalidade (SECOLI, 2010).

Diante disso, a polifarmácia torna-se um dos principais problemas que envolvem a terapia medicamentosa no idoso pois a elevada incidência da necessidade de utilizar medicamentos na velhice o expõe a uma terapêutica farmacológica mais complexa, que requer maior cautela, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos a fim de minimizar a ocorrência de riscos ao paciente em questão (DA SILVA e MACEDO, 2013).

4.4. A importância do uso racional de medicamentos e medidas para promovê-lo

Segundo GOMES e CALDAS, aproximadamente, 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos e mais de um quarto destes é prescrito para idosos, que representam menos de 12% da população, chegando a consumir, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos se caracteriza da seguinte forma:

É preciso, em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível.

Contudo, o que tem sido observado no Brasil se contrapõe à proposta da OMS, uma vez que segundo pesquisa realizada em 2019 pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade, 79% das pessoas com mais de 16 anos admitem se automedicar. Apesar disso, cabe ressaltar que as taxas de automedicação entre os idosos aparecem menores do que as da população geral (ROZENFELD, 2002).

Mesmo sendo minoria nas taxas de automedicação, os idosos estão comumente expostos aos riscos da mesma devido ao agravante ocasionado pela polifarmácia, que se

relaciona ao aumento do risco de interações medicamentosas, de reações adversas a medicamentos, de ocasionar toxicidade cumulativa, de reduzir a adesão ao tratamento farmacológico, de causar erros de medicação e aumentar a morbimortalidade (DA SILVA e MACEDO, 2013). Soma-se ainda a todos esses fatores, a propaganda de medicamentos, que por tender a ressaltar os benefícios e omitir ou minimizar os possíveis efeitos adversos, tem sido um incentivo frequente para o uso inapropriado dos mesmos (DE ALQUINO, 2007).

Segundo ZUBIOLI (2000):

“o uso racional de fármacos é um fator essencial da atenção farmacêutica, o que torna extremamente relevante a prestação da assistência farmacêutica à população idosa. O aconselhamento na escolha e uso de medicamento por este profissional é de fundamental importância. De fato, farmacêutico é o único profissional formado pela sociedade, que possui conhecimento de todos os aspectos de um fármaco e, portanto, ele pode dar uma informação privilegiada às pessoas, garantindo, assim, uma terapia de sucesso, com menos riscos e melhor qualidade de vida. Os farmacêuticos atuam como último elo entre a prescrição e a administração de um fármaco, identificando na dispensação os riscos e ressaltando a relevância da monitorização da farmacoterapia, de modo a impedir futuras complicações”.

Dito isto, há medidas importantes a serem seguidas pelo profissional frente a um paciente idoso. São elas: estímulo ao emprego de medidas não farmacológicas; acompanhamento do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos; suspensão do uso, sempre que possível; verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas ou não farmacológicas; e simplificação dos esquemas de administração (ROZENFELD, 2002).

De acordo com a definição do uso racional de medicamentos proposta pela Política Nacional de Medicamentos, os requisitos para a sua promoção são muito complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico. E para que seja possível se cumprir, deve contar com o empenho de pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo (OLIVEIRA et al., 2010).

Sem pormenorizar, as soluções propostas para minimizar e possivelmente reverter o uso irracional de medicamentos devem ter como caminho a educação e informação da população, maior controle na venda de medicamentos com e sem prescrição médica, melhor acesso aos serviços de saúde, adoção de critérios éticos para a possível promoção de medicamentos em farmácias e incentivo à adoção de terapêuticas não medicamentosas (ALQUINO, 2007).

4.5. Longevidade x Qualidade de vida

Atualmente, alcançar uma idade avançada não é mais uma utopia, entretanto, viver mais pode significar o confronto com a incapacidade, dependência, isolamento, perda de papéis sociais, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Um grande desafio que a longevidade impõe é o de conseguir uma sobrevida maior, com melhor qualidade de vida (CELICH e SPADARI, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O termo qualidade de vida é visto como assunto de interesse dos profissionais da saúde, devido ao seu importante papel frente a abordagem clínica dos pacientes idosos e também ao desenvolvimento de políticas públicas que venham abranger esta fração da população.

O processo de envelhecimento humano associado à qualidade de vida admite diversas definições e viver mais não satisfaz à expectativa do ser humano se este não puder desfrutar com qualidade do acréscimo de anos de vida. O aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento da tecnologia e o maior acesso às informações trazem consigo a modificação do perfil do indivíduo do século XXI e a sociedade como um todo. A busca pela qualidade de vida tornou-se uma constante, que vai além das classes sociais, culturais, econômicas e até da cronologia de vida das pessoas (PEREIRA et al, 2011).

Os termos "envelhecimento bem sucedido", "envelhecimento ativo" e "qualidade de vida na velhice" estão correlacionados, uma vez que a satisfação de vida, de forma indireta, reflete na qualidade de vida e nas avaliações satisfatórias de estado de saúde na velhice (JOIA et al., 2006). Compreender o fenômeno do envelhecimento, que é moldado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, é compreender que qualidade de vida na velhice apresenta aspectos específicos, uma vez que esta se relaciona com a competência adaptativa do idoso, vivida nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental do mesmo. Dessa forma, é colocado em foco a sua capacidade de perceber e lidar com adversidades como, por exemplo, as doenças crônico-degenerativas, com a capacidade de solucionar problemas e com o desempenho social (PEREIRA et al., 2011).

4.6. Políticas de promoção e prevenção da saúde: qual a sua importância?

O envelhecimento populacional é uma consequência direta da redução proporcional de jovens associada com a ampliação da expectativa de vida ocasionada por transformações demográficas. O ritmo desse processo de transição, marcado pelo crescimento da população idosa, será particularmente acelerado nas próximas décadas em países que, como o Brasil, se encontram em vias de desenvolvimento (SAAD, 2016).

O envelhecimento populacional pode ser considerado como uma real conquista à medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009). É na velhice bem sucedida que moram os novos desafios das políticas pois o envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital, o mercado de trabalho e a assistência à saúde. É um processo natural e previsível e não uma doença. Sendo assim, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por propostas que visem intervenções sociais, econômicas e ambientais (BARBOSA, 2016).

Diante disso, percebe-se a necessidade do investimento em políticas públicas destinadas aos idosos que sejam capazes de compreender o processo de envelhecimento e os seus desafios (PEREIRA, et al., 2016). Para isso, é necessário a quebra de conceitos e associações errôneas ligadas ao envelhecimento, objetivando abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. Torna-se relevante também a necessidade de capacitar o profissional, incentivando o cuidado e a atenção integral à saúde, a fim de que este seja capaz de conhecer os ônus e bônus do envelhecimento para contribuir e incentivar o idoso a trilhar um envelhecimento digno e ativo (OLIVEIRA, et al., 2019).

5. Metodologia

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFOP) sob número CAAE: 17718119.7.0000.5150 e parecer nº 3.711.043 (ANEXO I).

5.1. Definição do plano amostral

O projeto foi realizado no município de Ouro Preto, localizado no estado de Minas Gerais – Brasil. De acordo com o censo demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, a população total é de 70.281 habitantes sendo 11,54% deste total correspondente a cidadãos maiores de 60 anos. A distribuição de acordo com o sexo é de 48,77% de homens e 51,23% de mulheres (BRASIL, 2010).

Trata-se de um estudo do tipo transversal baseado em recorte quali/quantitativo. Os cenários da pesquisa são idosos que participem a no mínimo 4 meses de alguma atividade oferecida pelo Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano (Grupo I) e idosos residentes nas imediações do Clube que não participem de tais atividades (Grupo II). A amostra selecionada foi intencional, visando basicamente avaliar de maneira transversal as patologias prevalentes em ambos os grupos, os medicamentos mais utilizados, a relação entre as atividades desenvolvidas em grupo e/ou que estimulam o cérebro e a saúde geral do idoso e a relação entre a qualidade de vida dos idosos antes e depois da participação nas atividades oferecidas pelo Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano.

Para a definição do número amostral, levou-se em consideração o número total atual de participantes ativos do Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano que de acordo com a administração do local é de aproximadamente 130 pessoas. Assim, definiu-se o n de 27 pessoas (aprox. 21%) para responder ao questionário I e de um número igual de pessoas (27 pessoas) para responder ao questionário II.

5.2. Instrumento

Foi realizada a aplicação de questionário composto de dois tipos de questões: perguntas fechadas com múltipla escolha (23 questões para o Grupo I e 19 questões para o Grupo II) e abertas (6 questões para o Grupo I e 3 questões para o Grupo II) para serem respondidas conforme a percepção do idoso. A entrevista foi gravada para posterior

transcrição. Os questionários aplicados aos participantes de ambos os grupos (I e II) diferiram apenas nos itens relacionados à participação em atividades realizadas em grupos de terceira idade (ANEXOS II e III).

Foram utilizados os dados de participantes que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em anexo (ANEXO IV). Além disso, os mesmos precisam ter idade superior a 60 anos. Foram invalidados os questionários que apresentaram incoerências nas respostas.

6. Resultados e discussão

6.1. Características da população avaliada

No presente estudo, 27 idosos participantes de alguma atividade oferecida pelo Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano (Grupo I) e 27 idosos que não participam de atividade voltadas à terceira idade (Grupo II) responderam aos questionários, totalizando, dessa forma, 54 idosos participantes. Foi observado que a maioria dos idosos que participam de atividades em grupo são mulheres (n=25; 92,60%) enquanto que os idosos que não participam de atividades em grupo são na sua maioria homens (n=19; 70,37%). Em âmbito nacional estudos apontam que o sexo feminino é predominante em grupos de convivência. Este fato se deve à maior expectativa de vida que as mulheres brasileiras vêm conquistando ao longo dos anos. Por viverem mais do que os homens, aumenta a probabilidade de as mulheres idosas viverem sozinhas e, desta forma, encontrarem pessoas em situações semelhantes nos grupos de convivência (CAVALCANTE et al., 2015). De maneira geral, as mulheres também demonstram maior preocupação com o bem estar subjetivo e qualidade de vida (WICHMANN, 2013). Somado a isso, da perspectiva do comportamento masculino, este fato é justificado também pois os homens quando alcançam a terceira idade mostram uma maior dificuldade de adaptação à saída do mercado de trabalho, associadas à maior resistência para o envolvimento em novas atividades, especialmente naquelas que pressupõem a participação em grupos (DOS SANTOS et al., 2015).

Notou-se também que o Grupo II apresenta na sua maioria idosos casados (n=22; 81,48%) enquanto que o Grupo I apresentou uma maior variedade em relação ao estado civil dos seus participantes, tendo um maior número de viúvos (n=10; 37,05%) (Tabela 1 e Tabela 2). Além disso, foi observado que 7,4% dos idosos participantes do Grupo I trabalham atualmente e 92,6% possui renda mensal (Tabela 1), enquanto que 59,26% dos idosos participantes do Grupo II trabalham atualmente e 100% deles possui renda mensal (Tabela 2).

Apesar do predomínio da baixa escolaridade, em ambos os grupos foi possível notar que 100% dos idosos participantes sabem ler e escrever. Tal fato evidencia que as atividades oferecidas ao Grupo I não requerem alto grau de escolaridade para participação e entendimento. Assim, é importante salientar que ao desenvolver atividades para os

grupos de convivência de idosos, não só deve-se considerar sua adequação para a baixa escolaridade dos idosos, mas pensar também na proposição de programas que possibilitem novas formas de acesso à educação formal e informal, com metodologia adequada às necessidades deste público, visto que o conhecimento traz consigo certa independência (BORGES et al., 2008).

TABELA 1. Identificação e características relacionadas à escolaridade e renda dos idosos avaliados

Variável	Grupo I		Grupo II	
	N	%	N	%
Idade				
60 a 65	8	29,63	8	29,63
66 a 70	3	11,11	4	14,81
71 a 75	8	29,63	5	18,52
76 a 80	8	29,63	5	18,52
81 em diante			5	18,52
Sexo				
Feminino	25	92,6	8	29,63
Masculino	2	7,4	19	70,37
Estado Civil				
Casado (a)	9	33,33	22	81,48
Solteiro (a)	4	14,81		
Viúvo (a)	10	37,05	5	18,52
Divorciado/Separado (a)	4	14,81		
Sabe ler e escrever				
Sim	27	100	27	100
Não				
Grau de escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	8	29,63	8	29,63
Ensino fundamental completo	3	11,11	3	11,11
Ensino médio incompleto	4	14,81	3	11,11
Ensino médio completo	6	22,22	10	37,04
Ensino superior incompleto			3	11,11
Ensino superior completo	6	22,22		
Pós graduação incompleta				
Pós graduação completa				
Possui renda mensal				
Sim	25	92,6	27	100
Não	2	7,4		
Se sim, renda mensal aproximada				
< 1	7	25,93		
1 – 2	12	44,44	16	59,26
2 – 3			3	11,11
3 – 4	5	18,53	8	29,63
> 4	2	7,4		
Não soube responder	1	3,7		
Trabalha atualmente				
Sim	2	7,4	16	59,26
Não	25	92,6	11	40,74

6.2. Características familiares

Sobre questões familiares, 85,19% dos participantes do Grupo I tem filhos enquanto que no Grupo II esta porcentagem atinge 100% dos participantes. Notou-se também que 59,26% dos idosos participantes do Grupo I moram com filho ou filha, enquanto que no Grupo II, 70,37% moram atualmente com o cônjuge e 100% dos participantes de ambos os grupos possuem bom relacionamento com seus familiares. Estes dados podem ser associados aos dados das tabelas 1 que, apesar de apresentar 33,33% de idosos casados, apresenta também a soma de 77,77% de idosos viúvos, solteiros e divorciados. É uma porcentagem representativa de idosos em estados civis que geralmente são acolhidos pelos filhos quando há boa relação familiar, que é o caso do grupo em questão (Tabela 3 e Tabela 4).

TABELA 2. Características familiares dos idosos avaliados.

Variáveis Relacionadas a Questões Familiares	Grupo I		Grupo II	
	N	%	N	%
Com quem mora atualmente				
Filho	16	59,26	16	59,26
Cônjuge	6	22,22	19	70,37
Sozinho	2	7,4	0	0
Asilo	0	0	0	0
Pensão	0	0	0	0
Outro	8	29,63	5	18,52
Tem boa convivência com familiares ou pessoas com quem mora				
Sim	27	100	24	88,89
Não	0	0	3	11,11
Tem filhos				
Sim	23	85,19	27	100
Não	4	14,81		
Se sim, quantos?				
1	2	7,4		
2	6	22,22	9	33,33
3	4	14,81	5	18,52
4	4	14,81	5	18,52
5	0	0	3	11,11
> 5	7	25,93	5	18,52

6.3. Características Clínicas

Em relação ao quadro clínico atual dos idosos foi avaliado o histórico pessoal de enfermidades (Figura 1), mostrando que a hipertensão arterial foi a mais relatada pelos idosos de ambos os grupos. Entretanto foi observada maior prevalência da doença no Grupo II (81,5%) em relação ao Grupo I (44,4%). Este fato pode ser explicado pela atividade física realizada pelo Grupo I, uma vez que esta prática é uma das terapêuticas utilizadas para o paciente hipertenso, pois reduz a pressão arterial (NOGUEIRA, et al., 2012). Dentre as atividades oferecidas pelo Clube da Maior Idade Renascer, o Thai Chi Chuan foi a mais praticada pelos idosos entrevistados do Grupo I (Figura 7). Estudo demonstra que a prática desta atividade, mesmo que de intensidade leve, traz benefícios no controle da pressão arterial. É sabido também que os resultados alcançados com a prática de Thai Chi Chuan em relação pressão arterial são menores que os das atividades aeróbicas padrão, entretanto não deixam de ser benéficos e significativos (GOMES et al., 2018).

Em relação às características comportamentais, os idosos de ambos os grupos não fumavam (n=54; 100%), porém houve uma variação em relação ao consumo de bebida alcoólica. Cerca de 37% dos idosos do Grupo I fazem ingestão de álcool enquanto que no Grupo II esta porcentagem atinge 41% (Figuras 2 e 3). Além disso, foi observado que no Grupo II ocorre ingestão de bebida alcoólica com maior frequência em relação ao Grupo I, sendo que 27,3% dos idosos do Grupo II fazem o consumo mais de cinco vezes na semana enquanto que 40% dos idosos do Grupo I consomem álcool raramente (Figura 4). O consumo de álcool deve ser considerado uma vez que, apesar de bastante complexa, há relação com doenças cardiovasculares. Estudo realizado aponta que o álcool é um fator de risco e de agravamento de patologias do sistema cardiovascular. Outros estudos têm confirmado a existência de importante associação entre o consumo abusivo de álcool e descontrole da pressão arterial. A literatura aponta que a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (três ou mais doses ou mais de 40g de etanol por dia) está associada ao aumento da pressão arterial (SILVA et al., 2017). Nossos resultados corroboram este estudo, visto que os idosos do Grupo II consomem frequentemente bebida alcoólica (Figura 4) e a hipertensão arterial é prevalente neste grupo (Figura 1), demonstrando associação entre hipertensão arterial e uso de álcool. Entretanto, cabe ressaltar que, em nosso estudo, não foi avaliada a quantidade consumida de álcool, portanto não podendo inferir se foi o consumo abusivo que determinou esta associação ou não.

A depressão foi uma doença relatada por idosos do Grupo II (11,11%) enquanto que no Grupo I não houve relatos da mesma. Este é um problema de saúde relevante uma vez que no ajustamento pessoal ao processo de envelhecimento, o indivíduo pode tornar-se vulnerável a depressão, isso porque os idosos sofrem algumas privações e até exclusões. Soma-se a isso o fato de o processo de envelhecimento envolver medo da inutilidade, dependência e abandono, isolamento, vulnerabilidade, rompimento de laços, o que pode provocar sinais de tristeza e sentimentos negativos (DE OLIVEIRA, et al., 2019). Neste cenário, notou-se a importância de grupos de convivência para idosos, como o Grupo da Maior Idade Renascer Ouropretano, onde os idosos são estimulados a desempenhar atividades sociais, exercer suas habilidades e estabelecer vínculos de amizade.

Uma idosa do Grupo I, aluna das aulas de pintura e violão descreveu o Grupo da Maior Idade Renascer:

“Local de ter contato com as pessoas, distrair, conversar e dançar. O que mais gosto em relação ao tempo que passo na instituição é o contato com as pessoas, conversas e brincadeiras. Sinto que sou útil para as pessoas em poder conversar e animar a vida de todos. Gosto não é pelo fato de realizar a atividade em si, mas sim pelo fato de me encontrar com todos aqui.”

É possível notar o quanto esses encontros possibilitam momentos prazerosos e contribuem na restauração da autoestima através da inclusão social, minimizando sentimentos de solidão e o conseqüente risco da depressão.

Mesmo com todos os benefícios emocionais que a socialização traz, 29,60% dos idosos participantes do Grupo I relataram crises de ansiedade e insônia. Estas condições foram descritas por uma participante do Grupo I, aluna da aula de Thai Chi Chuan:

“Sinto muita falta de trabalhar, gostava muito. Hoje fico muito em casa e me sinto irritada com isso. Quero preencher meu tempo, ver gente, encontrar pessoas. Por isso participo do grupo e de projetos sociais.”

A ansiedade nos idosos está relacionada com as limitações vivenciadas na velhice que frequentemente são interpretadas como ameaçadoras (RODRIGUES, 2016). Os grupos de convivência atuam na vida desses idosos como um ponto de amparo à saúde mental e conseqüentemente como forma de prevenir que um quadro de ansiedade, por exemplo, se agrave (DE OLIVEIRA, et al., 2019).

Ainda avaliando o histórico pessoal de doenças, a hipercolesterolemia foi relatada por 59,2% dos idosos do Grupo II e 37% dos idosos do Grupo I. Diabetes Mellitus foi prevalente também no Grupo II (29,6%), sendo relatada o dobro de vezes quando comparado ao Grupo I (14,8%) e as doenças cardiovasculares acometem 22,22% dos idosos do Grupo II e 7,4% dos idosos do Grupo I.

Além disso, quadros clínicos como dores constantes na coluna e artrose se mostraram prevalentes no Grupo I totalizando 37%. Estudos apontaram que intervenções farmacológicas são amplamente adotadas na redução da dor e desconforto desses pacientes, no entanto, a ocorrência de efeitos adversos relacionados ao uso de medicamentos é ampliada em idosos, limitando assim o uso da farmacoterapia e fazendo com que os profissionais de saúde voltem gradualmente os olhos para terapias não-farmacológicas (BEZERRA, 2017). Dessa forma, idosos acometidos por essas doenças estão entre os entrevistados que participam das atividades oferecidas pelo Clube da Maior Idade Renascer devido a recomendação médica, o que justifica o fato dessas enfermidades serem prevalentes no Grupo I. Dentre os tratamentos alternativos mais aplicados, a prática de Thai Chi Chuan, oferecida aos idosos pelo Clube da Maior Idade Renascer, é um exemplo de atividade que objetiva minimizar as dores através dos alongamentos realizados durante a prática dessa terapia promovendo aumento da mobilidade dos tecidos moles e melhorando a amplitude de movimento, contribuindo dessa forma para melhora dos sintomas (GOMES et al., 2018).

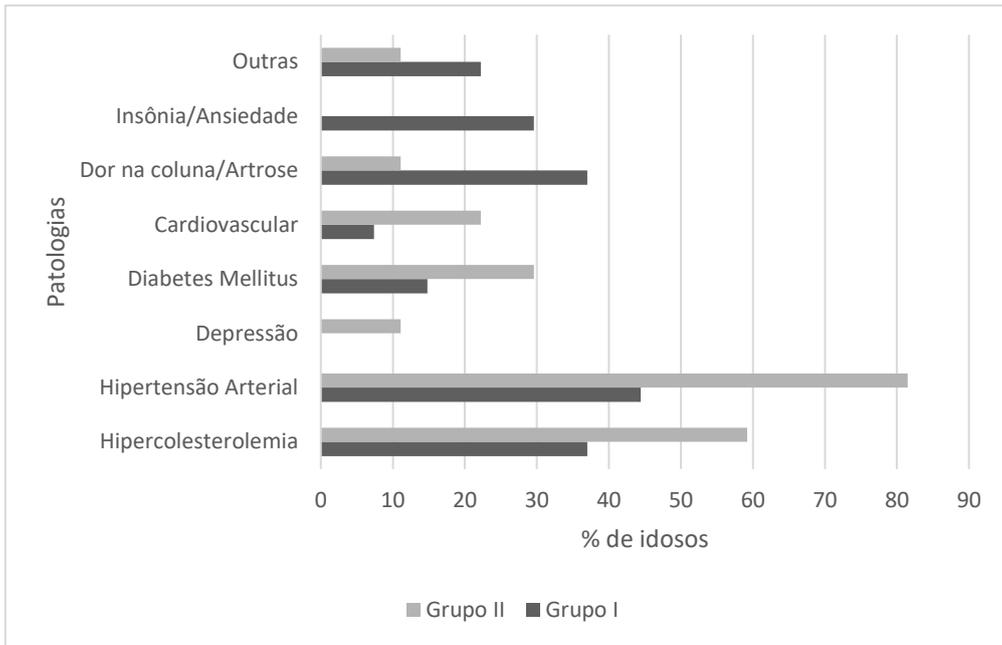


FIGURA 1. Patologias prevalentes nos idosos participantes.
 Nota: Na classe “Outros” foram incluídos gota, ataxia espinocerebelar, “dor de estômago” e disfunção na tireoide.



FIGURA 2. Ingestão de bebida alcoólica (Grupo I).

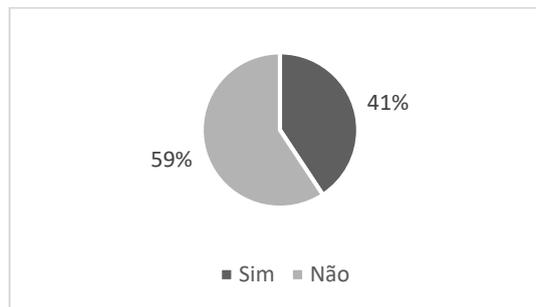


FIGURA 3. Ingestão de bebida alcoólica (Grupo II).

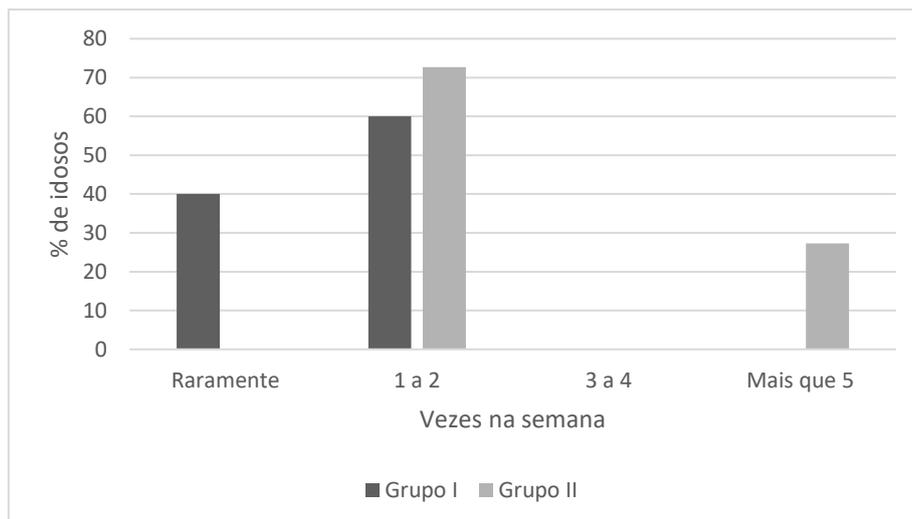


FIGURA 4. Frequência do consumo de bebida alcoólica pelos idosos entrevistados.

Foi avaliado também o uso de medicamentos pelos participantes da pesquisa e os motivos pelos quais é considerada a necessidade de procurar atendimento médico. (Figuras 5 e 6).

Na sequência de medicamentos mais usados por ambos os grupos de idosos, encontram-se os anti-hipertensivos, devido ao fato de que a prevalência da HA aumenta à medida em que se muda a faixa etária (SOUZA et al., 2019). Dados levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde apontaram no Brasil uma prevalência de 44,4% de HA dos 60 aos 64; 52,7% dos 65 aos 74 e de 55,5% para aqueles com 75 anos ou mais. Além disso, o presente estudo apresentou a HA como a doença de maior prevalência entre os idosos dos Grupos I e II e, em ambos os grupos, 100% dos idosos hipertensos são medicados o que consequentemente ocasiona o maior uso de anti-hipertensivos.

Em relação aos hipolipemiantes, é possível observar um maior consumo pelo Grupo I (44,40%) se comparado ao Grupo II (22,20%). Entretanto, este dado é contraditório uma vez que há uma maior prevalência de hipercolesterolemia nos idosos do Grupo II. Dessa forma, é evidenciado o fato de que idosos do Grupo II não realizam tratamento farmacológico para a condição clínica em questão, talvez por falta de informação sobre a importância do tratamento e baixa procura por atendimento médico de rotina.

São utilizados ainda pelos idosos participantes, medicamentos cardiovasculares (26,60% Grupo I e 51,80% Grupo II) e hipoglicemiantes (22,20% Grupo I e 33,30% Grupo II), ambos com maior prevalência no Grupo II, acompanhando dessa forma os dados apresentados na Figura 1 que evidenciam que doenças cardiovasculares e diabetes

mellitus acometem com maior frequência os idosos do Grupo II se comparados aos do Grupo I.

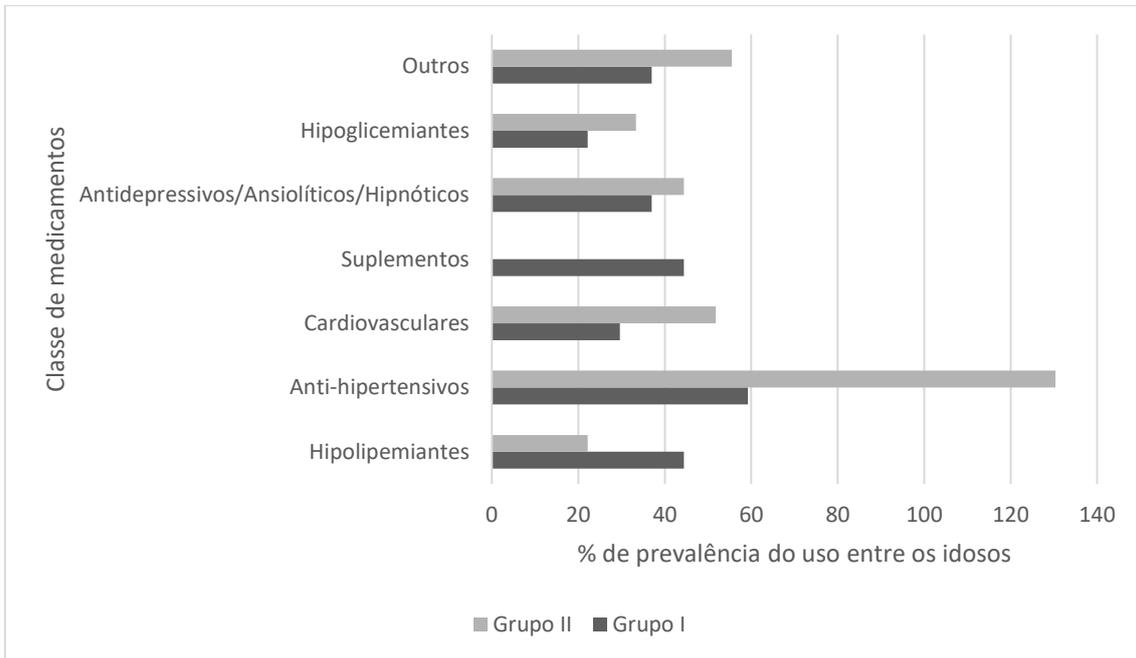


FIGURA 5. Classe de medicamentos mais utilizadas pelos idosos participantes.
 Nota: Na classe “Outros” foram incluídos probióticos, AINE’s, antiepiléticos, tireóideos, SERM e inibidores da bomba de prótons.

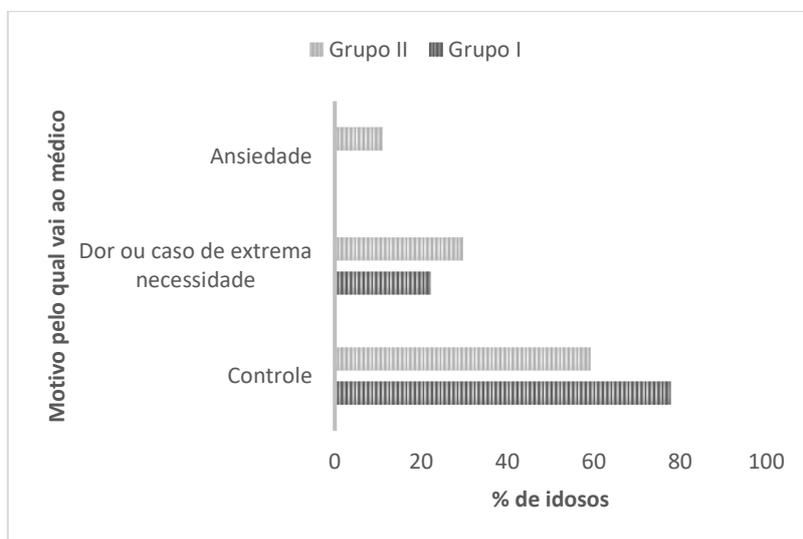


FIGURA 6. Motivos relatados que levam os idosos participantes a procurarem atendimento médico.

6.4. Relação do idoso com a instituição

Este tópico do estudo se refere exclusivamente aos idosos que frequentam o Clube da Maior Idade Renascer Ouropretano (Grupo I). Nota-se que 40,74% dos idosos entrevistados são alunos da instituição em questão há mais de cinco anos (Tabela 5). Em conversa durante a entrevista foi relatado por alguns deles o fato de participarem da instituição desde a sua fundação que, neste ano de 2019, completou 25 anos.

Os idosos foram questionados a respeito da autopercepção dos benefícios em relação à realização de atividades em grupo e 77,78% observaram benefícios físicos e 92,60% benefícios emocionais. Além disso, 85,18% relataram que construíram relação de amizade com demais idosos da instituição.

TABELA 3. Relação do idoso com a instituição Clube da Maior Idade Renascer e autopercepção de benefícios físicos e emocionais.

Variável	N	%
Tempo que participa da instituição		
< 1 ano	4	14,82
1 a 2 anos	4	14,82
2 a 3 anos	2	7,4
3 a 4 anos	4	14,82
4 a 5 anos	2	7,4
> 5 anos	11	40,74
Observa benefícios físicos		
Sim	21	77,78
Não	6	22,22
Observa benefícios emocionais		
Sim	25	92,6
Não	2	7,4
Fez amigos na Instituição		
Sim	23	85,18
Não	4	14,82

O processo de envelhecimento ocasiona perdas significativas no idoso, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, tornando-o assim mais exposto às enfermidades e a exclusão social. Neste contexto, os grupos de convivência destinados à terceira idade são fundamentais na inclusão dos idosos na sociedade. Os grupos se tornaram locais onde os idosos lidam com pessoas da mesma faixa etária, dividem sentimentos, conhecimentos,

perdas e compartilham momentos e experiências de vida, além de motivação e apoio emocional (DE OLIVEIRA et al., 2019). Durante a entrevista, quando perguntados sobre o que mais gostam em relação ao tempo que passam na instituição e o principal motivo de participarem da mesma, os idosos relataram a importância da mesma em suas vidas.

“Vim pra cá como uma fuga. Adoro as festividades e viagens. Somos como uma família, aqui sentimos que nosso problema não é tão grande. Temos o intuito de agradar uns aos outros, nos apoiamos. Às vezes não tem muita intimidade mas temos carinho. O que mais gosto em relação ao tempo que passo na instituição são os casos. Ri de uma coisa ou outra, me sinto viva e na realidade da vida. A gente ri, e o hoje o riso está tão difícil. Aqui tem um convívio bom. Há uma inclusão social, não ficamos a parte da vida.”

“O grupo traz muita alegria. Aqui não é lugar de cara fechada. Aqui pode tudo, é todo mundo igual, de cabelo branco, bom para relembrar os velhos tempos. Gosto de tudo aqui, aqui é bom demais. Tem viagem e conheci lugares que nunca imaginei. Passei por problemas pessoais, perdas na família que foram um abalo muito grande, este grupo me salvou.”

“Sou uma pessoa muito negativa, participo do grupo para tentar melhorar isso em mim.”

“Estava muito triste pois separei do meu marido, ficava muito triste, se ficasse em casa tinha adoecido. No grupo renascer eu renasci. É um meio de sair da rotina, quando era casada não saía nem na porta e não conversava com ninguém. Tinha um relacionamento abusivo e o grupo me ajudou a superar. Conhecer outras pessoas foi maravilhoso, ficava muito isolada. As aulas me ajudam com a minha saúde e também com o meu corpo, me sinto bonita, agora tenho autoestima. O clube me traz vida.”

A interpretação dos dados descritivos apresentados na Tabela 5 e relatos de diversos idosos participantes do Clube da Maior Idade Renascer corroboram com o que é descrito na literatura em relação aos fatores emocionais e elucidam o quanto os grupos de convivência são capazes de proporcionar sentimentos positivos e contribuir para um envelhecimento menos monótono e sofrido.

Além dos benefícios emocionais expostos pela convivência no Clube da Maior Idade Renascer, a prática de atividades físicas oferecidas pela instituição também

proporciona benefícios físicos significativos para a saúde do idoso. Como discutido no item 6.3, foi observado, de forma geral, menor prevalência de doenças no Grupo I se comparado ao Grupo II.

Nota-se a diversidade de atividades oferecidas aos idosos (Figura 7). Cada uma dessas atividades, de acordo com seus fundamentos, contribui de forma distinta na busca pelo bom envelhecimento. Citado como exemplo, o Thai Chi Chuan, atividade praticada pelo maior número de idosos entrevistados, é uma prática milenar de baixo impacto e baixa velocidade que associa aos movimentos do corpo a exercícios de respiração, concentração e relaxamento. Esta prática acrescenta na vida do idoso através da melhora do condicionamento físico, postura e equilíbrio. Além disso, estudos afirmam que a prática desta atividade acarreta em efeitos favoráveis à função cardiovascular, edemas e dor articular e condição psicológica (GOMES et al., 2018).

Na sequência das atividades mais realizadas pelos idosos estão: ginástica, pintura, aula de violão, yoga, coral e dança com, respectivamente 22%, 22%, 6%, 5%, 5% e 5% (Figura 7).

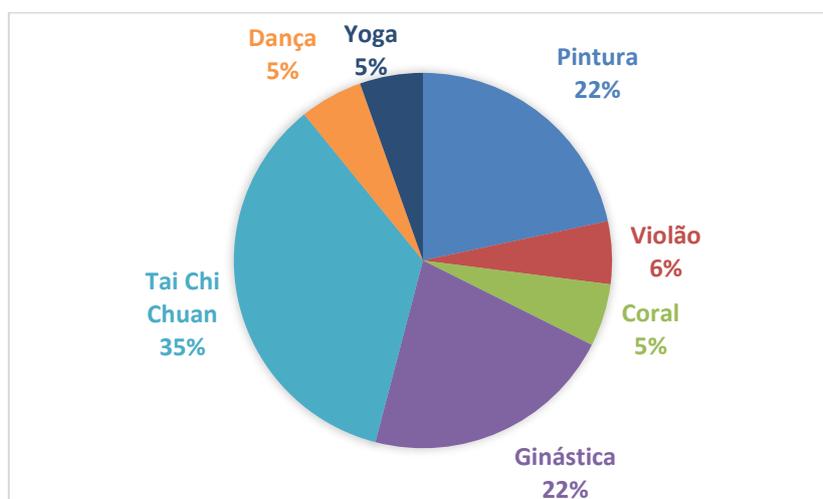


FIGURA 7. Relação da participação dos idosos entrevistados nas atividades oferecidas pelo Clube da Maior Idade Renascer.

7. Conclusão

O envelhecimento é um caminho amplo e rico a ser percorrido e exige desenvolvimento de estratégias que visem o bem-estar do idoso, uma vez que esta população está em ascensão mundial. Diante disso, o presente estudo aponta os benefícios físicos e emocionais que envolvem a participação dos idosos em grupos de convivência destinados à terceira idade.

Foram avaliados parâmetros como características comportamentais, patologias prevalentes, medicamentos mais utilizados e a autopercepção dos idosos em relação à convivência estabelecida no Grupo I com Clube da Maior Idade Renascer.

Conclui-se que a prática de atividade física recomendada e o convívio social auxiliam na melhora e manutenção da saúde do idoso de forma significativa. O presente estudo também aponta a necessidade de conhecimento e adequação à realidade da transição demográfica do país, salientando a importância do desenvolvimento de políticas públicas que tenham como objetivo contribuir para o bem-estar tanto físico quanto emocional no envelhecimento.

8. Referências

- ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 1924-1930, 2007.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 733-736, 2008.
- BARBOSA, Rebeca Barreto. Envelhecimento ativo e desafios para as políticas públicas de saúde no Brasil.
- Barros JAC. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995.
- BEZERRA, Mayara Sousa. Uso de terapias complementares e alternativas no manejo da artrose em idosos. 2017.
- BITTAR, Cléria; DE LIMA, Lara Carvalho Vilela. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 14, n. 3, p. 101-118, 2011.
- BORGES, Paula Lutiene de Castro et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 2798-2808, 2008.
- CARVALHO, M. F. C. et al. Atenção farmacêutica. In: NETTO PAPALÉO, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 719-727.
- CELICH, Kátia Lilian Sedrez; SPADARI, Gessiel. Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 252-260, 2008.
- CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.
- DA SILVA, Elaine Aparecida; MACEDO, Luciana Conci. Polifarmácia em idosos. *Saúde e Pesquisa*, v. 6, n. 3, 2013.

DE ASSIS, Mônica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2005.

DE OLIVEIRA, A. G., de Abreu, S. S. S., Macedo, M. A. S. S., Duarte, S. F. P., dos Reis, L. A., & Lima, P. V. (2019). Grupos de convivência como suporte na prevenção da depressão em idosos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 8(1), 17-24.

DOS SANTOS, Priscila Mari et al. Lazer e participação de homens em grupos de convivência para idosos de Florianópolis (SC): motivações e significados. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 18, n. 3, p. 173-191, 2015.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto enferm*, v. 21, n. 3, p. 513-8, 2012.

FLORES, Liziane Maahs; MENGUE, Sotero Serrate. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 924-929, 2005.

GALVÃO, C. Idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 22, p. 747-752, 2006.

GOMES, Haroldo Oliveira; CALDAS, Célia Pereira. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 7, n. 1, 2008.

GOMES, Lucy; DE MOURA PEREIRA, Márcio; ASSUMPCÃO, Luís Otávio Teles. Benefícios do tai chi chuan em idosos. *educación*, v. 15, p. 05, 2018.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 131-138, 2007.

KASTRUP, E. K. *Drug facts and comparisons*. St. Louis: Facts and Comparisons, 2004. 2200 p.

KUSANO, L. T. E. Prevalência da polifarmácia em idosos com demência. Brasília, 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília.

LUCCHETTI, Giancarlo; LAMAS GRANERO, Alessandra; LUCIANO PIRES, Sueli; GORZONI, Milton Luiz. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 13, núm. 1, 2010, pp. 51-58, 2009.

MENDES, Márcia RSS Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta paulista de enfermagem*, 2005.

MESQUITA, Kristiane Barros Franchi; MAGALHÃES, Renan Montenegro. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 18, n. 3, 2005.

NOGUEIRA, Ingrid Correia et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 587-601, 2012.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3561-3567, 2010.

PEREIRA, Keila Cristina Rausch; ALVAREZ, Angela Maria; TRAEBERT, Jefferson Luiz. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 85-95, 2011.

PEREIRA, Mayane Carneiro Alves et al. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 1, p. 124-131, 2016.

PEZAVENTO, Karla; RIBEIRO, Franciele. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos*, 2018, 95-102.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 793-797, 2003.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, p. 703-710, 2008.

RODRIGUES, Maria José de Andrade. *Suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida de pessoas idosas a residir na comunidade ERPI*. MS thesis. 2016

ROZENFELD, Suelly. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 717-724, 2003.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 548-554, 2009.

VICTOR, Janaína Fonseca et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. *Pharmacia Brasileira*, n. 22, p. 23-26, 2000.

9. Anexos

9.1. ANEXO I – Questionário I

QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS IDOSOS PARTICIPANTES DO CLUBE DA MELHOR IDADE RENASCER

Identificação do Idoso

1. Nome: _____
2. Idade:
 60 a 65 anos 76 a 80 anos
 66 a 70 anos 81 anos em diante
 71 a 75 anos
3. Sexo: Feminino Masculino
4. Estado Civil:
 Casado (a) Viúvo (a)
 Solteiro (a) Divorciado/Separado (a)
5. Tem filhos?
 Sim Quantos? ____
 Não
6. Com quem você mora atualmente?
 Filho(a) Asilo
 Cônjuge Pensão
 Sozinho Outro _____
7. Você se relaciona bem com os seus familiares e/ou pessoas com quem você mora? Sim Não
8. Qual é o seu grau de escolaridade?
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 Pós graduação incompleta
 Pós graduação completa
9. Possui plano de saúde? Sim Não
10. Você trabalha atualmente?
 Sim Onde/Com o que? _____

Não

11. Possui alguma renda mensal? Sim Não

12. Em caso positivo no item anterior, qual o valor aproximado da sua renda mensal?

Menor ou igual a um salário mínimo

Entre um a dois ou igual a dois salários mínimos

Entre dois a três ou igual a três salários mínimos

Entre três a quatro ou igual a quatro salários mínimos

Maior que quatro salários mínimos

História Clínica Atual

13. Você Fuma? Sim Não

14. Faz uso de bebida alcoólica?

Sim Quantas vezes na semana? _____

Não

15. Portador de alguma dessas doenças? Diabetes "Pressão alta"

"Colesterol alto" Outra Qual? _____

16. Faz uso de algum medicamento? Sim Não

Medicamento	Concentração	Como toma	Quantas vezes na semana	Para que utiliza

17. Com que frequência vai ao médico? Qual unidade de saúde procurada?

18. Quando costuma procurar um médico, quais são suas principais queixas? _____

19. Você acredita que os medicamentos prescritos são eficazes para solucionar suas queixas?

Sim Não

20. Como você avalia a sua saúde atualmente?

Muito boa; Regular;

Boa; Ruim.

Relação do Idoso Com a Instituição "Clube da Melhor Idade Renascer"

21. Há quanto tempo participa da instituição?

Menos de um ano

De um a dois anos

De dois a três anos

De três a quatro anos

De quatro a cinco anos

Há mais de cinco anos

22. Participa de quais atividades oferecidas para instituição?

Atividade	Quantas horas por dia	Quantas vezes na semana	Há quanto tempo participa

23. Você observa benefícios físicos em relação à realização de atividades em grupo?

Sim Quais? _____

Não

24. Você observa benefícios emocionais em relação à realização de atividades em grupo?

Sim Quais? _____

Não

25. Quando você não está instituição como costuma utilizar o seu tempo?

26. Qual o principal motivo de você participar da instituição?

27. O que você mais gosta em relação ao tempo que passa na instituição?

28. Você considera que fez amizades aqui?

Sim Não

29. Você costuma se encontrar com alguém que conheceu aqui mas fora da instituição?

Sim Não

9.2. ANEXO II – Questionário II

QUESTIONÁRIO

Identificação do Idoso

1. Nome: _____
2. Faz parte de algum grupo que oferece atividades voltadas especificamente à terceira idade?
 Sim Não
Em caso de resposta positiva para esta pergunta o questionário deste idoso será anulado e não fará parte do grupo controle.
3. Idade:
 60 a 65 anos 76 a 80 anos
 66 a 70 anos 81 anos em diante
 71 a 75 anos
4. Sexo: Feminino Masculino
5. Estado Civil:
 Casado (a) Viúvo (a)
 Solteiro (a) Divorciado/Separado (a)
6. Tem filhos?
 Sim Quantos? ____
 Não
7. Com quem você mora atualmente?
 Filho(a) Asilo
 Cônjuge Pensão
 Sozinho Outro _____
8. Você se relaciona bem com os seus familiares e/ou pessoas com quem você mora? Sim Não
9. Sabe ler e escrever? Sim Não
10. Qual é o seu grau de escolaridade?
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 ensino superior completo

- Pós graduação incompleta
- Pós graduação completa
11. Possui plano de saúde? Sim Não
12. Possui alguma renda mensal? Sim Não
13. Qual o valor aproximado da sua renda mensal?
- Menor ou igual a um salário mínimo
- Entre um a dois ou igual a dois salários mínimos
- Entre dois a três ou igual a três salários mínimos
- Entre três a quatro ou igual a quatro salários mínimos
- Maior que quatro salários mínimos
14. Você trabalha atualmente?
- Sim Onde/Com o que? _____
- Não

História Clínica Atual

15. Você Fuma? Sim Não
16. Faz uso de bebida alcoólica?
- Sim Quantas vezes na semana? _____
- Não
17. Portador de alguma dessas doenças? Diabetes "Pressão alta"
- "Colesterol alto" Outra Qual? _____
18. Faz uso de algum medicamento? Sim Não

Medicamento	Concentração	Como toma	Quantas vezes na semana	Para que utiliza

19. Com que frequência vai ao médico? Qual unidade de saúde procurada?

20. Quando costuma procurar um médico, quais são suas principais queixas? _____

21. Você acredita que os medicamentos prescritos são eficazes para solucionar suas queixas?

Sim Não

22. Como você avalia a sua saúde atualmente?

Muito boa;

Regular;

Boa;

Ruim.

9.3. ANEXO III – TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidada/o a participar tem a intenção de estudar os possíveis problemas ligados ao uso excessivo de medicamentos por idosos e também os benefícios que podem ser alcançados com a participação em grupos e/ou atividades ligadas à terceira idade na população de Ouro Preto. Seu título é **“Qualidade de vida de idosos: um estudo sobre o uso de medicamentos e a autopercepção de benefícios em participar de atividades em grupo relacionadas à terceira idade no município de Ouro Preto -MG”**.

A pesquisa se baseia em uma coleta de dados a partir da aplicação de um questionário sobre uso de medicamentos e a prática de atividades voltadas à terceira idade.

Ao participar deste estudo a Sr.^a. (Sr.) permitirá que a pesquisadora realize a aplicação de um questionário com questões fechadas de múltipla escolha e com questões abertas. Todo o conteúdo da conversa entre a (o) Sr.^a. (Sr.) será gravado em áudio para que as respostas possam ser melhor analisadas. A Sr.^a. (Sr.) tem liberdade de se recusar a participar, sem qualquer prejuízo para a Sr.^a. (Sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

A participação é totalmente voluntária ou livre. Os participantes terão autonomia de decidir se querem ou não participar da pesquisa, bem como se deseja ou não responder as perguntas. Os participantes podem escolher não responder a qualquer uma ou a todas as perguntas feitas, bem como retirar a autorização para utilização das respostas fornecidas, podendo a qualquer momento desistirem de participar ou retirar a participação sem penalização alguma, sem que ocorra nenhum tipo de prejuízo ou penalidade em sua vida civil, bem como qualquer outro de tipo de serviço prestado pela universidade.

Os participantes envolvidos na pesquisa terão sua identidade inteiramente preservada e passarão a ser identificados por números e não por nomes, garantindo assim o anonimato. Em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com os coletados dados saberão da identidade dos participantes, ou seja, será garantido o sigilo dos dados, pois o será identificada/o por um código e não por seu nome. Esses procedimentos vão garantir que os dados serão confidenciais.

Se o participante não quiser ou não puder mais participar da pesquisa, poderá pedir aos pesquisadores, a qualquer momento, que apaguem suas respostas. Estes dados serão divulgados em meios científicos (Congressos, Seminários, Revistas Científicas, etc) com a total omissão de nomes ou quaisquer referências que permitam a identificação dos participantes. Dessa forma, a proteção dos participantes estará totalmente garantida. Você será identificada/o por um código e não por seu nome. Esses procedimentos vão garantir que os dados serão confidenciais.

Informamos que os participantes não receberão dinheiro ou outra recompensa para participar dessa pesquisa, mas também não terão nenhuma despesa. Se acaso ocorra, a equipe se compromete a ressarcir-lo. Bem como a equipe se compromete a arcar com quaisquer prejuízos financeiros decorrentes da participação na pesquisa e danos físicos e morais que surgirem do processo de aplicação do questionário.

Esta pesquisa somente será realizada se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Todas estas disposições estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Garantimos que todo o processo será feito dentro das normas éticas e que não será feita nenhuma atividade que traga qualquer desconforto ou incômodo físico, nenhum tipo de atividade que comprometa a integridade física, mental, preceitos religiosos ou morais, ou promova risco à vida dos participantes. Inclusive garantiremos o anonimato, a confidencialidade, a autonomia dos participantes.

Todo o material dos questionários eletrônicos ficará guardado pela Prof.^a Dr.^a Karina Taciana Santos Rúbio em seu computador pessoal, protegido por senha, localizado na sala 23 da Escola de Farmácia/UFOP. Os dados também serão armazenados em sistema de arquivamento virtual (Dropbox) e salvos em DVD protegidos com senha. Esse material ficará armazenado pelo prazo de cinco anos, quando serão totalmente destruídos.

Em caso de dúvidas entre em contato com a professora Karina (telefone 31.99289.2407 e email karinasilva353@yahoo.com.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/CPQRR; Avenida Augusto de Lima, 1715, Barro Preto, Belo Horizonte; Tel: (31) 3349-7825; Email: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Agradecemos a sua participação e já deixamos registrado nosso respeito.

Prof.^a Dr.^a Karina T. Santos Rúbio

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Código do participante: _____

Confirmando que li os esclarecimentos sobre a pesquisa “**Qualidade de vida de idosos: um estudo sobre o uso de medicamentos e a autopercepção de benefícios em participar de atividades em grupo relacionadas à terceira idade no município de Ouro Preto -MG**”, fui informada/o dos objetivos propostos, de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações. Compreendi para que serve o estudo e qual minha participação. A explicação que recebi deixou claros os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que não vou receber nem vou pagar para participar da pesquisa. Eu entendi que sou livre para retirar minha participação a qualquer momento, sem precisar justificar e que isso me não vai afetar meu atendimento no Sistema Único de Saúde, nem na Universidade. Sei que meu nome não será divulgado. Sei que em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a professora Karina (telefone 31.99289.2407 e email karinasilva353@yahoo.com.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/CPQRR; Avenida Augusto de Lima, 1715, Barro Preto, Belo Horizonte; Tel: (31) 3349-7825; Email: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br. Sendo assim, declaro que aceito participar da pesquisa e dou meu consentimento para análise de meus dados.

Participante da Pesquisa

Dr.^a Karina T. Santos Rúbio