

Promoção à saúde e prevenção de doenças na perspectiva do envelhecimento ativo
Health promotion and disease prevention from the perspective of active aging
Promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva del
envejecimiento activo

Recebido: 11/11/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceito: 25/11/2020 | Publicado: 29/11/2020

Victorya dos Santos Varela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1766-0446>

Prefeitura Municipal do Rio Grande, Brasil

E-mail: vickysvarela@gmail.com

Julia Moraes Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7527-6584>

Prefeitura Municipal de Dom Feliciano, Brasil

E-mail: juliamoraesmendes@yahoo.com.br

Daiane Porto Gautério Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1125-4693>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: daianeporto@furg.br

Diéssica Roggia Piexak

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3374-7843>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: diessicap@yahoo.com.br

Karoline do Pinho Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6641-2249>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: martinskaroline2@gmail.com

Eliel de Oliveira Bandeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1038-1612>

Prefeitura Municipal de Rio Grande, Brasil

E-mail: bandeira.eliel@hotmail.com

Resumo

Objetivos: conhecer a percepção dos participantes de um grupo de promoção da saúde e prevenção de doenças sobre as contribuições das atividades realizadas para a adesão ao tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e para melhoria ou manutenção da condição de saúde e identificar se os participantes relacionam as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, com a busca por um envelhecimento ativo. Metodologia: estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 15 pessoas que frequentavam o grupo Vida e Saúde da Unidade Estratégia de Saúde da Família de um município do sul do Brasil, no período de fevereiro a março de 2019. A coleta de dados foi por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e gravadas. Para a análise dos dados utilizou-se a análise temática. Resultados: apresentados nas seguintes categorias Estímulo a incorporação diária de hábitos saudáveis na rotina; Controle da dor; O grupo como local de acolhimento; O grupo como um meio de acesso à informação e de interação social. As atividades realizadas no grupo Vida e Saúde são percebidas pelos participantes como positivas e que estimulam um envelhecimento ativo, o autocuidado e a adoção de hábitos saudáveis. Conclusão: foi possível identificar a importância do grupo e da abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as ações de educação em saúde e as atividades desenvolvidas para esses participantes, mesmo com a não habitual utilização dos termos “doença crônica” e “práticas integrativas e complementares” pelos participantes.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável; Estratégia saúde da família; Doença crônica; Promoção da saúde; Prevenção de doenças.

Abstract

Objectives: to know the perception of the participants of a health promotion and disease prevention group on the contributions of the activities carried out to adhere to the treatment of Chronic Noncommunicable Diseases and to improve or maintain the health condition and identify whether the participants relate health promotion and disease prevention activities to the search for active aging. Methodology: descriptive exploratory study, with a qualitative approach, realized with 15 people who attended the Vida e Saúde, group of the Family Health Strategy Unit of a municipality in the south of Brazil, from February to March 2019. The collection of data was through semi-structured and recorded individual interviews. Thematic Analysis was used for data analysis. Results: presented in the following categories Encouraging the incorporation of healthy habits into the daily routine; Pain control; The group as a welcoming place; The group as a means of access to information and social interaction. The

activities carried out in the Vida e Saúde group are perceived by the participants as positive and that encourage active aging, self-care and the adoption of healthy habits. Conclusion: it was possible to identify the importance of the group and the approach of Chronic Noncommunicable Diseases, health education actions and activities developed for these participants, even with the unusual use of the terms “chronic disease” and “integrative and complementary practices” by participants.

Keywords: Healthy aging; Family health strategy; Chronic disease; Health promotion; Disease prevention.

Resumen

Objetivos: conocer la percepción de los participantes de un grupo de promoción de la salud y prevención de enfermedades sobre los aportes de las actividades realizadas para adhesión al tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y mejorar o mantener el estado de salud e identificar si los participantes relacionan las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades con la búsqueda del envejecimiento activo. Metodología: estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 15 personas que asistieron al grupo Vida y Salud de la Unidad de Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del sur de Brasil, de febrero a marzo de 2019. La colección de datos fue a través de entrevistas individuales semiestructuradas y grabadas. Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis Temático. Resultados: presentado en las siguientes categorías Fomentar la incorporación de hábitos saludables a la rutina diaria; Control de dolor; El grupo como lugar acogedor; El grupo como medio de acceso a la información e interacción social. Las actividades realizadas en el grupo Vida y Salud son percibidas por los participantes como positivas y que fomentan el envejecimiento activo, el autocuidado y la adopción de hábitos saludables. Conclusión: Se pudo identificar la importancia del grupo y el abordaje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, acciones y actividades de educación en salud desarrolladas para estos participantes, aun con el uso inusual de los términos “enfermedad crónica” y “prácticas integradoras y complementarias” por los participantes.

Palabras clave: Envejecimiento saludable; Estrategia de salud familiar; Enfermedad crónica; Promoción de la salud; Prevención de enfermedades.

1. Introdução

O Brasil em 2020 apresenta em torno de 14,26% da sua população com 60 anos ou mais de idade. Em 2030, estima-se que a população idosa será em torno de 18,73% da população total. Já para 2040, a expectativa é que existirão mais idosos do que indivíduos com menos de 15 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Com o intuito de expressar o envelhecimento como uma experiência positiva a OMS adotou o termo “envelhecimento ativo”, sendo possível aplicá-lo a indivíduos ou grupos sociais. Ele pode ser definido como o fornecimento de oportunidades para que sejam escolhidos hábitos de vida saudáveis e controle da saúde, favorecendo uma melhor qualidade de vida (Campos, Ferreira, & Vargas, 2015). Nesse processo a educação, a renda, os hábitos alimentares e o estilo de vida são determinantes em potencial para a qualidade de vida e longevidade satisfatória (Melo, Ferreira, Santos, & Lima, 2017;).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos problemas de saúde de maior impacto na atualidade, e podem ser conceituadas como estados permanentes ou de longa permanência que, devido à inexistência de cura, necessitam de acompanhamento multidisciplinar constante. A OMS citou um conjunto de fatores de risco que responde por grande maioria das mortes por DCNT, como tabagismo, consumo alimentar inadequado, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (World Health Organization, 2014 e Aires et al., 2019).

Dados da OMS mostram que 71% das mortes no mundo são causadas por Doenças Não Transmissíveis (DNT) - englobam além das DCNT, os agravos decorrentes de causas externas como os acidentes e os transtornos de natureza mental -, contabilizando aproximadamente 38 milhões de mortes por ano, dentre essas 16 milhões são classificadas como prematuras (pessoas com idade inferior a 70 anos) (WHO, 2018). O mesmo documento cita ainda que 78% das mortes globais por DNT ocorreram em países de baixa e média renda como Mongólia, Mali, Nigéria, Costa do Marfim, Guiana, Serra Leoa, Turcomenistão. Nesse mapa, em 2016, o Brasil, contabilizava 452 mortes por 100.000 habitantes devidos as DNT (WHO, 2016a).

As DCNT correspondem a um grupo de doenças com uma elevada taxa de mortalidade entre a população idosa e por isto todas as práticas para a conservação da saúde mostram-se favoráveis na construção de um envelhecimento saudável (Brasil, 2018). Espera-se, então, a adesão aos tratamentos por parte dos indivíduos com DCNT. Porém características, como alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem ser decorrentes

do processo de envelhecimento, podem influenciar na adesão o que carece de maior atenção ao usuário (Organização Mundial da Saúde, 2015). A adesão pode ser compreendida como o comportamento e atitude de um indivíduo ao seguir orientações sobre sua saúde quanto à medicação, seguimento de dieta, mudanças no estilo de vida, medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde, congruentes com as recomendações de um profissional de saúde (Samuelian, 2015; WHO, 2009).

A adesão ao tratamento é um evento de grande complexidade, pois depende de muitos fatores, como o estado socioeconômico, a renda, a escolaridade, a polifarmácia, o vínculo com os profissionais e o sistema de saúde, crenças e atitudes do paciente (WHO, 2009). Com o intuito de aumentar a adesão aos tratamentos, podem ser instituídas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Estas tornam-se então possibilidades para potencializar a adesão aos tratamentos para as DCNT, trazendo encorajamento e empoderamento na busca, compreensão e uso das informações em saúde (Manafa & Wong, 2012; Taggart et al., 2012).

A Atenção Básica (AB), sobretudo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como prioridade, a promoção da saúde e prevenção das doenças, propondo ações que visem o cuidado integral e equitativo para a manutenção, ampliação e melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2017a). Ainda que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomende que as ações de promoção da saúde sejam adequadas às necessidades do território de atuação de cada unidade, alguns pontos são de relevância para a população como: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2017a).

Contudo, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças muitas vezes se limitam devido à demanda por atendimento clínico, que por vezes frustram os profissionais. Assim faz-se necessário a priorização de espaços para reflexão e educação permanente, estimulando a renovação e melhora no processo de trabalho em saúde (Santili, Tonhom & Marin, 2016). Neste sentido, os profissionais da AB podem utilizar o desenvolvimento de atividades em grupo como prática de promoção da saúde e prevenção das doenças (Menezes & Avelino, 2016).

Deste modo, o estudo torna-se relevante por explicar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a adesão aos tratamentos antes de se chegar aos 60 anos, idade a qual

os indivíduos são considerados idosos. Justificando-se a realização do mesmo em razão do acelerado processo de envelhecimento da população, que apresenta um aumento significativo na carga de DCNT e que precisa ser incentivada ao autocuidado, visando um envelhecimento com autonomia e independência. Promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida é um dos caminhos apontados como resposta para longevidade e envelhecimento (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Como questões de pesquisa têm-se: Qual a percepção de participantes de um grupo de promoção da saúde e prevenção de doenças sobre a contribuição das atividades desenvolvidas para a adesão ao tratamento de DCNT e para a melhoria ou manutenção da condição de saúde? Os participantes relacionam a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças com a busca por um envelhecimento ativo?

Foram objetivos desse estudo: Conhecer a percepção dos participantes de um grupo de promoção da saúde e prevenção de doenças sobre as contribuições das atividades desenvolvidas para a adesão ao tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e para a melhoria ou manutenção da condição de saúde; e, identificar se os participantes relacionam as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças com a busca por um envelhecimento ativo.

2. Metodologia

O presente estudo deriva de um macroprojeto intitulado: “Promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do envelhecimento ativo através de atividades em grupo na Estratégia de Saúde da Família”. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Foi realizado na unidade ESF Bolaxa, no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul. A unidade abrange 853 famílias residentes e cadastradas, totalizando em torno 2500 pessoas. Fazem parte da equipe um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e dois ACS. A unidade conta com a assistência dos profissionais do NASF Litorâneo, o qual é composto por uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social, um psicólogo e uma educadora física.

Na unidade são realizadas atividades em grupo, sendo escolhido o “Vida e Saúde” para o desenvolvimento da pesquisa, devido ao foco no desenvolvimento de atividades físicas, educação em saúde, com abordagem a saúde física, mental e social dos participantes. Cerca de 25 participantes fazem parte e não há uma faixa etária específica, porém, uma grande maioria deles tem idade igual ou superior a 50 anos. As reuniões do grupo acontecem todas as terças e

sextas-feiras pela manhã, iniciando às nove horas e se estendendo, a princípio, até às dez horas, sendo conduzidos por membros do NASF ou da equipe da ESF.

Dos 25 participantes cadastrados no grupo 22 frequentaram o grupo no período da coleta de dados e foram convidados a participar. Desses, seis se recusaram e um foi excluído por apresentar déficits cognitivos que impediram a resposta ao roteiro da entrevista. Participaram do estudo 15 usuários adscritos na ESF do Bolaxa e que participavam do grupo Vida e Saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a março por duas acadêmicas de enfermagem, que foram capacitadas para tal. O grupo se reunia às terças-feiras, a partir das 9h da manhã no salão da Igreja São Francisco de Assis, localizada há aproximadamente 1km da UBSF Bolaxa e conta com infraestrutura e materiais propícios para realização das atividades. Os participantes foram abordados antes da realização do grupo, de forma grupal foi explicado sobre o estudo e a importância do mesmo para a comunidade e para as acadêmicas. Aos que se interessavam em participar foi realizada a abordagem de forma individual após as atividades do grupo, momento em que foram explicados os objetivos, os riscos e benefícios e após, os participantes que aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, todos dados de identificação dos participantes foram omitidos, preservando assim a sua privacidade.

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um roteiro semiestruturado, visando obter a melhor compreensão da realidade relativa ao fenômeno em estudo. Foram gravadas e posteriormente transcritas e tiveram em média 20 minutos, sendo a mais curta de 12 minutos e a mais longa de 30 minutos.

Para Minayo (2013) a entrevista possibilita uma aproximação com a realidade combinando teoria e prática. Assim sendo, o roteiro de entrevista englobou perguntas de caracterização (idade, sexo, escolaridade, renda), DCNT, hábitos alimentares, atividades físicas e comportamentos de saúde, uso de medicamentos e de práticas integrativas e complementares. Foram questionados também sobre a contribuição dos conhecimentos adquiridos no incentivo à adesão ao tratamento para DCNT e na manutenção ou melhoria da saúde, sobre a relação entre as atividades desenvolvidas no grupo e o envelhecimento ativo.

A análise de dados da caracterização dos participantes foi realizada de forma descritiva em relação à: alimentação, hábitos e comportamento de saúde, uso de medicamentos e práticas integrativas e complementares. Já a análise temática foi utilizada para os dados referentes à percepção dos participantes sobre o grupo. Para Bardin (2011) esse tipo de análise é o que melhor se adequa a pesquisa qualitativa. O pesquisador não intervém

nem influencia no conteúdo das respostas. Sendo assim, foi realizada uma pré-análise com leitura flutuante dos dados, o agrupamento das falas e elaboração das unidades de registro; Exploração do material, na qual os dados foram codificados, agrupados por semelhanças e diferenças e organizadas em categorias e o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2013).

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). O projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS/FURG) sob parecer de nº 2.874.515 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética/CAAE nº 94074418.9.0000.5324. Todos os participantes tiveram suas falas identificadas pela letra E seguidas pelo número da entrevista, garantindo assim o seu anonimato.

3. Resultados

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 15 pessoas. A faixa etária variou entre 34 e 68 anos, sendo em sua maioria mulheres, que não trabalhavam, com renda de até três salários mínimos, com mais de oito anos de estudo, que vivem com companheiro/a, utilizam medicação prescrita, praticam atividade física e participam de outro grupo, além do grupo da ESF. A renda salarial média dos participantes foi de 3,5 salários-mínimos.

Dentre as DCNT, apresentadas pelos participantes destaca-se a hipertensão, o câncer, a depressão, a ansiedade, o diabetes mellitus, a aterosclerose e a dislipidemia. A alimentação dos participantes, em sua maioria, é com pouca ingestão de gorduras, óleos e açúcares e controle do consumo de sal. Todos os participantes referiram ingerir água, a quantidade variou de 1.000ml a 4.000ml de água por dia.

O bairro conta ainda com uma atmosfera propícia para realização de atividades para o bem-estar físico e mental. Possui uma academia ao ar livre e com quadra de futebol e basquete, junto à RS 734, uma pista asfaltada que possibilita a utilização segura de bicicletas e a prática de caminhada ou corrida. Possui bastante arborização de vias públicas.

O grupo Vida e Saúde trata-se de um grupo aberto, que não exige frequência e que proporciona aos participantes um espaço de atividades físicas, de saúde mental, propiciando a ampliação da rede social dos participantes, além de constituir uma conexão com a comunidade na qual vivem. Uma característica que chama a atenção dentre os entrevistados é

a busca pela melhor qualidade de vida através da promoção da saúde e prevenção de doenças. Pode-se perceber então uma implantação bem-sucedida da unidade ESF no modelo multidisciplinar de atenção à saúde.

Após a análise dos dados foram identificadas as seguintes categorias: Estímulo a incorporação diária de hábitos saudáveis na rotina; Controle da dor; O grupo como local de acolhimento; O grupo como um meio de acesso à informação e de interação social.

3.2 Estímulo a incorporação diária de hábitos saudáveis na rotina

Os participantes do estudo, relataram que as atividades desenvolvidas no grupo estimulam a incorporação de hábitos saudáveis na sua rotina diária e que esses hábitos auxiliam na adesão ao tratamento para as DCNT, na melhoria e manutenção da condição de saúde e proporcionam um envelhecimento ativo. Essa categoria foi subdividida em: Atividade física; Alimentação e ingestão hídrica; Uso de Práticas Integrativas e Complementares.

3.2.1 Atividade física

Os participantes evidenciaram que a incorporação das atividades desenvolvidas no grupo (alongamento, reeducação postural, caminhada, consciência corporal, pilates) nas suas rotinas diárias levam à melhoria na sua condição física e mental e auxiliam a manter-se ativos.

De vez em quando dá para fazer em casa alguma coisa que a gente faz aqui. Uma hora está fazendo o teu dia a dia, mas uma hora dá uma paradinha e faz um exercício em casa. (E03)

Eu não tinha ânimo para reagir, ficava só sentada vendo televisão, mas depois que eu comecei a vim para cá (grupo) eu já mudei o meu hábito. (E04)

Com as gurias é muita orientação. A questão de a gente aproveitar e fazer os alongamentos de manhã. Porque para mim sempre foi a questão postural, porque eu sou muito alta, então assim, eu melhorei muito a questão postural e a consciência física. Tipo assim, a forma de se levantar de manhã para não forçar a lombar, a coluna. Tudo isso me ajudou bastante. (E05)

3.2.2 Alimentação e ingesta hídrica

Também foi relatado pelos participantes que a incorporação das orientações sobre alimentação recebidas no grupo (diminuição do sal, aumento na ingesta de água, diminuir a utilização de alimentos gordurosos, uso de alimentos integrais e orgânicos) nas suas rotinas diárias favorecem a melhoria das condições crônicas como HAS e DM e também auxiliam na prevenção desses e de outros agravos crônicos.

É, elas conversam, falam, elas sabem qual é o meu problema que é de pressão alta, elas indicam, falam alguma coisa. [...] Pouco sal ou até nem sal, bastante água que eu também sou muito relaxada e não tomo. [...] Sobre alimentação comer sem sal né. Ajudou bastante nos hábitos. (E03)

As meninas da nutrição fizeram oficina de temperos com a gente. Deram dicas. A questão do açúcar, a questão das gorduras. Então foi bem interessante. E faz muita falta. [...] Esses temperinhos pra diminuir o sal... Isso aí eu achei bem interessante. [...] Para a redução do sal usar o limão. (E05)

Eu mudei umas coisas na minha alimentação, cortei o carboidrato. E eu acho que isso está me ajudando, depois que eu comecei a vir para cá eu parei de comer doce também. (E09)

Como pode ser identificado nas falas anteriores, as orientações sobre a alimentação tanto em relação as DCNT, quanto as para a perda de peso e melhora da qualidade de vida foi implementada na rotina diária dos participantes.

3.2.3 Uso de Práticas Complementares e Integrativas

A utilização de Práticas Complementares e Integrativas (PICs) foi mencionada pelos participantes, em especial a utilização de plantas medicinais, a auriculoterapia e o reiki que, quando incluídas em suas rotinas diárias, favorecem a melhoria e manutenção do estado de saúde, além de contribuir no tratamento das condições crônicas em conjunto com a medicina alopática.

E a questão dos chazinhos que eu não sou muito chegada, mas andei tomando e gostando, principalmente chá de alecrim. [...] É no posto. Eu acho que é tudo junto assim. Então, quando eu fiquei sabendo que tinha a auriculoterapia e o reiki ali no posto foi aí que eu solicitei. Porque assim, eu estava com esse problema de falta de apetite, tinha perdido bastante peso e estava muito ansiosa. E essa questão do cigarro, eu estava tentando parar de fumar. Parar ou pelo menos reduzir. (E05)

3.3 Controle da dor

Foi referido pelos participantes que as atividades realizadas no grupo (alongamentos, meditação, relaxamento) proporcionaram o alívio da dor, favorecendo a melhoria da condição de saúde física, mental e psicológica. As dores apresentadas, em sua maioria, tinham relação com o sistema músculo esquelético e o alívio delas torna os participantes mais dispostos para suas demais atividades, como a adesão aos cuidados para suas DCNT e num sentido mais amplo contribuindo para um envelhecimento ativo.

O grupo ajuda, me ajuda bastante quando eu venho aqui, ontem eu estava com dor, e eu estava pensando na hora de chegar aqui. (E08)

Os exercícios aqui têm me ajudado muito mesmo. Eu antes de começar estava sempre com dor, daqui a pouco eu ia escovar os dentes de manhã e travava. Agora não tem me acontecido mais isso. (E13)

3.4 O grupo como local de acolhimento

A participação no grupo desperta nos participantes um sentimento de acolhida da unidade de saúde, o que facilita a inserção deles nos serviços e atividades que são ofertados. A participação nas atividades, sejam elas de promoção da saúde quanto de prevenção de doenças, como as de tratamento, de cura ou de reabilitação desenvolvidas na unidade, auxiliam na manutenção da saúde dos participantes e isso, segundo eles, contribui para o envelhecimento ativo.

Quando eu me aposentei e essa amiga me trouxe pra essa atividade então foi maravilhoso, por que eu comecei a ter um sentimento de pertencimento ao bairro e a comunidade em si [...] Se a gente ficar sempre naquele lugar do usuário sem ter um

protagonismo, sem atuar, sem ir lá nos espaços que estão disponíveis pra trazer os teus anseios, os teus desejos, ou até os teus desgostos, tu não tá contribuindo. Porque exatamente, eu acho que a visão da família (ESF) é isso, é a comunidade estar atuando, estar participando do processo. Até por causa dos vínculos. [...] É isso o que eu procuro passar para as pessoas, essa questão de tu ser participativo, não só querer receber, porque tu recebes. (E05)

3.5 O grupo como um meio de acesso à informação e de interação social

Os participantes do estudo referiram que o grupo proporciona a aquisição e troca de informações sobre assuntos diversos como: uso adequado dos medicamentos prescritos, alimentação, utilização de práticas integrativas e complementares, atividades de lazer. Além disso, proporciona a interação entre os participantes e abre horizontes para a criação de uma rede de apoio social o que, segundo eles, auxilia na manutenção da saúde mental.

As relações interpessoais formadas no grupo contribuem para a manutenção da saúde mental e integração na comunidade. Algumas palavras que surgiram por parte dos entrevistados foram: “integração”, “contato”, “amizades”, “interagir”, “aproximação”, “conversa”, “ajudar”. Essa interação social e a possibilidade de acesso a informações relativas à comunidade contribui para melhoria e manutenção do estado de saúde dos participantes. Por conseguinte, acaba favorecendo a adesão ao tratamento para DCNT, e a melhoria e manutenção das condições de saúde e a vivência de um envelhecimento ativo.

A gente conversa com as pessoas [...] traz uma ou outra informação. Traz informação para a gente pelo menos ficar sabendo que existe (E02)

A integração com as pessoas, fazer novas amizades, faz parte, a gente precisa. E como eu sou nova aqui no bairro, vai facilitar bastante a integração... Interagir com outras pessoas.” (E07)

Eu estou fazendo novas amizades, então eu acho que isso é bom eu não converso, não tenho com quem conversar. Em casa eu dou bom dia para mim, boa noite para mim. (E15)

Eu não tomava remédio para a pressão, eu achava que não tinha horário, eu achava que tomando antes de meio dia era certo. Mas não é. É horário tem que ter horário, para ajudar. Porque antes a pressão as vezes estava alta e eu tomava o remédio sempre de manhã cedo e as vezes as 10h me lembrava e tomava, então assim era a noite. Lembrei tomei. Então é isso que eu vejo que ajudou muito. (E10)

Durante o período de coleta foi possível perceber que todos tinham rotinas já desenvolvidas; ao chegarem todos pegavam seus colchonetes, alteres e se posicionavam em um círculo, de modo que todos pudessem se ver. Enquanto aguardavam a chegada de todos os participantes, havia um momento de conversa e informação, o mesmo citado nas entrevistas as quais eram informados de assuntos de interesse da comunidade.

4. Discussão

Os participantes do estudo, relataram que as atividades desenvolvidas no grupo estimulam a incorporação de hábitos saudáveis na sua rotina diária e que esses hábitos auxiliam na adesão ao tratamento para as DCNT, na melhoria e manutenção da condição de saúde e proporcionam um envelhecimento ativo.

Em uma revisão integrativa da literatura se encontrou dimensões biológicas, psicológicas, espirituais e sociais na percepção de idosos sobre envelhecimento ativo. Dentre os aspectos abordados pelos idosos encontram-se a necessidade de adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, como alimentação saudável, não ser tabagista ou etilista, prática de atividades físicas, otimismo e felicidade, fé e espiritualidade, relações sociais com a família, amigos e companheiro, trabalho voluntário (Tavares et al., 2017).

Em relação à adoção da prática regular de exercícios físicos, especialmente para as pessoas idosas, esta pode trazer benefícios à saúde, tanto em aspectos antropométricos, físicos e funcionais, prevenindo inclusive quedas, como psicológicos, ademais, ajuda na prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida (Arkkukangas, et al., 2017).

Estudo que objetivou descrever o perfil dos usuários, as barreiras e os facilitadores para participação em programas para promoção de atividades físicas na atenção básica à saúde, verificou que os principais facilitadores encontrados para realização de exercícios físicos estiveram no domínio intrapessoal, e incluíram melhoria da saúde, promoção do bem-estar físico e psicológico, seguido por facilitadores interpessoais, que incluíram ter companhia para realização de atividade física e recebimento de incentivos por profissionais da saúde

(Silva et al., 2020). Em relação aos facilitadores interpessoais, conforme os relatos dos participantes estão presentes no grupo Vida e Saúde, local de realização do presente estudo, citam ainda que a prática da atividade física não melhora apenas a condição físico-motora e a saúde em geral, como também oportuniza mudanças na vida cotidiana e a busca na melhor qualidade de vida (Azevedo Filho et al., 2019). No presente estudo, pode ser evidenciado pelas falas dos participantes de que a adoção de novos hábitos e realização dos exercícios no domicílio foi incentivada, a partir das atividades realizadas no grupo.

O desenvolvimento de consciência corporal propicia melhora nos aspectos sensitivos, motores, dolorosos e influencia positivamente na autoimagem, desenvolvendo assim uma melhor relação com a sociedade e com suas limitações (Serafini, Vargas, Junior & Tocha). Esse estímulo proporcionado pela realização das atividades físicas contribuirá, em longo prazo para um processo de envelhecer com maior autonomia, independência e bem-estar físico, mental e social.

Também foi relatado pelos participantes que a incorporação das orientações sobre alimentação e ingestão hídrica recebidas no grupo nas suas rotinas diárias favorecem a melhoria das condições crônicas, principalmente HAS e DM.

Dados do Vigitel¹ evidenciaram um aumento de 61,8% do diagnóstico de diabetes mellitus, de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016, sendo que as mulheres são as mais diagnosticadas com essa DCNT; a faixa etária predominante é a de 55 a 64 anos (19,6%) e acima de 65 anos (27,2%); quanto aos anos de estudo, 16,5% possuíam de 0 a 8 anos (Brasil, 2017b). No mesmo relatório, a hipertensão arterial apresentava prevalência na população de 25,7%; novamente as mulheres são as mais diagnosticadas. A quantidade de hipertensos aumenta conforme a idade e é maior entre os indivíduos com menor escolaridade (Brasil, 2017b).

A atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, recomenda que seja mantido um peso saudável, exclusão de gorduras trans, diminuição do consumo de gorduras, incentivo à alimentação saudável, juntamente da orientação sobre a seleção dos alimentos, o modo de preparo, a quantidade e as possíveis substituições alimentares, adaptados à realidade vivida pela pessoa (Faludi et al., 2017).

Em um estudo realizado no Brasil, a alimentação inadequada foi identificada como a principal causa de mortalidade cardiovascular, sendo mencionado ainda que o baixo consumo de gorduras poli-insaturadas (como o azeite de oliva, óleo de milho, óleo de canola, salmão,

¹ Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para as DCNT do Ministério da Saúde, em conjunto com outros inquéritos.

semente de linhaça, abacate e outros alimentos) e alto consumo de gordura saturada (como a gordura de origem animal) estão relacionados com o aumento da mortalidade por cardiopatia isquêmica (Otto et al., 2016).

Em relação a ingestão de água, a quantidade a ser ingerida é variável, pois existe uma série de fatores incluindo atividade física, peso e idade que podem influenciar nessa questão, sendo que, o recomendável de acordo com a Organização Mundial da Saúde é de no mínimo, dois litros de água por dia (WHO, 2016b).

A população de idosos está mais susceptível a desidratação, devido a ocorrência de alterações naturais no balanço hídrico em decorrência do avançar da idade. A desidratação pode causar diminuição da pressão arterial, pulso fraco e mudança no estado mental. Neste sentido, deve-se estimular a ingestão hídrica e enfatizar a importância da hidratação, para que assim se atinja o total de água necessário para uma boa qualidade de vida (Oates & Price, 2017).

Relativo ao consumo de sal, um estudo realizado até o momento em 18 países com adultos de 35 a 70 anos, sem doenças cardiovasculares encontrou uma associação entre a ingestão de sal e o aumento da pressão arterial sistólica, sendo esta associação forte em comunidades que consumiam uma alta quantidade de sal (>5g/dia), a relação não foi encontrada em comunidades com menor consumo de sal (Mente et al., 2018). Sendo assim, a recomendação do uso de sal deve ser inferior a uma colher e meia de chá (cada colher corresponde a 3,5g).

A utilização de PICs foi mencionada pelos participantes. Elas foram aprovadas a partir da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que abrangem a fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC), termalismo/crenoterapia e a Medicina Antroposófica. A portaria permitiu a inclusão de práticas terapêuticas derivadas de outros saberes, ampliando assim o cuidado em saúde. A inclusão das PICs na Atenção Básica colabora para um cuidado integral e humanizado (Brasil, 2006). Destaca-se que em 2017 e 2018 houve a ampliação das PICs ofertadas no SUS, totalizando assim 29 PICs que contribuem na prevenção de agravos e na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

De acordo com o glossário temático do Ministério da Saúde (MS), a fitoterapia, como terapêutica, caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A auriculoterapia ou acupuntura auricular, trata-se de uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos

localizados na orelha por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, preparadas para esse fim. E o reiki, é uma prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental (Brasil, 2018).

Em um estudo realizado em uma ESF rural no Rio Grande do Sul, identificou-se que a utilização dos chás é principalmente em sintomas de gripes, resfriados e problemas de estômagos e grande parte aprendeu com seus pais e avós sobre a utilização dos chás (Silva & Fischborn, 2016). Neste estudo a maioria dos participantes que relataram utilizar a fitoterapia referiram ter aprendido com mãe e avós, corroborando com o encontrado no estudo anterior.

Embora o MS não recomende o uso da auriculoterapia como primeira escolha para a cessação do tabagismo, em Florianópolis os centros de saúde utilizam auriculoterapia, automassagem e acupuntura como recurso auxiliar no tratamento, e com a inserção da prática na APS, houve um aumento do acesso aos grupos de cessação do uso do tabaco e redução na utilização de medicamentos, além da percebida satisfação dos usuários com o atendimento e qualidade dos serviços ofertados (Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, 2016).

Estudo realizado com a aplicação de reiki em usuários com hipertensão arterial demonstrou que a prática estimula a liberação de toxinas como por exemplo as depositadas nos pulmões, por fumantes. Houve a indicação do reiki para a participante do estudo com o intuito de colaborar positivamente na cessação do tabagismo (Federizzi, et al., 2017).

A utilização das PICs promove uma visão ampliada do processo de saúde e doença, viabilizando assim uma visão integral do usuário. As PICs também trazem benefícios como a melhora da autoestima, o alívio da dor, proporcionam o convívio social, aumentam a disposição, fortalecem o sistema ósseo e muscular e pode auxiliar na redução do uso de medicações (Mendes et al., 2019). Portanto as PICs proporcionam uma melhora e manutenção do estado de saúde e na qualidade de vida, contribuindo assim para um envelhecimento saudável e ativo.

Foi referido pelos participantes que as atividades realizadas no grupo proporcionaram o alívio da dor tornando os participantes mais dispostos para suas demais atividades, como a adesão aos cuidados para suas DCNT e num sentido mais amplo contribuindo para um envelhecimento ativo.

Pesquisa com idosos sobre os benefícios da realização de atividades físicas na ESF, encontrou evidências de que as atividades realizadas no grupo promoviam a autonomia, aumento da capacidade motora e prevenção do isolamento social, trazendo assim benefícios físicos, mentais e sociais na vida dos participantes, culminando na diminuição das dores

musculares e ósseas (Camboin et al., 2017). Resultado similar ao encontrado no atual estudo onde as atividades físicas promoveram uma melhor capacidade física e, por conseguinte, melhora das dores apresentadas anteriormente. Por serem, em sua maioria, adultos com idade inferior a 60 anos e que trabalham, acabam por não dispor de um momento de relaxamento na sua rotina, a proposta de realização do relaxamento no grupo também vem com a ideia de diminuição do estresse e colabora para diminuição da dor.

As técnicas de relaxamento são utilizadas, muitas vezes, em pacientes oncológicos, auxiliando não somente na melhora dos sintomas da dor, como promovendo o controle da ansiedade, diminuição do estresse, diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial e melhora da qualidade do sono (Arás et al., 2018). Salienta-se que essas técnicas são intervenções mente-corpo, que promovem uma sensação de calma e bem-estar devido a estimulação do sistema parassimpático (Papathanassoglou et al., 2018).

A participação no grupo desperta nos participantes um sentimento de acolhida da unidade de saúde, o que facilita a inserção deles nos serviços e atividades que são ofertados o que pode auxiliar na manutenção da saúde dos participantes e isso, segundo eles, contribuir para o envelhecimento ativo.

Estudo que acompanhou e avaliou o grau de satisfação dos usuários em relação ao acesso e ao acolhimento oferecidos pela ESF de uma capital do Nordeste brasileiro encontrou resultados semelhantes ao do presente estudo, onde o ambiente de acolhimento simbolizava para os usuários, em especial aos idosos, um local em que tristezas e angustias pudessem ser verbalizadas. Muitos chegavam no momento do acolhimento com uma queixa e por trás dela, estava presente o desejo de ser ouvido pelo profissional (Lira et al., 2018).

Outra questão relevante é que o trabalho em grupo promove habilidades de interação social, cognitivas e de suporte emocional, bem como melhora da energia, autoestima e autopercepção da mente ativa. Resultando em contribuições significativas para o cuidado em saúde ao ser apontado aspectos positivos relacionados as atividades grupais, as quais contribuíram para condições de saúde e autocuidado de idosos (Martins et al., 2019).

A participação dos indivíduos e dos grupos na região adstrita é necessária na tomada de decisões com relação a gestão do cuidado como forma de incentivar a participação como sujeito ativo de sua saúde. Desta forma, podemos perceber que os entrevistados entendem a importância de serem ativos em suas comunidades, porém, cada vez mais é necessário que as equipes das ESF promovam práticas educativas para instigar o protagonismo da população atendida, possibilitando que estes participem das decisões que irão interferir em suas vidas (Cruz et al., 2016).

Os participantes do estudo referiram que o grupo proporciona a aquisição e troca de informações sobre assuntos diversos como: uso adequado dos medicamentos prescritos, alimentação, utilização de práticas integrativas e complementares, atividades de lazer. Além disso, proporciona a interação entre os participantes e abre horizontes para a criação de uma rede de apoio social o que, segundo eles, auxilia na manutenção da saúde mental. Por conseguinte, acaba favorecendo a adesão ao tratamento para DCNT, e a melhoria e manutenção das condições de saúde e a vivência de um envelhecimento ativo.

Quanto à utilização correta das medicações, em relato de experiência com pessoas com DCNT em uma ESF, identificou-se que muitos usuários não utilizavam corretamente as medicações, paravam o tratamento, utilizavam doses acima do prescrito, como forma de compensação dos excessos alimentares, prescrições vencidas há mais de um ano, entre outras relacionadas à adesão ao tratamento. Sendo assim, foi proposta uma intervenção de enfermagem com foco na educação em saúde, semelhante ao relatado em uma das falas, quando o tema do uso de medicações foi abordado, em especial quanto à frequência e importância do uso em horário regular, para manter assim os níveis plasmáticos da medicação, permitindo que a medicação fizesse seu efeito e trouxesse um melhor bem estar ao entrevistado (Mafra et al., 2018).

Pesquisa sobre a percepção dos usuários participantes de um grupo do NASF, revelou uma busca pela melhoria da saúde e convívio social (Fernandes et al., 2019), sendo este resultado compatível com o encontrado pela atual pesquisa e corroborado pelas falas dos entrevistados, que enfatizam o contato com pessoas da comunidade e tornando-se, desta maneira, mais ativos mental e fisicamente. As autoras também trazem o dado de que o baixo nível de escolaridade é predominante nos usuários do SUS (Fernandes et al., 2019), o que não foi o encontrado nos participantes deste grupo, visto que 11 dos 15 entrevistados possuíam pelo menos 8 anos de estudo.

Em uma revisão de literatura que objetivou identificar e analisar experiências de promoção e educação em saúde com foco no processo de envelhecimento, encontrou que após as intervenções de educação em saúde os usuários apresentavam maior conhecimento sobre as suas patologias, melhora nos aspectos psicossociais e em relação ao processo de envelhecimento bem como, promoveu a adoção de hábitos mais saudáveis de vida. A educação em saúde é uma importante ferramenta para tornar o usuário protagonista do seu processo de saúde (Lima et al., 2016).

Os espaços de convivência são locais propícios para troca de informações, contatos informais, visando aproximar as pessoas, integrando e proporcionando uma construção

coletiva do espaço no qual vivem, além de prover um ambiente de socialização. Moura & Veras (2017, p. 32-33), em seu estudo sobre o acompanhamento do envelhecimento humano, citam que “cada vez se vive mais e cresce também toda a tecnologia de cuidado [...] É necessário multiplicar e valorizar os espaços de convivência. As soluções são individuais, singulares, mas também coletivas”.

5. Considerações finais

As atividades realizadas no grupo Vida e Saúde são percebidas pelos participantes como positivas e estimulam o envelhecimento ativo, o autocuidado e adoção de hábitos saudáveis. Foi possível identificar a importância do grupo e da abordagem das DCNT, as ações de educação em saúde e as atividades desenvolvidas para esses participantes, mesmo com a não habitual utilização dos termos “doença crônica” e “práticas integrativas e complementares” pelos participantes.

Como limitações do estudo cita-se o horário de realização da coleta dos dados, visto que as atividades do grupo terminavam aproximadamente onze horas da manhã e muitos tinham o compromisso de fazer o almoço para os demais familiares, outros tinham horário diminuído por trabalhar à tarde. Isso levou alguns participantes a recusarem-se a participar do estudo.

Tendo em vista a evidente mudança da pirâmide etária, se faz necessário a adoção de práticas para promover um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade. Os estudos em sua maioria trabalham sobre envelhecimento diretamente com os idosos, deixando uma lacuna no período em que estamos envelhecendo e que precisamos de atenção em saúde para a melhoria, manutenção e promoção da saúde, assim como prevenção de doenças. É preciso destacar que se está envelhecendo e que as atitudes de hoje serão determinantes para uma melhor qualidade de vida.

Referências

Aires, I. O., Sousa, L. L. C. de, Sousa, D. J. M. de, Araújo, D. S. C. de, Oliveira, I. K. F., & Alencar, M. do S. S. (2019). Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. *Research, Society and Development*, 8(11), e098111437. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i11.1437>

Arás, P. B., Alonso, C. B., Paz, M. Z., Palacios, D. C., Sarabia, C. M. C., Herrero, M. M., Boixadera, E. P. & Fernández, C. D. L. P. (2018). Does Jacobson's relaxation technique reduce consumption of psychotropic and analgesic drugs in cancer patients? A multicenter pre-post intervention study. *BMC Complement Med Ther*, 18 (1), 1-15. doi: 10.1186/s12906-018-2200-2.

Arkkukangas, M., Sundler, A. J., Söderlund, A., Eriksson, S. & Johansson, A.C. (2017). Older persons' experiences of a home-based exercise program with behavioral change support. *Physiother. Theory Pract*, 33 (12), 005-913. doi: 10.1080/09593985.2017.1359869.

Azevedo Filho, E. R., Chariglione, I. P. F. S., Silva, J. T. C., Vale, A. M. S., Araújo, E. K. H. S. & Santos, M. F. R. (2019). Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*. 41(2), 142-149. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.010>.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 229.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

Brasil (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 0 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, DF. Recuperado de http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Ações do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011 a 2022, Balanço de 2015*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/13/Acoes-dos-eixos-do-Plano-DCNT.pdf>.

Brasil (2017a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado

de [http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete -do- -ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017).

Brasil (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, DF. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>.

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>.

Camboim, F.E. F., Nóbrega, M. O., Davim, R. M. B., Camboim, J. C. A., Nunes, R. M. V. & Oliveira, S. X. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Rev Enferm UFPE online*. 11(6), 2415-2422. doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201721.

Campos, A. C. V., Ferreira, E. F. & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, 20 (7), 2221-2237. doi: 10.1590/1413-81232015207.14072014.

Cruz, C. T., Stübe, M., Martins, M., Prass, P. B. B., Boff, E. T. & Stumm, E. M. F. (2016). Users' concepts of a family health strategy related to education and health promotion. *Rev Enferm UFPE online*. 10(1), 304-308. doi: 10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201615.

Faludi, A. A., et al. (2017). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol*, 109 (2). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n2s1/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.pdf>.

Federizzi, D. S., Freitag, V. L., Petroni, S., Cosentino, S. F. & Dalmolin, I. S. (2017). Efeitos da aplicação de reiki no cuidado ao usuário com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Enf Atual*, 83. Recuperado de <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/279/171>.

Fernandes, E. T. P., Souza, M. N. L. & Rodrigues, S. M. (2019). Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Rev Saúde Col*. 29(1), e290115, 1-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.

Lira, L. B. S., Santos, D. S., Neves, S. J. F., Nagliate, P. C., Lira, L. B. S., Pereira, E. A. T. & Cavalcante, M. V. (2018). Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. *Rev Enferm UFPE online*. 12 (9), 2334-2340. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234878p2334-2340-2018>.

Lima, K. C., Caldas, C. P., Vetas, R. P., Correa, R. F., Bonfada, D., Souza, D. B. & Jerez-Roig, J. (2016). Health Promotion and Education. *Int J Health Serv*. 47(3), 550-570. doi: 10.1177/0020731416660965.

Manafa, E. & Wong, S. (2012). Exploring older adults' health information seeking behaviors. *J Nutr Educ Behav*. 44 (1), 85-89. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.05.018>.

Mafra, L. R., Birolo, I. V. B., Tomasi, C. D., Ceretta, L. B., Soratto, J. & Losso, A. R. S. (2017). Prática assistencial de enfermagem para portadores de doenças crônicas não transmissíveis em uma estratégia de saúde da família de criciúma – sc: um relato de experiência. *Inova Saude*. 6(2), 1-3. Recuperado de: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/4216/3926>.

Martins, F. T. M., Camargo, F. C., Marques, A. L. N., Guimarães, H. P. N., Felipe, L. R. R., Marques, M. M. & Santos, S. A. (2019). Vivências socioeducativas para promoção da saúde

em idosos: avaliando a intervenção. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 7 (2), 175-185. doi: 10.18554/refacs.v7i2.2676.

Melo, L. A., Ferreira, L. M. B. M., Santos, M. M. & Lima, K. C. (2017). Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 20 (4), 493-501. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>.

Mente A. et al. (2018). Urinary sodium excretion, blood pressure, cardiovascular disease, and mortality: a community-level prospective epidemiological cohort study. *Lancet.* 392, 496–506. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31376-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31376-X).

Mendes, D. S., Moraes, F. S., Lima, G. O., Silva, P. R., Cunha, T. A., Crossetti, M. G. O. & Riegel, F. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 4 (1), 302-318. doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103452>.

Menezes, K. K. P. & Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, 24 (1), 124-130. doi: 10.1590/1414-462X201600010162.

Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Maria Cecília de Souza Minayo. (13a ed.), São Paulo: Hucitec.

Moura, M. M. D., & Veras, R. P. (2017). Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis.* 27(1), 19-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100002>.

Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. (2016). *Segunda Opinião Formativa*. Apoio ao tratamento. A acupuntura pode ser usada no tratamento do tabagista? Recuperado de <https://aps.bvs.br/aps/a-acupuntura-pode-ser-usada-no-tratamento-do-tabagista/>.

Oates, L. L., & Price, C. I. (2017). Clinical assessments and care interventions to promote oral hydration amongst older patients: a narrative systematic review. *BMC Nursing*, 16 (1), 1-15. Recuperado de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0195-x>.

Otto, M. C. O., et al. (2016). The Impact of Dietary and Metabolic Risk Factors on Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes Mortality in Brazil. *PLoS ONE*, 11 (3). doi: 10.1371/journal.pone.0151503.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.

Papathanassoglou, E. D. E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L & Kyprianou, T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: a pilot clinical trial. *AJCC*, 27 (3), 172-185. doi: 10.4037/ajcc2018271.

Samuelian, A. L. R. (2015). *Dores crônicas: como melhorar a adesão ao tratamento* (1 ed.). São Paulo: Ed. do autor.

Santili, P. G. J., Tonhom, S. F. R. & Marin, M. J. S. (2016). Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*, 29. Recuperado de <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411/5218>.

Serafini, G., Vargas, I. Q., Junior, L. Y. & Tocha, C.P. (2014). Avaliação da imagem corporal em praticantes do método pilates. *RBAFS*. 3(1), 46-51. Recuperado de <http://www.pilatescontemporaneo.com/wp-content/uploads/artigos/Pilates-ImagemCorporal.pdf>.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Grupo de trabalho para a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável*. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Lisboa: Governo de Portugal. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/eneas.pdf>.

Silva, C. R. M., Bezerra, J., Soares, F. C., Mota, J., Barros, M. V. G & Tassitano, R. M. (2020). Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de

promoção da atividade física. *Cad. Saúde Pública*. 36(4), 1-12. doi: 10.1590/0102-311X00081019.

Silva, J. P. & Fischborn, A. F. (2016). *Terapia complementar: a utilização de plantas medicinais pela população na atenção básica à saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso. UNISC. Recuperado de <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1355>.

Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., Wilson, E. D & Harris, M. F. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract*. 1 (13), 49. doi: 10.1186/1471-2296-13-49.

Tavares, R. E., Jesus, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantis, F. R & Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 20(6), 889-900. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.

World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Recuperado de: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization. (2016a). *NCD death rate, age standardized (per 100 000 population), 2000-2016: both sexes*. Recuperado de http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/total/atlas.html.

World Health Organization. (2016b). *Regional Office for the Western Pacific*. Be smart drink water: a guide for school principals in restricting the sale and marketing of sugary drinks in and around schools. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208340>.

World Health Organization. (2018). *The top 10 causes of death*. Recuperado de

<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Victorya dos Santos Varela – 20%

Julia Moraes Mendes – 20%

Daiane Porto Gautério Abreu – 20%

Diéssica Roggia Piexak – 20%

Karoline do Pinho Martins – 10%

Eliel de Oliveira Bandeira – 10%