

Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais#

Health and quality of life promotion for old people using bodily practices

Rosé Colom Toldrá*

Renata Guimarães Cordone**

Bruna de Almeida Arruda***

Ana Cristina Fagundes Souto****

159

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo · 2014;38(2):159-168

Resumo

O crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde e ao maior acesso à informação. As práticas corporais são reconhecidas como importante estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças na população idosa. O presente estudo visou a analisar dois grupos de práticas corporais orientados pelo método *Self-healing*, de Meir Schneider, desenvolvidos com pessoas em processo de envelhecimento e idosos. Os grupos ocorreram no período de março a setembro de 2012, com duração de doze encontros, em um serviço universitário. Utilizou-se de questionário semiestruturado e da aplicação do SF-36. Participaram do grupo vinte e cinco pessoas, com o predomínio de mulheres (88%). As idades variaram entre 57 e 76 anos, média de 65,8 anos e escolaridade média de 3,6 anos. A maioria dos participantes realizava em casa as orientações aprendidas no grupo, com benefícios tanto físico, mental como emocional. No SF-36 houve melhora com significância estatística nos escores dos domínios / aspectos físicos, dor e emocionais. Os efeitos na relação mente-corpo foram identificados pelos resultados positivos em todos os domínios do SF-36, e no questionário semiestruturado. Os resultados sugerem que o método é eficaz e traz benefícios para a capacidade funcional e qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chave: Idoso. Corpo Humano. Terapias Mente-Corpo. Qualidade de Vida. Terapia Ocupacional.

Abstract

The increasing of the elderly population is related to better material conditions for survival and progress of health practices. Bodily practices are recognized as an important strategy for health promotion and disease prevention for this population. This study aims to analyze the benefits of participating in groups of bodily practices under the perspective of Meir Schneider's *Self-healing* technique, developed with adults and the elderly. Groups took part from March to September 2012 in twelve meetings, coordinated by the INTEGRA Laboratory of the Occupational Therapy School at the University of São Paulo. A semi-structured questionnaire and the SF-36 were used. There were 25 participants; most of them women (88%), with an average age of 65.8 years (ranging from 57 to 76) and an average of 3.6 years of education. Most participants performed the guidelines taught in the group at home, with referred physical, mental and emotional benefits. There were statistically significant improvements in SF36's physical, emotional and bodily pain domains. The effects on the mind-body relationship were identified by positive results in all domains of the SF-36 and the semi-structured questionnaire. Results indicate that the method used is effective and beneficial for functional capacity and quality of life of this population.

Keywords: Aged. Human Body. Mind-Body Therapies. Quality of Life. Occupational Therapy.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143802159168

Pesquisa financiada pelo CNPq; n. do processo: 557887/2009-7.

* Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: rosetoldra@usp.br

** Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq em 2012.

*** Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq em 2013 e do Programa Ensinar com Pesquisa da USP em 2012.

**** Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O Brasil destaca-se pelo alto índice de crescimento da população acima de 60 anos, sendo os idosos o segmento que mais cresce¹. As projeções para 2050 indicam 19% da população brasileira nesse grupo etário, devido ao principal fenômeno demográfico do século XX, conhecido como envelhecimento populacional, que ocorre em diferentes momentos ao redor do mundo².

Essa transição demográfica também acarreta uma transição epidemiológica, com a predominância das doenças crônicas não transmissíveis e a ampliação da população de idosos³. Esse crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, dos métodos de diagnóstico e tratamento e ao acesso à informação e meios de comunicação.

O envelhecimento, na maioria das vezes, está associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas nos últimos anos de vida, que levam ao declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e a presença de distúrbios patológicos².

Entretanto, estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações podem ser evitáveis no processo de envelhecimento e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável e com maior qualidade¹.

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) tem como objetivos “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”⁴. Na área da saúde, coloca como de sua competência a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, por meio de medidas e programas preventivos e de reabilitação. Na área da justiça é previsto o incentivo e criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade⁴.

A noção de qualidade de vida está relacionada com diversos fatores que abrangem as condições e estilo de vida, bem como se relaciona

ao campo dos direitos humanos e sociais. Assim, para a melhoria na qualidade de vida nessa fase da vida, é essencial que os direitos sejam garantidos. Um dos direitos previstos pela PNSI é a possibilidade do idoso realizar práticas corporais na rede básica de saúde e na comunidade⁴.

O conceito “qualidade de vida” tem sido alvo de pesquisa por muitos autores, bem como o uso de instrumentos padronizados para mensurá-lo. Tal conceito tem caráter subjetivo, ou seja, depende da percepção de cada pessoa sobre o seu estado e envolve diversas dimensões da vida⁵.

Além disso, o conceito de qualidade de vida está relacionado

à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (p. 247)⁶.

No âmbito da velhice a qualidade de vida está relacionada à manutenção da autonomia, a qual pode ser percebida no desempenho das atividades diárias, nos idosos que mantêm sua capacidade funcional⁷.

A qualidade de vida supõe “um elemento básico e interligado com todos os outros, que é a capacidade para realizar movimentos corporais de forma eficiente” (p. 17)⁸. Assim, para o autor, se a capacidade motora estiver limitada a qualidade de vida pode sofrer baixa considerável⁸. Isso justifica a importância de propostas de intervenção que estimulem o uso ativo do corpo, pois é consenso entre os profissionais de saúde que a manutenção de um estilo de vida ativo é um fator determinante para o sucesso do processo de envelhecimento⁹.

Desse modo, avaliar as condições de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticos e sociais⁷. Também é necessário o desenvolvimento de pesquisas e práticas de saúde que se preocupem com a qualidade de vida durante o processo envelhecimento⁹.

Uma forma possível de promover a saúde e a qualidade de vida é a utilização das práticas

corporais em grupo. A modalidade grupal estimula o indivíduo participante a tornar-se o agente da própria mudança, além de propiciar um aprendizado interpessoal a partir do contato com o outro¹⁰.

Os grupos, para o Sistema Único de Saúde, são identificados como uma prática que contribui para a superação do modelo biomédico e uma alternativa prevista pelas políticas públicas para a promoção de saúde¹¹. Por meio da ação grupal é possível o reconhecimento das necessidades subjetivas e coletivas do indivíduo, o que permite a construção do cuidado em saúde.

Com vistas à construção de práticas corporais voltadas à saúde de pessoas em processo de envelhecimento e idosas, utilizou-se, no presente estudo, de estratégia grupal, para fomentar a participação dessas pessoas, e da abordagem do método *Self-healing*, para sensibilizar quanto ao cuidado com o próprio corpo.

Considerações sobre o método *Self-healing*

O método *Self-healing* foi desenvolvido nos anos 70 por Meir Schneider como um conjunto integrado de técnicas corporais, para serem aplicadas na prevenção e reabilitação de uma gama variada de doenças orgânicas, físicas e visuais. A aplicação dessas técnicas estimula e equilibra as funções orgânicas, físicas, psíquicas de modo harmônico, na medida em que possibilita o desenvolvimento de um diálogo entre o corpo, a mente, as emoções e as sensações¹².

É descrito como um método do movimento, tendo em vista que o movimento é considerando algo inerente ao ser humano e fundamental à vida. O movimento envolve a relação corpo-mente, o que propicia o autoconhecimento. Movimentar-se sem sobrecarregar as estruturas do corpo é necessário para a manutenção da capacidade funcional do indivíduo¹³. Assim, o método utiliza-se de movimentos leves, sutis, realizados sem esforço, para promover o relaxamento da musculatura¹².

O movimento realizado de forma consciente requer a atenção direcionada para a região do corpo, articulação ou órgão interno em questão, o que favorece a utilização de todo o grupo muscular de forma mais equilibrada e o despertar da consciência corporal. Com isso, estimula-se a circulação

sanguínea, o alívio de tensões, a percepção do movimento, a diminuição ou até eliminação de padrões que favorecem o aparecimento de sintomas de doenças e agravos à saúde¹³.

A respiração profunda e lenta permite a identificação das necessidades e limites do próprio corpo, considerada pelo método como a chave para a autopercepção. A utilização da respiração consciente associada aos movimentos corporais promove a percepção cinestésica, o que facilita a consciência do movimento¹⁴. A automassagem permite a melhora da transmissão neurológica, aumento da mobilidade articular, bem como o relaxamento e preparação para o movimento. A visualização consiste na imaginação do movimento, da respiração ou do alongamento de partes do corpo antes e durante a ação propriamente dita¹², considerada um ato mental, pois estimula os mesmos circuitos cerebrais usados para o ato físico¹⁵, o que amplifica o efeito das demais técnicas.

Com base nos aspectos acima citados, o presente trabalho se propôs a analisar dois grupos de práticas corporais desenvolvidos com pessoas em processo de envelhecimento e idosas, com o uso do método *Self-healing*, de Meir Schneider (1998), em que se combinaram diferentes técnicas com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida dessa população.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo descritivo que faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada "Envelhecer Mantendo Funções: Idosos do ano de 2020", financiada pelo CNPq, a qual teve como um dos objetivos elaborar propostas de intervenções visando a desenvolver tecnologias para a promoção do envelhecimento saudável. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo sob o n. 1005/10 e colhido o termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes após o aceite.

A seleção dos participantes ocorreu a partir das análises das respostas obtidas, na primeira fase da pesquisa, com base nos dados da aplicação do instrumento Classificação de Idosos quanto à Capacidade de Autocuidado – CICAC¹⁶, o qual estima a prevalência de dificuldades referidas

para atividades cotidianas. Foram contatadas 146 pessoas em processo de envelhecimento e idosas que referiram alguma dificuldade nas atividades cotidianas, para participação do grupo de "Práticas Corporais para a Promoção da Saúde". Foram incluídas no grupo aquelas que referiram alguma dificuldade física e/ou cognitiva para realização de pelo menos uma atividade cotidiana e excluídas as que não referiram dificuldade física e/ou cognitiva nas atividades e as que não se dispuseram a participar do grupo. No total, 47 pessoas ingressaram e constituíram-se dois grupos, com participação de homens e mulheres. Os grupos tiveram duração de doze encontros e de uma hora e meia cada, sendo utilizadas as mesmas estratégias em ambos os grupos.

O primeiro e o último encontro foram destinados principalmente para a aplicação e reaplicação dos instrumentos de coleta de dados. Nos dez encontros intermediários, adotaram-se práticas corporais baseadas no método *Self-healing* intercaladas com trocas entre os participantes. Os momentos iniciais do grupo eram dedicados ao relato das práticas realizadas em casa, discussões sobre organização da rotina e esclarecimentos de dúvidas. Os momentos finais eram destinados à percepção dos efeitos da prática corporal e o compartilhamento da experiência com os demais participantes. As intervenções foram conduzidas por uma terapeuta ocupacional e duas estudantes de graduação e ocorreram no ambulatório de uma universidade pública na cidade de São Paulo, no período de março a setembro de 2012.

Os instrumentos de coleta utilizados foram o questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) traduzido e validado para o Brasil¹⁷ e um questionário semiestruturado inicial e final, os quais foram aplicados na forma de entrevista. O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto de oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental), utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. O questionário inicial estava relacionado à prática e dificuldades nas atividades físicas e cotidianas que exigiam maior capacidade física e o final abordava a frequência e dificuldades na aplicação das orientações, identificação de mudanças corporais e na realização das atividades cotidianas.

Para a análise estatística, efetuou-se a análise descritiva das características sociodemográficas dos participantes e das respostas obtidas nos questionários semiestruturados aplicados antes e após o grupo. Para as variáveis idade e escolaridade, foram feitas estimativas das medidas de tendência central e de dispersão. Para comparar os escores dos oito domínios do instrumento SF-36, empregou-se o teste não paramétrico Wilcoxon para dados pareados e adotou-se para o estudo nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Ingressaram nos grupos 47 pessoas, sendo que 22 foram excluídas da análise por apresentarem frequência insuficiente ou por não terem realizado a avaliação final, totalizando 25 pessoas nos dois grupos, sendo um constituído de 10 mulheres e 1 homem e o outro, de 12 mulheres e 2 homens.

Em relação à caracterização sociodemográfica o predomínio de mulheres foi de 88%. As idades variaram entre 57 e 76 anos, com média de 65,8%. Em relação à escolaridade 56% possuía 4 anos ou mais de escolaridade com média de 3,6 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos

| VARIÁVEIS | n | % |
|----------------------------|--------------|----|
| Sexo | | |
| Feminino | 22 | 88 |
| Masculino | 3 | 12 |
| Idade (anos) | | |
| < 70 | 19 | 76 |
| ≥ 70 | 6 | 24 |
| média (dp) | 65,8 (5,1) | |
| mediana (mín - máx) | 66 (57 - 76) | |
| Escolaridade (anos) | | |
| < 4 | 11 | 44 |
| ≥ 4 | 14 | 56 |
| média (dp) | 3,6 (1,2) | |
| mediana (mín - máx) | 4 (2 - 5) | |

Os participantes dos grupos estavam ativos na comunidade, pois referiram frequentar clubes, casas de parentes, desempenhar atividades instrumentais da vida diária, como ir ao mercado e casas lotéricas e praticar alguma atividade física.

Dos 25 participantes 21 realizavam atividades físicas como: caminhada, natação, ginástica, alongamento, dança, fisioterapia, atletismo, musculação, Tai Chi Chuan, entre outros, e atividades no domicílio como: limpar a piscina e carpir, que envolviam maior força física e variedade de movimentos. Desse, 19 referiram um ou mais benefícios físico, mental e/ou emocional pelas atividades que realizavam. Mais da metade 14 participantes (66,7%) sentiam algum desconforto para realizar atividades físicas e 11 (44%) sentiam dor, decorrente de quadros articulares como: artrose, artrite e cirurgias.

Na avaliação final referente à aplicação das orientações aprendidas nos grupos os resultados apontaram que a maioria dos participantes as praticava em casa. Quanto aos movimentos na posição deitada eram praticados por 20 pessoas (80%), os movimentos na posição sentada por 19 (76%), os movimentos na posição em pé por 17 (68%) e 19 (76%) praticavam técnicas de respiração e automassagem. A frequência da aplicação das orientações pela maioria dos participantes ocorria de uma vez por dia a mais de uma vez por dia (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos participantes dos grupos segundo aplicação das orientações recebidas

| Realização de sequência | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| movimento deitado | | |
| mais de uma vez por dia | 8 | 32 |
| uma vez por dia | 12 | 48 |
| às vezes | 4 | 16 |
| Nunca | 1 | 4 |
| movimento sentado | | |
| mais de uma vez por dia | 9 | 36 |
| uma vez por dia | 10 | 40 |
| às vezes | 3 | 12 |
| Nunca | 3 | 12 |
| movimento em pé | | |
| mais de uma vez por dia | 6 | 24 |
| uma vez por dia | 11 | 44 |
| às vezes | 7 | 28 |
| Nunca | 1 | 4 |
| respiração e massagem | | |
| mais de uma vez por dia | 11 | 44 |
| uma vez por dia | 8 | 32 |
| às vezes | 3 | 12 |
| Nunca | 3 | 12 |

No que se refere às mudanças observadas com o aprendizado obtido no grupo, todos (100%) assinalaram melhora na realização dos movimentos, 19 (76%) alívio dos sintomas de dor e desconforto, 22 (88%) maior disposição física, 23 (92%) maior disposição mental, 17 (68%) melhora do estado emocional, 19 (76%) melhor compreensão sobre as necessidades da fase do envelhecimento e 19 (76%) melhor condição de cuidado com o próprio corpo (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos participantes segundo mudanças com o aprendizado obtido no grupo

| Mudanças com o aprendizado | n | % |
|---|----------|----------|
| Realização dos movimentos | | |
| Melhor | 25 | 100 |
| Igual | 0 | 0 |
| Pior | 0 | 0 |
| Alívio dos sintomas dor / desconforto | | |
| Melhor | 19 | 76 |
| Igual | 5 | 20 |
| Pior | 1 | 4 |
| Disposição física | | |
| Melhor | 22 | 88 |
| Igual | 3 | 12 |
| Pior | 0 | 0 |
| Disposição mental | | |
| Melhor | 23 | 92 |
| Igual | 2 | 8 |
| Pior | 0 | 0 |
| Estado emocional | | |
| Melhor | 17 | 68 |
| Igual | 6 | 24 |
| Pior | 2 | 8 |
| Compreensão das necessidades da fase do envelhecimento | | |
| Melhor | 19 | 76 |
| Igual | 6 | 24 |
| Pior | 0 | 0 |
| Cuidado com o próprio corpo | | |
| Melhor | 19 | 76 |
| Igual | 5 | 20 |
| Pior | 1 | 4 |

Como motivos que dificultavam uma maior dedicação à prática das orientações aprendidas

no grupo foram mencionados falta de tempo (11), hábito (11) e vontade (5).

As mudanças na realização das atividades cotidianas foram percebidas por 16 participantes (64%) devido à diminuição da dor (2), maior disposição no desenvolvimento das atividades (5), mudanças na percepção e no uso das capacidades corporais durante as atividades e necessidades de ajustes posturais (5) e pelo menos dois desses motivos (4). Já 9 participantes (36%)

não identificaram repercussão na realização das atividades.

Comparando as respostas do SF-36, nos dois momentos de avaliação, obteve-se que após o grupo houve melhora com significância estatística no escore dos seguintes domínios: aspectos físicos ($p = 0,042$), dor ($p < 0,001$) e aspectos emocionais ($p = 0,048$), conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4. Estatística descritiva dos escores dos domínios do SF-36 dos participantes, antes e após o grupo

| Domínios | Avaliação Inicial | | Avaliação Final | | Valor de <i>p</i> |
|-----------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|-------------------|
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | |
| Capacidade funcional | 83,4 | 13,6 | 83,6 | 12,5 | 0,946 |
| Aspectos físicos | 72,0 | 40,4 | 91,0 | 23,8 | 0,042 |
| Dor | 52,2 | 23,0 | 70,8 | 19,2 | < 0,001 |
| Estado geral da saúde | 75,4 | 14,2 | 77,8 | 17,1 | 0,256 |
| Vitalidade | 69,8 | 16,2 | 70,6 | 18,1 | 0,957 |
| Aspectos sociais | 71,0 | 25,7 | 81,5 | 23,1 | 0,108 |
| Aspectos emocionais | 62,7 | 43,4 | 80,0 | 36,0 | 0,048 |
| Saúde mental | 73,6 | 19,5 | 76,0 | 17,8 | 0,860 |

DISCUSSÃO

Os grupos foram constituídos majoritariamente por mulheres (88%). Isso pode ser explicado pelo fato de que mulheres idosas, em comparação com homens idosos, têm maior prevalência de incapacidade funcional, devido às diferenças no estilo de vida e nas morbidades associadas¹⁸. Além disso, se verifica um maior padrão de consumo de cuidados de saúde pelas mulheres. A feminilização da população idosa gera transformações sociais e no perfil da saúde, sendo necessárias ações que respondam as suas necessidades, no sentido de contribuir com sua qualidade de vida e de sua atividade social¹⁸. Ao mesmo tempo, verifica-se por parte dos homens uma menor procura de serviços de saúde e desvalorização por ações de autocuidado¹⁹.

Os participantes dos grupos, apesar de apresentarem alguma dificuldade física e/ou cognitiva, estavam ativos na comunidade. Um estudo revelou que a manutenção da capacidade funcional está relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades

agradáveis até idades mais avançadas²⁰. Isso traduz a ideia de uma vida ativa, o que contribui para a manutenção da funcionalidade.

Os grupos constituem-se em uma possibilidade de estimular uma vida associativa mais saudável¹⁹ e servem como um veículo para a educação em saúde, já que propiciam um espaço para a socialização do indivíduo, para o cuidado e o compartilhamento de necessidades de mudanças, o que favorece a compreensão sobre as diversas formas de lidar com o processo de envelhecimento¹⁰.

Nessa experiência as práticas corporais em grupo foram utilizadas para promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. Pode-se identificar um nível significativo de aprendizado e incorporação das práticas na vida cotidiana dos participantes, sendo o grupo utilizado como estratégia pedagógica no sentido da possibilidade de troca, favorecida pela dinâmica grupal adotada, o que amplificou as possibilidades de orientação e aprendizado entre os próprios participantes.

Para apoiar e facilitar o aprendizado e a prática das diferentes técnicas do método, os participantes receberam, no 2º e no 5º encontros, um roteiro com as vivências e orientações aprendidas, para estimular sua realização no domicílio, a participação no grupo e a continuidade após o término do grupo.

Dessa forma os participantes em grupo foram estimulados a realizar as práticas corporais em casa e em outros ambientes, o que pode promover mudanças positivas no estilo de vida¹⁰, bem como a multiplicação da experiência entre familiares e amigos. Assim, partilhar e dividir experiências e pontos de vista em grupo com pessoas na mesma fase da vida promoveu a motivação para vencer os desafios e favorecer o aprendizado das práticas corporais.

O reconhecimento das necessidades do processo de envelhecimento, conforme Tabela 3, torna-se essencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, principalmente nesse caso em que se privilegia o corpo como foco de intervenção. Assim, durante os encontros grupais, o ensino e a prática de técnicas corporais baseadas no método *Self-healing* (movimento, respiração, automassagem) possibilitaram o desenvolvimento da consciência corporal e do autoconhecimento pela identificação do alívio de sintomas e maior disposição física e mental, devido à adoção de cuidados com o próprio corpo nas atividades do cotidiano.

Na experiência grupal partiu-se do princípio que “a pessoa, quando em acompanhamento, aprende a usar e aplicar os recursos aprendidos em seu cotidiano, desenvolvendo a consciência e uma nova reorganização corporal e, conseqüentemente, provocando modificações em como ela vê, sente e vive o corpo” (p. 100)¹³. Nessa perspectiva de promoção da saúde, estimulou-se tornar a pessoa capaz e autônoma para a prática de autocuidado e a melhoria de sua qualidade de vida e saúde, ou seja, servir como um recurso para a vida, como assinalam as políticas de saúde²¹.

Estudos revelam que a prática regular de atividades físicas pode promover não apenas melhoras fisiológicas, mas também influenciar as dimensões psicológicas e sociais da população idosa e em fase de envelhecimento²².

Como resultado dessa proposta obteve-se, na avaliação final, que a maioria dos participantes incorporou na sua rotina diária as práticas aprendidas no grupo (Tabela 2). Aspecto considerado importante para o método, pois, para o reaprendizado do movimento corporal são necessárias várias repetições diárias, de forma que a prática corporal torne-se um componente da rotina do sujeito. Apesar, do reconhecimento por parte de alguns participantes de dificuldades ou desafios enfrentados para o estabelecimento de uma rotina de prática de autocuidado, a grande maioria adotou uma frequência de uma a mais vezes por dia.

Os efeitos na relação mente-corpo puderam ser identificados pelos resultados positivos obtidos nas respostas do questionário final (Tabela 3). Todos os participantes referiram melhora na realização dos movimentos (25), uma melhor disposição física (22), alívio dos sintomas de dor e desconforto no corpo (19) e melhora do estado emocional (17), em decorrência das práticas corporais desenvolvidas no grupo.

Tais resultados apontam que as técnicas corporais do método *Self-healing* são apropriadas às pessoas idosas ou em fase de envelhecimento, tanto para a promoção, como para a recuperação da saúde, conforme aponta a PNSI⁴, na medida em que a grande maioria estava acometida por alguma dificuldade física e/ou cognitiva nas atividades do cotidiano e apresentaram mudanças significativas com o aprendizado ocorrido no grupo.

A aplicação do SF-36 confirmou tais dados. Após a intervenção houve melhora com significância estatística no escore dos domínios: aspectos físicos, dor e aspectos emocionais, os quais estão diretamente relacionados à qualidade de vida dessa população. A melhora com significância estatística nesses domínios do SF-36 sugere que o método é eficaz e traz benefícios para a funcionalidade. Embora grande parte dos participantes era ativo na comunidade e já realizasse atividades físicas variadas.

Considera-se que a dor tem uma importante influência na qualidade de vida dos idosos. Quanto mais intensa a dor pior a qualidade de vida²³. A incapacidade funcional pode ser decorrente de processos dolorosos, que prejudicam a

autonomia e a independência da pessoa idosa para as atividades diárias, diminuindo sua capacidade funcional e, conseqüentemente, prejudicando sua qualidade de vida²⁴.

Em relação aos aspectos físicos e emocionais, que obtiveram significância estatística no instrumento de avaliação SF-36, outros estudos encontraram resultados semelhantes. Um estudo que analisou a qualidade de vida de 103 idosos depois de quinze sessões de prática de dança sênior obteve aumento significativo dos escores de todos os domínios do SF-36 após reavaliação ao final da intervenção, com mais impacto nos aspectos emocionais e físicos²⁵.

Num estudo que investigou o nível de atividade física com a qualidade de vida, a partir de dois instrumentos o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) e o SF-36 teve como resultado que as idosas que possuíam melhor nível de atividade física registraram maiores escores nos oito domínios do SF-36 do que as que tinham pior nível de atividade física. Os domínios que apresentaram maiores escores foram: vitalidade, aspectos físicos, aspectos emocionais e aspectos sociais⁸.

Também em nosso estudo observou-se maiores escores nos oito domínios, com aumento discreto no domínio vitalidade, capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental; aumento mais expressivo nos aspectos sociais e aumento com significância estatística nos aspectos físicos, dor e aspectos emocionais.

Outro estudo que analisou a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas de atividade física, as pessoas ativas apresentaram maior percepção de qualidade de vida do que o grupo controle. Os maiores escores no grupo de idosos ativos foram nos aspectos sociais e emocionais⁹.

Neste estudo, os dados do SF-36 e as mudanças detectadas na avaliação final do questionário mostraram os efeitos favoráveis das práticas corporais em diferentes aspectos físicos e emocionais relacionadas à qualidade de vida dessa população. Bem como assinalaram outras dimensões da qualidade de vida como melhor compreensão das necessidades da fase de envelhecimento e melhor cuidado com o próprio corpo. Tais resultados reforçam que a proposta

grupal de promoção da saúde corporal pelo aprendizado do método *Self-healing* resultou em benefícios para a saúde e qualidade de vida dos participantes.

Os resultados se estenderam desde a melhora na qualidade dos movimentos até a possibilidade de tornar o sujeito mais preparado para o autocuidado e “sensível às ações, ao ambiente, perceber seu corpo, como ele se encontra, suas tensões e cansaços, e aprender como reage ao ambiente e aos acontecimentos da vida, podendo também manejá-los” (p. 179)²⁶.

As práticas corporais em grupo mostraram-se capazes de estimular o indivíduo participante a tornar-se o agente da própria mudança¹⁰, o que dialoga com os princípios de autocura do método *Self-healing*, na medida em que o corpo é considerado uma ferramenta para se manter, sentir bem, sentir prazer e criar novas possibilidades relativas aos cuidados com a saúde.

CONCLUSÃO

No contexto atual de envelhecimento populacional, e a crescente necessidade de melhorar a qualidade nessa fase da vida, a utilização das práticas corporais de forma grupal, mostra-se como uma alternativa eficiente, como também apontado neste estudo.

A utilização do método *Self-healing* em grupo demonstrou ser benéfica na medida em que os resultados apontaram que os participantes aplicaram o aprendizado no dia a dia. Isso possibilitou a autopercepção das tensões físicas e emocionais, melhora na capacidade de mobilidade, diminuição de dor e desconforto, relaxamento, maiores condições de cuidado de si e melhor compreensão dessa fase da vida.

O aprendizado corporal em grupo estimulou maior motivação para a continuidade das práticas no dia a dia, potencializou o aprendizado, propiciou aos participantes a identificarem-se uns com os outros e promoveu a construção do autocuidado.

Identifica-se como limite do estudo o reduzido número de participantes. No entanto, se ressalta a importância de futuros estudos com foco nas práticas corporais desenvolvidas de forma grupal como alternativa para a promoção

de saúde, em conformidade com as políticas de saúde. O terapeuta ocupacional mostra-se como um dos profissionais da área da saúde capacitados

para o desenvolvimento de estratégias corporais para promoção da saúde e qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003 [acesso 3 Jun 2013];12(4):189-201. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742003000400003>.
2. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008;6(Supl 1):4-6.
3. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*. 2010 [acesso 8 Jun 2013];14(34):593-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010005000010>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de Outubro de 2006 [acesso 10 Mar 2013]. Política Nacional da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.
5. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004 [acesso 15 Jun 2013];20(2):580-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200027>.
6. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005 [acesso 15 Jun 2013];8(3):246-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2005000300006>.
7. Galisteu KJ, Facundim SD, Ribeiro RCHM, Soler ZASG. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Rev Arq Ciênc Saúde*. 2006;13(4):209-14.
8. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esp*. 2009 [acesso 18 Jan 2013];15(3):169-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000300001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000300001>.
9. Januário RSB, Serassuelo Jr H, Liutti MC, Decker D, Molari M. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *Conscientiae Saúde*. 2011 [acesso 22 Mar 2013];10(1):112-21. Disponível em: <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2523/1903>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/conscientiaesaude/2011/v10n1/2523>.
10. Tavares AA, Freitas LM, Silva FCM, Sampaio RF. (Re)Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012 [acesso 17 Mar 2013];20(1):95-105. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/553>. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.011>.
11. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006 [acesso 18 Mar 2013];40(2):346-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102006000200024>.
12. Schneider M, Larkin MO, Schneider D. Manual de autocura: método self-healing. São Paulo: Triom; 1998.
13. Toldrá RC. Terapia Ocupacional e o Método Self-Healing: criando novas possibilidades de viver o corpo. In: Pádua EMM, Magalhães LV, organizadoras. Casos, memórias e vivências em terapia ocupacional. 2a ed. Campinas (SP): Papyrus; 2005.
14. Schneider M. Movimento para a autocura. São Paulo: Editora Cultrix; 2005.
15. Ratey JJ. O cérebro – um guia para o usuário: como aumentar a saúde, a agilidade e a longevidade de nossos cérebros através das mais recentes descobertas científicas. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.
16. Almeida MHM, Spínola AWP, Iwamizu PS, Okura RIS, Barroso LP, Lima ACP. Confiabilidade do instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Rev Saúde Pública*. 2008 [acesso 31 Mar 2013];42(2):317-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008005000003&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008005000003>.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1998 [acesso 17 Abr 2013];39(3):143-50. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qualidade.pdf.
18. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzii SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2007 [acesso 5 Maio 2013];16(1):32-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072007000100004>.

19. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet.* 2005 [acesso 20 Maio 2013];10(1):105-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000100017>.
20. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003 [acesso 28 Jan 2013];37(1):40-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>.
21. Brasil. As cartas da promoção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
22. Gallo LH, Gobbi S, Gonçalves R, Jambassi Filho JC, Prado AKG, Ceccato M, Gurjão ALD, Gobbi LTB. Alongamento no Programa de Atividade Física para Terceira Idade (PROFIT): promovendo a melhora da capacidade funcional em idosos. *Rev Ter Ocup USP.* 2012 [acesso 15 Dez 2012];23(1):1-6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46900>. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i1p1-6>.
23. Vidmar MF, Potulski AP, Sachetti A, Silveira MM, Wibeling LM. Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Saúde Pesquisa.* 2011 [acesso 2 Feb 2013];4(3):417-24. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1714>.
24. De Carlo MMRP, Luzo MCM. *Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos hospitalares.* São Paulo: Roca; 2004.
25. Oliveira LC, Pivoto EA, Vianna PCP. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. *Acta Fisiátrica.* 2009 [acesso 1 Jun 2013];16(3). Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=97#.
26. Saito CM, Castro ED. Práticas corporais como potência da vida. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2011 [acesso 3 Mar 2013];19(2):177-88. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/460>.

Recebido em: 4 de julho de 2013.

Versão atualizada em: 30 de janeiro de 2014.

Aprovado em: 27 de fevereiro de 2014.