

A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO ANCORADO NA TEORIA DA DÁDIVA¹

Thazia Costa ¹
Rosana Lúcia Alves de Vilar ²
Ricardo Henrique Vieira de Melo ³
Gilson de Vasconcelos Torres ⁴

RESUMO

Este estudo, parte de uma investigação maior, teve como objetivo analisar as visões dos idosos pertencentes ao grupo de convivência Francisco André, sobre a qualidade de vida, à luz das contribuições sociológicas da teoria da dádiva, de Marcel Mauss. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, com onze idosos de um grupo de apoio, ligados à Estratégia Saúde da Família, do bairro de igapó, localizado em Natal-RN. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e analisados com base no método de análise temática de conteúdo. Na visão dos idosos, o significado da qualidade de vida foi vocalizado expressando um sentido polissêmico relacionado a múltiplos aspectos, destacando o estado de saúde e a reciprocidade discutida no sistema do dom. As falas confirmaram que as experiências do grupo contribuíram para a melhoria da qualidade de vida nos diversos aspectos relacionados à capacidade física e funcional, bem como nos aspectos emocionais e sociais relacionados à criação de vínculos e melhoria da autoestima. Além disso, sinalizaram repercussões positivas sobre o estado geral de saúde. O estudo proporcionou uma oportunidade para uma melhor compreensão da importância da escuta dos idosos sobre a qualidade de vida, suas relações com o processo de envelhecimento e as experiências que contribuem para mudanças na vida de cada um, a partir do compartilhamento de saberes e de vivências fundamentadas na reciprocidade dos dons.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Serviços de Saúde para Idosos, Estratégia Saúde da Família.

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br
www.cieh.com.br

INTRODUÇÃO

A longevidade humana é um fenômeno mundial que tem aumentado na grande maioria dos países o número de pessoas idosas em todas as classes sociais. Dados recentes mundiais informam que existem 810 milhões de pessoas com 60 anos, o que representa 11,5% da população global, e a expectativa é de que esse número alcance um bilhão em menos de 10

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), thaziac1304@gmail.com;

² Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), rosanaalvesrn@gmail.com;

³ Dentista, Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ricardohvm@gmail.com;

⁴ Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem em Évora (Portugal), Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), gilsonvtorres@hotmail.com.

anos, duplicando em 2050. A projeção para 2050 é de que existam 64 países nos quais a população idosa poderá chegar a 30% da população (BOLDSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

No Brasil, evidencia-se de forma marcante o envelhecimento da população no contexto atual. Segundo dados da PNAD Contínua (IBGE), registrado por Paradella (2018), o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 25,4 milhões em 2012 para 30,2 milhões em 2017. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Existe uma previsão de que, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas tenham 60 anos ou mais de idade na pirâmide populacional brasileira.

No envelhecimento ocorre um conjunto de mudanças de ordens morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que ocasionam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que vive. (CORDEIRO et al, 2014). Por outro lado, o envelhecimento é considerado, um fenômeno natural e processual, como parte da vida, relacionando-se com o contexto histórico do sujeito que envelhece e da sociedade no qual está inserido (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

As mudanças ocorridas na estrutura demográfica acabaram por aumentar a pressão sobre os sistemas de proteção social, principalmente em virtude da queda da relação entre o número da população que contribui e o aumento crescente daqueles que se aposentam. Além disso, os idosos podem adquirir doenças, incapacidades e sequelas que exigem ações integrais do sistema de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Vive-se mais tempo no mundo contemporâneo, entretanto é fundamental a indagação: com que qualidade de vida? A longevidade só tem sentido ao lado de uma vida saudável. Neste sentido, surge a preocupação com a temática da qualidade de vida dos idosos. A expressão “qualidade de vida” atualmente tem sido muito considerada e debatida, entretanto, o seu significado é muito complexo, subjetivo, abrangente e varia em função da época, das crenças e da pessoa, tendo a ver com a forma de como as pessoas vivem e sentem o seu cotidiano.

Considerando essa complexidade, a Organização Mundial de Saúde apresenta um conceito subjetivo e multidimensional para qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Trata-se, portanto, de uma concepção ampla que incorpora a saúde física, a saúde mental, o grau de independência, as interações sociais, o contexto econômico e a relação com os serviços de saúde, tendo uma proximidade com conceito de saúde. Acrescentando, a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos sobre a satisfação das suas necessidades, as oportunidades de alcançar a

felicidade, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Atualmente os conceitos mais aceitos de qualidade de vida buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. As referidas abordagens baseiam-se na premissa segundo a qual o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto. Além disso, é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde. (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012).

Nestas linhas argumentativas, a saúde aparece como um elemento central que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. No Brasil se delineia um perfil demográfico com tendência permanente de crescimento do envelhecimento da população o que requer a necessidade de adequações das políticas sociais, tais como saúde, previdência e assistência social. (BRASIL, 2010).

Em relação à área da saúde, foi instituída em 1999, através da Portaria Ministerial nº 1.395/99, a Política Nacional de Saúde do Idoso no Sistema Único de Saúde e proposta, via Portaria Ministerial nº 702/2002, a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Em 2006, foi assinada uma nova portaria (nº 2.528), atualizando e aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), trazendo um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional para a saúde da população idosa, e a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2010).

É importante também registrar que no de 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O estatuto refere o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

A PNSPI tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Para a efetivação da PNSPI, uma série de desafios precisam ser enfrentados, entre eles, uma melhor estruturação da assistência ao idoso na atenção básica, uma vez que uma assistência baseada no consumo intensivo de tecnologia no ambiente hospitalar enfraquece a prevenção e o acompanhamento duradouro a problemas crônicos, permeados por agravantes de natureza psicossocial (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

No caso do município de Natal- RN, o seu Plano Municipal de Saúde de Natal, do quadriênio 2018 – 2021, tem como um dos objetivos promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção (PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, 2018).

Nessa perspectiva, na Estratégia Saúde da Família (ESF) são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de recuperação e reabilitação da saúde do idoso, uma vez que, como eixo estruturante da atenção básica, constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pela proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária, oferecendo condições oportunas para uma atuação de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Neste contexto, alguns aspectos das ciências sociais sobre a Teoria da Dádiva podem ser aplicados aos estudos na saúde, para enriquecer a compreensão das interações nos circuitos de trocas sociais, pois explicam os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para a produção do cuidado, através da reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais durante as relações sociais. A dádiva (dom), que é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos (MARTINS; CATTANI, 2014).

No campo da saúde, no contexto de valorização do usuário, um sistema de dádivas de cuidados, segundo Martins (2013), considera, da mesma forma, os bens materiais referentes à cura (substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida. Convém esclarecer que, o sistema da dádiva, enquanto partilha, não é caridade. Cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na dádiva-caritativa, que não é objeto destas linhas, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida, prestação ou obrigação.

A conscientização destes aspectos, durante as vivências interativas, poderá contribuir para a manutenção das ações coletivas ofertadas nos grupos de convivência, bem como disparar a construção compartilhada de novas práticas de promoção de saúde, fortalecendo o

pertencimento e o vínculo entre os participantes, em busca de uma vida cotidiana com mais qualidade. Sendo assim, esse artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e tem como objetivo analisar as percepções de idosos do Grupo de Convivência Francisco André sobre qualidade de vida à luz dos aportes sociológicos da Teoria da Dádiva de Mauss (2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2013), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam

Os sujeitos da pesquisa foram dez idosos, integrantes do Grupo de Convivência Francisco André, que se compõe de 35 idosos, sendo 29 do sexo feminino e 06 do sexo masculino. Os critérios para seleção dos sujeitos participantes da pesquisa foram: ser integrante do grupo de idosos há pelo menos 4 anos com participação ativa nas atividades programadas; ter condições mentais e psicológicas para participar do grupo focal; aceitar voluntariamente a participação.

O grupo foi submetido ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), ou Teste de Folstein, que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (MELO; BARBOSA, 2015). Após aplicação do exame todos os idosos demonstraram estarem com capacidade cognitiva apta a participar do grupo focal. Foram também analisadas as fichas cadastrais dos idosos no grupo que registra a data de início de participação e as folhas de frequências nas reuniões e atividades desenvolvidas. Após estas análises foram selecionados dez idosos para participar da pesquisa. Os participantes selecionados receberam um convite por escrito e também foi feito o contato direto para esclarecer os objetivos da pesquisa. O grupo se reuniu no mesmo local onde ocorriam as reuniões do Grupo de Convivência Francisco André.

A faixa etária dos participantes da pesquisa foi de 64 a 80 anos, sendo que dez eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos eles eram alfabetizados, entretanto, nenhum deles concluiu a escola primária. Havia quatro deles vivendo sozinho, e sete morando com parentes. Todo o grupo era hipertenso, e três também eram portadores de diabetes mellitus. Os

participantes selecionados receberam um convite por escrito, e o contato direto também foi feito para esclarecer os objetivos da pesquisa.

O grupo de idosos se reunia a cada quinze dias, nas segundas feiras a tarde, onde eram desenvolvidas atividades educativas e ações de promoção a saúde. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis, são importantes em todos os estágios da vida. O caráter multidisciplinar sempre esteve presente e o planejamento das ações desenvolvidas, sempre foi realizado de acordo com as demandas vindas do próprio grupo.

A agenda de reuniões sistemáticas mostrou que os temas/ações mais abordadas/realizadas foram: alfabetização de idosos, Estatuto do Idoso, Benefícios Previdenciários, Cadastro Nacional (NIS), Caderneta da Pessoa Idosa, Violência Contra Idosos, Oferta de Serviços pela ESF; Oficina com Arte Terapêutica, Sessão de Cinema, Artesanato, Dança, Peça Teatral, Atividades lúdicas (jogos de tabuleiro - Dama, Dominó - etc.), Visitas (ao Parque das Dunas, ao Café Santa Clara, ao Parque Eólico da Cosern, ao Cajueiro de Pirangi (RN), ao Santuário de Santa Rita-RN, ao Santuário de Touros); Comemorações de datas festivas; Incontinência Urinária, Saúde do Homem, Prevenção de Quedas, Hipertensão/Diabetes, Tuberculose, Saúde Bucal, Alimentação Saudável e acessível, Vacinação, Exercícios de memorização, Autoestima e Felicidade, Prevenção CA de mama, Importância do Papanicolau, Controle de Exames Laboratoriais, Medidas Antropométricas, Avaliação da Função Renal, Trabalhando a Cognição, Estimulo a Autonomia e Independência Funcional, entre outras.

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br
www.cieh.com.br

A coleta de dados ocorreu em maio de 2016, através de grupo focal, no qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, o encontro grupal possibilitou aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado tema. Na discussão, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (BACKES et al, 2011). As discussões foram conduzidas por um moderador seguindo um roteiro orientador, com a presença também de um observador que fez registros complementares. A discussão que ocorreu no tempo de 65 minutos, foi gravada, e posteriormente transcrita para análise.

A análise foi baseada no método de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2013), que permite descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto da pesquisa. A técnica de análise foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material/tratamento e interpretação dos dados obtidos.

Na fase de pré-análise foi feita uma leitura flutuante do material obtido que constou da transcrição das falas e relato do diário de campo elaborado pelo observador. Na exploração do material, a partir da compreensão do texto, foram identificados os núcleos de sentidos e feita a classificação de categorias a luz do objetivo da pesquisa e roteiro utilizado na investigação.

Para interpretação dos resultados e discussão, foram trazidos alguns aportes reflexivos sobre a Teoria da Dádiva (MAUSS, 2013), confrontando com a realidade empírica, procurando identificar: o que se tem a dar ou doar durante a vivência, a percepção e a consciência de si, do autocuidado, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência (doação); o sentimento de abertura para outras possibilidades, descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo (recepção); e a retribuição, pela vontade de reproduzir a prática, o desejo de continuidade da experiência, o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde, o efeito multiplicador, a ressonância na vida cotidiana.

No que diz respeito aos aspectos éticos, a investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Parecer nº 562.318 e registrada no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 21996313.7.0000.5537, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere às suas recomendações.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização para Gravação de Voz. O nome de antigos filósofos foi utilizado como codinomes, para preservar o anonimato dos participantes, em uma alusão à sabedoria acumulada com sua idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos de convivência surgem como contribuição para o envelhecimento saudável, e com qualidade, quando contribuem com diversos benefícios como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal, possibilitando a ressocialização (LEITE et al, 2007; BENEDITTI et al, 2012).

Os resultados e discussão estão organizados em dois tópicos (categorias): primeiro, “os significados sobre qualidade de vida” – que, por sua vez - divide-se nos núcleos de sentidos ‘saúde e bem-estar’, ‘amor, felicidade e paz’, e ‘boas condições materiais para viver’; segundo,

“Mudanças e repercussões na qualidade de vida” – que, para sua ordem – separa-se nos núcleos ‘mudanças físicas’ e ‘mudanças psíquicas’.

Os significados sobre qualidade de vida

Ao serem indagados sobre o significado de qualidade de vida, foi vocalizada pelo grupo a polissemia do seu sentido e suas múltiplas relações com variados aspectos. Alguns trechos das falas que identificaram a qualidade de vida relacionada a ‘saúde e bem-estar’ ressaltaram:

Qualidade de vida é ter saúde e viver bem (Apázia).

Para mim, qualidade de vida é, principalmente, viver com saúde, não guardar doença, fazer exames e se tratar quando ficar doente (Safo).

É viver com saúde, ter ânimo, ter coragem e ficar de bem com a vida. Para mim saúde é o mais importante na minha vida. Depois de certa idade foi que aprendi isto (Diótima).

A qualidade de vida não é olhar apenas o doente. Para mim, a saúde é a coisa mais importante da minha vida. Depois de uma certa idade, eu aprendi isso (Epicuro).

A relação entre qualidade e saúde tem sido discutida em várias investigações. Em estudo realizado por Seidl e Zannon (2004), destaca-se que o termo “qualidade de vida”, relacionado à “saúde”, é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral.

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br
www.cieh.com.br

Para Buss (2000), proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida vivida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

Por conseguinte, na atual perspectiva teórica, a saúde é concebida como construção social, se expressando como um fenômeno histórico, político, social e psico-biológico. A promoção da saúde apresenta uma grande relevância na articulação da saúde com outros conceitos que não apenas a doença, passando a ser possibilidades das formas de viver. (TAVARES et al., 2014).



O conceito tradicional de Saúde da Organização Mundial de Saúde como completo bem-estar, físico, mental e social, mesmo com sua limitação, já anunciava a polissemia do significado, apontando indiretamente sua relação com a vida e sua qualidade. Almeida (2011) reconhece a relação da saúde com a qualidade de vida, entretanto, faz uma crítica epistemológica enfatizando que ainda não existe uma teoria geral da saúde que explique com clareza tal relação. Neste sentido, enfatiza que, ao se discutir sobre saúde, deve se considerar suas concepções polissêmicas, plurais, multifacetadas, simultaneamente ontológicas e heurísticas.

Em revisão clássica publicada já há algum tempo, Minayo (2000, p. 12) destaca que “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Ainda enfatiza que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para Campos e Rodrigues Neto (2014), não existe um consenso sobre o que constitui qualidade de vida. Uma tentativa de definição engloba, desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como: meio-ambiente; recursos econômicos; relacionamentos; tempo para trabalho; e lazer. Para estes autores são identificadas duas tendências na conceituação do termo: um conceito genérico e outro ligado à saúde.

Algumas falas trazem significados que expressam um conceito mais genérico, embora não se dissociem do conceito ampliado de saúde, quando se referirem ao núcleo de sentido ‘amor, felicidade e paz’. As palavras evidenciaram uma relação entre a qualidade de vida e o afeto, a reciprocidade, a paz e a felicidade:

É viver feliz, ter paz e amor. Eu não falo de pobreza, mas da pessoa ser feliz (Hipácia).

É viver feliz em um ambiente, no meio das pessoas que se quer bem (Aristocléia).

É ter paz e tranquilidade. Viver em um ambiente sadio com alegria e sossego (Maronéia).

Primeiro é ter fé em Deus. Ser bem tratado pelos outros e amarmos os outros (Olímpia).



A percepção da qualidade de vida vinculada à reciprocidade, nos remete ao sistema da dádiva, discutido por Mauss (2013) e seguidores, como fundamental para instauração do vínculo social. Nesse caso, ocorre a troca entre cuidar e ser cuidado, estruturando a prática do cuidado.

A leitura sobre a dádiva na atualidade da sociedade de mercado, apresenta uma visão não estruturalista desta, compreendendo-a como fundamento de um paradigma novo, no qual o vínculo social envolve de forma dialética a liberdade e a obrigação, a espontaneidade e a norma, se sobrepondo ao utilitarismo material, identificando-se assim com o antiutilitarismo. Esta concepção, fortalece o entendimento sobre a reciprocidade e a solidariedade como valores fundamentais na constituição de uma sociedade (VILAR, 2014).

Para Sabourin (2008), a reciprocidade é definida como a dinâmica de reprodução de prestações, geradora de vínculos sociais, permitindo o reconhecimento do (s) outro(s), em função do sentimento de pertença a um grupo, formando uma identidade coletiva, iluminando as práticas solidárias, fazendo florescer experiências de partilha e ajuda mútua, na construção da vida social.

O idoso constrói sua identidade, sua dependência e/ou independência, e sua existência por intermédio dos vínculos afetivos com o serviço de saúde que o acolhe, através das relações estabelecidas com os profissionais que integram esses serviços e com os demais atores envolvidos nos cenários de suas vidas. O circuito virtuoso proporcionado pelas trocas recíprocas de dádivas, não só media esses contatos, como também proporciona o reconhecimento mútuo de todos enquanto sujeitos que se sentem valorizados (FLORES et al., 2011).

Evidencia-se também nos discursos emitidos referenciais sobre os afetos que intermedeiam as relações. Palavras como “amor”, ser “bem tratado”, “amarmos” os outros nos reportam a solidariedade e reciprocidade, aparecem reforçando a importância da circulação dos bens simbólicos nas relações. Referências sobre o amor, como fundamental na história hominídea, são afirmadas por vários estudiosos da natureza humana (MORIN; CYRULNIK, 2004; MATURANA, 2005). Para que haja aliança ou vínculo nas relações humanas, eles reafirmam a forte presença das emoções e do amor na vida dos homens em todos os tipos de relações estabelecidas.

A paz e a tranquilidade também foram mencionadas por alguns, manifestando a necessidade da segurança e a preocupação com a violência. Sobre a violência contra o idoso, Florêncio et al (2007) revelam que esse fenômeno cresce no mundo inteiro. E que durante muito tempo os diversos atos de violência contra os idosos foram tidos como problemas particulares

de cada família, mas que hoje passam a ser responsabilidade também da coletividade e do Estado.

Algumas visões, contemplando o terceiro núcleo de sentido elencado nesse tópico, relacionaram a qualidade de vida com ‘boas condições materiais para viver’:

Qualidade de vida para mim é ter minha casinha para morar, ter comida para comer (Heloísa).

É também ter minha casa para morar e meu salário para viver (Asiotéia).

Qualidade de vida é ter dinheiro para comprar as necessidades, os remédios e a alimentação (Epícuro).

A dádiva não envolve apenas os aspectos simbólicos. Na sua ambiguidade e nos seus paradoxos, as questões materiais também devem ser consideradas, porque os bens materiais também contribuem para uma melhor qualidade de vida, pelas provisões necessárias à saúde, tipo remédios, alimentos, moradia, entre outros. Estes aspectos remetem ao conceito de saúde presente no artigo 196 da Constituição Brasileira [Falta a Referência] que reconhece a saúde como resultante de condições de vida e trabalho, garantida mediante políticas sociais e econômicas. Assim, os aspectos materiais também são importantes porque assegura a própria existência, articula os membros do grupo, e ajuda na manutenção das redes de sociabilidade.

Mudanças e repercussões na qualidade de vida

(83) 3322.3222
contato@cieh.com.br
www.cieh.com.br

Em relação as mudanças ocorridas que repercutiram na qualidade de vida, o grupo discutiu vários hábitos que mudaram em decorrência do aprendizado, das trocas e da motivação a partir das vivências e atividades que partilharam no grupo. Os depoimentos confirmam que as vivências no grupo contribuíram sobremaneira para melhorias na qualidade de vida nos vários aspectos relacionados a capacidade física e funcional, assim como nos aspectos emocionais e sociais relacionados a criação de vínculos e melhoria da autoestima. Sinalizam também repercussões positivas no estado geral de saúde.

Segundo Melo e Mattos (2018) a capacidade de bons encontros no modo do cuidado, ampliam a potência de sentir, pensar e fazer. Não se trata de ignorar nem de reafirmar problemas sofrimentos e impotências, mas de reconhecer a potência de vida de pessoas mais vulneráveis como os idosos.

Sendo assim, a análise temática identificou dois núcleos de sentidos: ‘as mudanças físicas’, associadas aos aspectos funcionais, fisiológicos e corporais; e ‘as mudanças psíquicas’, relacionadas às perspectivas emocionais e mentais, sobre o que obteve ressonância na qualidade de suas vidas.

A atividade física regular pode ser considerada uma ferramenta valiosa para minimizar os declínios de memória e melhorar qualidade de vida, decorrentes do processo de envelhecimento (CORDEIRO et al., 2014). Em relação às percepções sobre ‘as mudanças físicas’ associadas com a participação nas atividades do grupo, selecionamos as seguintes falas:

Gosto de fazer minhas atividades, minhas obrigações. Aprendi aqui que é bom para meu corpo e minha cabeça, sem exagerar, até onde eu consigo (Hildegarda).

Eu acho que melhorou meu ânimo, minha coragem, tenho mais disposição para fazer as coisas. Tenho 67 anos e não me sinto velho. Minha situação física está mais forte (Maronéia).

Quando estou caminhando me sinto uma criança. Passo muito tempo no dia fazendo crochê e letrinhas, e assim vivo. Mas também faço as coisas em casa (Olímpia).

Me sinto bem quando caminho e quando danço. Faz bem ao meu corpo. O corpo precisa. Eu sinto isso (Asiotéia).

É inquestionável que diminuição da atividade física contribui para o aparecimento de algumas doenças crônicas que podem aumentar a incapacidade funcional, que por sua vez, gera efeitos de ordem emocional e mental. Lobo; Santos; Gomes (2014) confirmam a correlação positiva entre o grau de dependência, capacidade física e funcional e o índice de qualidade de vida.

Para Bertherat e Bernstein (2001), só é possível cuidar de algo quando tomamos consciência sobre o que, de fato, será cuidado. Então, para cuidar do corpo, teremos que ter consciência do mesmo, uma consciência corporal, que significa tomar consciência do próprio eu e do corpo como um todo. Os participantes reconheceram a oportunidade de aprendizagem sobre os benefícios de uma alimentação saudável para o fortalecimento do corpo e conseqüentemente melhoria da vitalidade e qualidade de vida:

Sentia muita dor de cabeça, mas aprendi em me alimentar melhor e diminuiu (Asiotéia).

Melhorou minha alimentação. Eu já sabia que não podia comer muito sal, mas não ligava. Agora estou tendo cuidado. Aprendi com as palestras (Apásia).



Agora tenho uma boa alimentação, não como besteiras e melhorou a situação do meu corpo. Me sinto mais disposta (Diótima).

Antes de vim para o grupo, não bebia muita água. Agora eu bebo mais água, pois aprendi que a água é importante para nós (Epícuro).

Um grupo de convivência pode funcionar como um sistema de relações que promove a interação e/ou ligação entre pessoas, ideias e práticas, onde o mundo da teoria se alimenta à luz das experiências concretas e vice-versa, através de uma reciprocidade educativa cotidiana, histórica, corporal e emocional. Tal circuito, conforme Rocha (2011) afirma, é dádiva porque se compartilha aprendizados, gentilezas, emoções e sentidos de vida e de cultura.

Nesse canal de convívio, o que é recebido em termos de educação também deve ser devolvido, reproduzindo também o sentimento de responsabilidade, pela preocupação com o outro para produzir e partilhar valores éticos como a paz, a confiança, o respeito e a estima. As experiências de aprendizagem necessitam de uma estruturação voltada para a colaboração, a cooperação e intercâmbio ideias (SABOURIN, 2011).

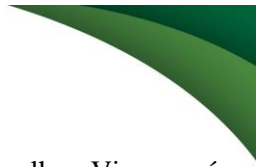
É pertinente pontuar, segundo Lopes et al (2015), que é evidente que as relações sociais entre quem acolhe e o acolhido são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido. Elementos da reciprocidade, como afetividade, atitude acolhedora, respeito e cuidado com o outro aparecem como incentivadores dessa relação. Compreender a interdependência do outro nas relações de trocas significa reconhecer que os usuários também são produtores de cuidado e, não apenas, consumidores de serviços.

Para Mauss (2015), o homem concreto (total) deve ser visto como um ser biológico, psíquico e sócio histórico, sintetizando essa tridimensionalidade constitutiva do homem enquanto corpo, sentimento e racionalidade. E a sua totalidade somente pode ser apreendida sob a égide de uma abordagem interdisciplinar.

Quanto ao núcleo ‘mudanças psíquicas’ que influenciaram a qualidade de vida, podemos destacar algumas referências quanto à superação de estados de ansiedade, solidão, estresse e síndrome do pânico, após a participação frequente no grupo de idosos:

Melhorou minha autoestima, conheci amigos e aprendi muito com eles e com os profissionais de saúde. Agradeço muito por isso (Safo).

Meu sistema nervoso está melhor, me distraio, esqueço os problemas e volto para casa mais leve. Eu estava numa situação que não pensava nem em viver



e hoje estou bem melhor. Vir para cá me faz bem. Até minha depressão acabou (Diótima).

Me libertei de tomar rivotril e participar do grupo me ajudou. (Hipásia).

Para Leite et al (2007), a participação dos idosos em grupos de convivência, favorece a maior ocorrência de encontros afetivos ampliando a possibilidade de o idoso continuar exercendo mantendo sua capacidade funcional. Além de que, os grupos possibilitam o compartilhamento alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, ajudando no suporte emocional.

O grupo funciona como alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento, gerando a melhoria da qualidade de vida. Significa a possibilidade de conhecer novas pessoas, construir amizades, viajar, fazer exercícios físicos, divertir-se, entre outras razões, mudanças que acontecem na vida de idosos e que os induzem a continuar participando do grupo, bem como estimulam outras pessoas para que frequentem. (BENEDITT; MAZO; BORGES, 2012).

O envolvimento grupal é fator psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, resgatando a autoestima, sentem-se mais úteis e veem que a vida tem sentido. O vínculo criado é ingrediente fundamental na relação dos idosos que frequentam o mesmo grupo (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

As atividades desenvolvidas pelos grupos melhoram a qualidade de vida nos aspectos referentes à saúde física e mental, aumentam o período de vida ativa e previnem as perdas funcionais. As pessoas de mais idade podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras de seu valor, reconhecendo-se como participante da vida atual do grupo e do mundo, por meio da memória compartilhada. (SAULO et al., 2013).

Segundo Almeida (2011), os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir mais autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social.

Eu era presa em casa, agora saio para as reuniões e quando chego aqui me sinto feliz (Maronéia).


Não saia de casa pois tinha medo. Agora eu saio, estou me sentindo mais corajosa (Heloísa).

Eu ficava muito em casa, parada com minhas doenças. Esqueço meus problemas quando venho para reunião (Diótima).

Para os idosos, fazer parte de um grupo é uma conquista, uma forma de romper com o cotidiano das tarefas do lar, e das obrigações com os filhos e netos, momento em que eles adquirem conhecimentos e desfrutam da sensação de maior liberdade durante essa fase da vida. Os grupos podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia, na resiliência e diminuindo a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas criam-se vínculos que possibilitam a inclusão social (GARCIA et al., 2006).

O estímulo à capacidade de resiliência das pessoas para responderem de forma positiva às demandas concretas do dia a dia, apesar das complicações que enfrentam ao longo de suas vidas, conforme Flores et al. (2011) indicam, pode ser uma possibilidade valiosa de trabalhar a promoção da saúde mediante o desenvolvimento das potencialidades das pessoas, visto que, incorporar os aspectos dessa resiliência na prática profissional supõe minimizar as expectativas de continuidade de problemas e potencializar a capacidade de superação de situações adversas.

Andrade et al (2014), analisando a percepção de idosos sobre grupos de convivência, constatam que para eles a participação nos grupos representa um retorno ao convívio social, as atividades de lazer, impulsionando a sensação de liberdade e a vontade de viver e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida. A concepção de mudanças nesse sentido foi evidenciada:



Mudou minha vida. Gravo na minha mente o que aprendo aqui. Me sinto feliz. Quando chego aqui, meu coração se derrete (Safo).

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

Eu era muito tímida, agora estou falando mais, pois já conheço o grupo. E volto para casa com alívio no meu coração (Hildegarda).

Participar no grupo me ajudou muito a vencer a tristeza, a não pensar em besteira, porque se você tem tristeza, você não tem saúde (Epícuru).

A educação se faz no cotidiano, através de uma reciprocidade educativa ligada ao sistema da dádiva, onde as ações de dar, receber e retribuir se fazem mais presentes do que nunca. Consiste no processo, não só de promoção da interação social e da socialização, mas também de constituição do sentido de história, de vinculação no tempo e no espaço, de mediação entre gerações (ROCHA, 2011).

Nas oportunidades de encontro, o estar às voltas com os outros é o que define o conversar que, por sua vez, é o que permite seguir na produção social do conhecimento fazendo, desfazendo e refazendo relações com as pessoas. Conversar é ao mesmo tempo situar e transitar entre aproximações sensíveis e distanciamentos necessários para construir múltiplas

perspectivas de interações entre diferentes práticas de conhecimento, pois devemos conversar com aqueles com os quais nos entendemos (PIMENTEL, 2014).

Foi muito evidenciado nos discursos: o reconhecimento da importância da participação no grupo, e os reflexos projetados na vida de cada um; o aprendizado nas ações educativas; as trocas de conhecimento e experiências e as reciprocidades, cada vez mais presentes, construindo laços afetivos e gerando uma rede de apoio por parte de todos; A vocalização e a expressão de sentimentos de gratidão.

Tais manifestações levam a reflexão sobre as relações no grupo como dádivas, enquanto sistema de relações simbólicas promovendo a aliança, pela tríplice obrigação e liberdade de dar, receber e retribuir, entre outros, reconhecimento e vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos reconheceram a importância da participação no grupo e a relevância das reflexões projetadas na vida de cada um. O aprendizado em atividades educativas, o intercâmbio de saberes/vivências e a reciprocidade presente no grupo vivo construíram vínculo, gerando redes de apoio e mostrando mudanças na qualidade de vida dos participantes.

Tais aspectos reverberam as relações no grupo como um constante movimento de trocas de dons/dádivas enquanto sistema simbólico de relacionamento promovendo a aliança, a tripla obrigação/liberdade de doação, recebimento e retorno, reconhecimento e gratidão, entre outros.

Este estudo proporcionou uma oportunidade para uma melhor compreensão da importância da escuta dos idosos sobre o cotidiano de suas vidas, sobre as relações de cada um com o processo de envelhecimento e sobre as experiências que contribuem para mudanças na qualidade de vida, a partir da agregação de conhecimento e experiência, fortalecendo a reciprocidade e os dons.

Como também possibilitou uma maior visibilidade da experiência em curso no território do SUS, reafirmando o êxito de modos de produzir cuidado incluindo encontros de trabalhadores e usuários com circulação de bens, materiais e simbólicos, a partir dos quais se reforçam os vínculos e se torna possível a ação coletiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edelves Alves; MADEIRA, Gleison Dias; ARANTES, Paula Maria Machado et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam

de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 435-443, Dec. 2010.

ALMEIDA, Naomar. *O que é saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento; NASCIMENTO, Maria Mônica Paulino; OLIVEIRA, Marina Maria Duarte et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, Mar. 2014.

ASSIS, M.; PACHECO, L.C.; MENEZES, I. S. Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos Envelhecimento*. v. 4, n. 7, p. 53-73. 2002.

BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, São Paulo: v. 35, n. 4, p. 438-442. 2011.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, Aug. 2012.

BERTHERAT, T Therese; BERNSTEIN, Carol. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. 19.ed. São Paulo, 2001.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo; BARROS, Angela Maria Abreu. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambient. soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, 2014.

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out., 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso*. – Brasília, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.232-240, 2008.

CORDEIRO, Juliana; DEL CASTILLO, Bruna Lencina; FREITAS, Caroline Silva et. al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

FLORENCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SÁ Lenilde Duarte. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciênc. cuid. saúde*; v. 10, v. 3, pg. 533-540, 2011.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silvério et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. [Internet]. Rio de Janeiro: *Censo Demográfico*; c2010 [citado 2018 Jun 15]. Disponível em: censo2010.ibge.gov.br/

LEITE, Marinês Tambara; MOURA, Cristiano; BERLEZI, Evelise Moraes. Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV AIDS na opinião de Idosos que participam de Grupos de Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v.10, n.3, p.339-54, 2007.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa; GOMES, Sónia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Rev Bras Enferm.* V. 67, n. 6, p. 913-9, nov./dez. 2014.

LOPES, Adriana Santos; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MELO, Ricardo Henrique Vieira; FRANCA, Raiane Caroline da Silva. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. (83) 3322.3222
www.cieh.com.br

MARTINS, P. H. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: PUTTINI, R. F.; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.). *Aventuras antropológicas no campo da saúde*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013. p. 87-118.

MARTINS, Paulo Henrique; CATTANI, Antonio David. Sociologia da Dádiva. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 36, p. 14-21, mai/ago. 2014.

MATURANA Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG; 1998.

MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

_____. *Ensaio sobre a dádiva*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MELO, Denise Mendonça; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, Dec. 2015.

MELO, Eduardo; MATTOS, Rubens. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. *Atenção Primária de Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.95-116.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; ANDRADE., Ana Lúcia da Silva. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [on line] 2016, 19 (Jul-Set). Acesso em: 20 de abril de 2019]. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>>_ISSN 1809-9823.

MORIN, Edgar; CYRULNIK, Boris. *Diálogo sobre a natureza humana*. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.

MOTTA, Luciana Branco; AGUIAR, Adriana Cavalcanti; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 779-786, 2011.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, 2010, v. 44, n.3, p. 774-81.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

PARADELLA, Rodrigo. PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE notícias. Editoria: Estatísticas Sociais. 26/04/2018. Acesso em 20 de abril de 2019; disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PIMENTEL, Álamo. A atitude etnográfica na sala de aula: descolonizando os processos de ensino. *REALIS*, v.4, n. 02, p. 49-71, 2014.

ROCHA, Gilmar. *Mauss e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

RODRIGUES, Marcia Renata; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.343-360, 2015.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Natal: 2018-2021. Natal: Prefeitura Municipal de Natal, 2018.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-138, 2008.

_____. Teoria da reciprocidade e sócio-anthropologia do desenvolvimento. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 24-51, 2011.

ROCHA, Saulo Vasconcelos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães; ARAÚJO, Tânia Maria et al. Fatores Associados à Atividade Física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev. Bras Med Esporte*, v.19, n.3, p.191-5. 2013.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

TAVARES, Bianca Boscarino; MORAES, Helena; DESLANDES, Andrea Camaz et al. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet], 2014 [citado 2018 Jun 25], v.36, n.3, [about 5 p.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v36n3/2237-6089-trends-36-03-00134.pdf>

VILAR, Rosana Lúcia Alves. *Humanização na Estratégia Saúde da Família*. São Caetano do Sul, SP: Ed. Yendis; 2014.

ⁱ Parte de uma Dissertação de Mestrado.

